

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Fysioterapian koulutusohjelma

Mika Kopponen

FYSIOTERAPIA MONIAMMATILLISESSA PALLIATIIVISESSA
TYÖRYHMÄSSÄ
Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2014



OPINNÄYTETYÖ
Huhtikuu 2014
Fysioterapian koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
050 405 4816

Tekijä
Mika Kopponen

Nimeke
Fysioterapia moniammatillisessa palliatiivisessa työryhmässä – kirjallisuuskatsaus

Toimeksiantaja: PALETTI - Palliatiivisen ja saattohoidon osaamisen vahvistaminen ja rakenteiden kehittäminen asiantuntijayhteistyönä Pohjois-Karjalan maakunnassa 1.4.2013 – 31.3.2015 -hanke

Tiivistelmä

Palliatiivinen hoito ja saattohoito ovat tulevaisuudessa entistä merkittävämpiä hoidon osa-alueita väestön ikääntymiskehityksen jatkuessa. Palliatiivista hoitoa toteutetaan moniammatillisessa työryhmässä, johon voi tai tulisi kuulua myös kuntoutusalan ammattilaisia. Fysioterapialla on oma roolinsa osana palliatiivista hoitoa, mutta palliatiivisesta fysioterapiasta ei ole julkaistu suomeksi materiaalia tai kokoelmaa suosituksista.

Opinnäytetyön tietoperusta selventää palliatiivisen hoidon, palliatiivisen fysioterapian sekä moniammatillisen työryhmän periaatteita. Tutkimuskysymys on käytännönläheisempi: mitä fysioterapian menetelmiä kansainvälisten, moniammatillisten työryhmien käyttöön tarkoitettujen hoitosuosituksen mukaan käytetään palliatiivisessa hoidossa? Kysymykseen haettiin vastausta kirjallisuuskatsauksella, johon valikoitui 11 suositusta.

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Paletti-hanke. Työ julkaistaan hankkeen portaalissa. Opinnäytetyö auttaa fysioterapeutteja sekä muita terveysalan ammattilaisia hahmottamaan niitä fysioterapian menetelmiä, joita voidaan käyttää palliatiivisen hoidon tukena. Tavoitteena on viestiä fysioterapian käytänteistä moniammatilliselle työryhmälle. Opinnäytetyötä hyödynnetään hankkeen palliatiivisen hoidon koulutuksissa. Kirjallisuuskatsaukseen koottujen menetelmien käyttö vaatii fysioterapian ammattilaisen arviontia ja suunnitelmaa toteutuksesta. Fysioterapiasuositusten laatiminen palliatiivisesta fysioterapiasta olisi aiheellista.

Kieli
suomi

Sivuja 64
Liitteet 2
Liitesivumäärä 7

Asiasanat
palliatiivinen fysioterapia, palliatiivinen hoito, saattohoito, moniammatillinen työryhmä



THESIS
April 2014
Degree Programme in Physiotherapy
Tikkarinne 9
FI 80200 JOENSUU
FINLAND
+358 (0) 50 405 4816

Author
Kopponen, Mika

Title
Physiotherapy in Multidisciplinary Palliative Care. A Literature Review.

Commissioned by the project PALETTI - Strengthening of the know-how and development of structures in palliative and terminal care as an expert collaboration within the province of North Karelia 1.4.2013 – 31.3.2015

Abstract

Palliative care and hospice care are becoming more and more significant areas of care as the aging of the population continues. Palliative care was carried out in a multidisciplinary team, which can or should include allied health professionals. Physiotherapy has a role to play as part of multidisciplinary palliative care, but there are no published works in Finnish concerning palliative physiotherapy. Physiotherapy guidelines or systematical reviews of the subject matter are also lacking.

The theoretical background of palliative care, palliative physiotherapy and the principles of the multi-professional team are discussed. The research problem has a more practical approach: what methods of physiotherapy do the international palliative care clinical guidelines for multidisciplinary teams recommend? A review of clinical guidelines was conducted from a sample of 11 English-language guidelines.

The thesis was commissioned by the PALETTI project. It will be published on the upcoming palliative care portal for the benefit of North-Karelian medical, nursing and allied health professionals. The thesis will help physiotherapists and other health care professionals better understand the physiotherapy methods that can be used in palliative care. The aim is to communicate better the methods of physiotherapy practice for the multidisciplinary team. The thesis will also be used for educational purposes. However, the methods described require the assessment of a physiotherapy professional prior to use. Development of proper palliative physiotherapy clinical guidelines is called for.

Language
Finnish

Pages 64
Appendices 2
Pages of Appendices 7

Keywords
palliative physiotherapy, palliative care, hospice care, multidisciplinary team

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto	5
2	Palliativinen fysioterapia.....	6
2.1	Palliativinen hoito	6
2.2	Saattohoito.....	7
2.3	Palliativisen fysioterapian määritelmää	8
2.4	Palliativisen fysioterapian menetelmiä	9
2.5	Fysioterapia palliativisessa hoidossa	12
2.6	Fysioterapia saattohoidossa	14
2.7	Palliativinen kuntoutus	14
2.8	Moniammatillinen työryhmä palliativisessa hoidossa	16
2.9	Fysioterapia palliativisen hoidon palveluketjussa.....	17
3	Opinnäytetyön tavoite ja toteutus.....	19
3.1	Tutkimusongelma ja kirjallisuuskatsaus	19
3.2	Tiedonhaku	21
4	Fysioterapia oireenmukaisessa hoidossa moniammatillisessa palliativisessa työryhmässä	23
4.1	Kansainväliset hoitosuosituksat	23
4.2	Selkäydinkompressio	24
4.3	Maha-suolikanavan oireet (pahoinvointi, oksentaminen, ummetus)	26
4.4	Raajaturvotus (lymphödeema).....	28
4.5	Väsymysoireyhtymä (fatigue).....	33
4.6	Hengitystieoireet (hengenahdistus, yskä, kuolonkorina)	35
4.7	Kipuoireet.....	39
4.8	Spastisuusoireet	45
4.9	Psyykkiset oireet (unettomuus, ahdistus)	48
5	Pohdinta.....	51
5.1	Tulosten soveltaminen käytäntöön.....	51
5.2	Tulosten hyödyntäminen Paletti-hankkeessa.....	54
5.3	Opinnäytetyö ja oppimisprosessi	55
5.4	Luotettavuus ja eettisyys	56
	Lähteet.....	58

Liitteet

Liite 1: Katsauksessa käytettyjen lähteiden arviointi

Liite 2: Opinnäytetyön aikajana

1 Johdanto

Palliativinen hoito ja saattohoito ovat tulevaisuudessa entistä merkittävämpiä hoidon osa-alueita väestön ikääntymiskehityksen jatkuessa. Palliativista hoitoa tarvitsee Suomessa vuosittain arviolta 200 000 - 300 000 potilasta ja saattohoitoa 15 000 potilasta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 11). Tilastokeskuksen (2013) mukaan Pohjois-Karjalan vuoden 2012 väkiluku oli 165 754. Väkilukuun suhteutettuna tämä tarkoittaisi maakunnassa vuosittain noin 6 100 - 9 160 palliativisen ja 458 saattohoidon tarvitsijaa. Pohjois-Karjalan uuden saattohoitosuunnitelman tietojen mukaan vuonna 2011 Pohjois-Karjalan terveydenhuollossa kuoli 1208 potilasta, joista kuitenkin vain pieni osa oli saattohoidossa kuolleita (PALETTI 2014, 5).

Palliativista hoitoa toteutetaan moniammatillisessa työryhmässä, johon voi tai tulisi kuulua myös kuntoutusalan ammattilaisia. Fysioterapialla on oma roolinsa osana palliativista hoitoa, mutta palliativisesta fysioterapiasta ei ole julkaistu suomeksi materiaalia tai kokoelmaa suosituksista. Palliativisen fysioterapian käsite on verrattain tuntematon fysioterapian ammattilaisten keskuudessa muista ammattiryhmistä puhumattakaan. Tietoisuuden lisääminen aihealueesta toivottavasti parantaa palliativisen hoidon potilaiden elämänlaatua, tehostaa moniammatillisen työryhmän ja fysioterapeuttien työtä, parantaa hoidon ja fysioterapian vaikuttavuutta, tai vähintäänkin helpottaa tiedonhaun ja jatkotutkimuksen tekemistä aiheesta.

Opinnäytetyön tietoperusta selventää palliativisen hoidon, palliativisen fysioterapian sekä moniammatillisen työryhmän periaatteita. Tutkimuskysymys on käytännönläheisempi: ”Mitä fysioterapian menetelmiä kansainvälisten, moniammatillisten työryhmien käyttöön tarkoitettujen hoitosuosituksen mukaan käytetään palliativisessa hoidossa?” Kysymykseen haettiin vastausta narratiivisella kirjallisuuskatsauksella, johon valikoitui 11 suositusta.

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi PALETTI – Palliatiivisen ja saattohoidon osaamisen vahvistaminen ja rakenteiden kehittäminen asiantuntijayhteistyönä Pohjois-Karjalan maakunnassa -hanke. Opinnäytetyö julkaistaan hankkeen portaalissa. Työ auttaa fysioterapeutteja sekä muita terveysalan ammattilaisia hahmottamaan niitä fysioterapian menetelmiä, joita voidaan käyttää palliatiivisen hoidon tukena. Tavoitteena on viestiä fysioterapian käytänteistä moniammatilliselle työryhmälle. Moniammatillisen tiimin jäsenten tulisi viestiä enemmän omasta osaamisalueestaan (Aherne 2005, 11). Opinnäytetyö pyrkii vastaamaan tähän haasteeseen. Opinnäytetyössä kuvattujen menetelmien käyttö vaatii fysioterapian ammattilaisen arviontia ja suunnitelmaa toteutuksesta.

2 Palliatiivinen fysioterapia

2.1 Palliatiivinen hoito

Palliatiivisen fysioterapian käsitteen määrittelemiseksi on tarpeellista tarkastella sitä osana moniammatillista palliatiivisen hoidon kokonaisuutta. Palliatiivinen hoito on suunnattu potilaille, joilla on henkeä vaarantava tauti. Palliatiivisen hoidon tavoitteena ei ole jouduttaa tai lykätä kuolemaa. Hoidon tavoitteena on potilaan ja hänen perheensä elämänlaadun parantaminen muun muassa auttamalla potilaita elämään mahdollisimman aktiivista elämää, sekä lievittämällä kipua ja muita oireita. (World Health Organization 2013.) Likipitäen kaikki terveysalan ammattilaiset tai ammattiryhmät voivat toteuttaa palliatiivista hoitoa samojen periaatteiden mukaisesti kuin muutakin eri erikoistumisalojen alaista tai eri potilasryhmille suunnattua hoitoa (Institute for Clinical Systems Improvement 2011, 7).

Palliativinen hoito tarjoaa helpotusta kipuun ja muihin oireisiin. Kuolema nähdään normaalina prosessina. Sekä psykologisia että hengellisiä näkökohtia kunnioitetaan potilaan hoidossa. (World Health Organization 2013.) Palliativinen hoito voi olla yhtäaikaista muiden samanaikaisten lääketieteellisten hoitojen kanssa (Institute for Clinical Systems Improvement 2011, 7). Sen menetelmiä sovelletaan jo sairauden aikaisessa vaiheessa yhdessä muiden, elinikää odotettavasti pidentävien hoitojen, kuten kemoterapian tai sädehoidon aikana (World Health Organization 2013). Palliativisen hoidon intensiivisyys tai suhteellinen osuus hoidosta kuitenkin kasvaa taudin edetessä (Institute for Clinical Systems Improvement 2011, 7).

2.2 Saattohoito

Palliativinen hoito on tukijärjestelmä, joka auttaa potilaita elämään mahdollisimman aktiivisesti kuolemaan saakka. Sen osatavoitteena on parantaa elämänlaatua, ja se voi vaikuttaa myönteisesti myös sairauden kulkuun. Näin ollen voidaan todeta, että palliativinen hoito ei ole pelkästään saattohoitoa. Palliativinen hoito on saattohoitoa laajempi käsite. (World Health Organization 2013.) Termien palliativinen hoito (englanniksi palliative care) ja saattohoito (hospice care) virheellinen käyttö voi jopa johtaa oikeanlaiseen hoitoon ohjaamisen viivästymiseen. (Institute for Clinical Systems Improvement 2011, 7 - 8.)

Palliativisessa hoidossa potilaalla on oireiden kuormittavuudesta tai hoidon tavoitteista riippumatta rajallinen elinajanodote. Palliativista hoitoa voidaan toteuttaa myös pelkästään oireiden kuormittavuuden takia, jolloin elinajanodote ei ole keskeistä. Palliativisessa hoidossa potilaalla voi elämänlaadun paraneminen olla hoidon tavoitteena elinajanodotteesta tai oireiden kuormittavuudesta riippumatta. (Institute for Clinical Systems Improvement 2011, 7 - 8.)

Saattohoidossa potilaalla on kuutta kuukautta lyhyempi elinajanodote, ja hoidon tavoitteena on elämänlaadun parantaminen. Koska saattohoidossa

elinajanodote on aina rajallinen, saattohoidon katsotaan olevan myös palliatiivista hoitoa ja sen viimeinen vaihe. Kaikki palliatiivinen hoito ei ole saattohoitoa, koska potilaan elinajanodote voi olla kuutta kuukautta pitempi. (Institute for Clinical Systems Improvement 2011, 7 - 8.) Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon suhdetta on kuvattu taulukossa 1.

Taulukko 1. Palliatiivinen hoito ja saattohoito (mukaillen Institute for Clinical Systems Improvement 2011, 7 - 8).

	Palliatiivinen hoito	Saattohoito
Elinajanodote	Rajallinen tai ei merkitystä	6 kuukautta tai vähemmän
Oireiden kuormittavuus	Joko merkittävä tai ei merkitystä	Ei merkitystä
Hoidon tavoite	Elämänlaadun parantaminen voi olla tavoitteena, mutta ei välttämättä keskeisin tavoite	Elämänlaadun parantaminen

2.3 Palliatiivisen fysioterapian määritelmää

WHO määrittelee palliatiivisen hoidon tukijärjestelmäksi, joka auttaa potilaita elämään mahdollisimman aktiivisesti kuolemaansa saakka (World Health Organization 2013). Palliatiivinen fysioterapia on olennainen osa tätä tukijärjestelmää (Kumar & Anand, 2008, 138 - 146). Fysioterapialla pyritään yksilön fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen, ylläpitämiseen ja palauttamiseen tavoittelemalla parasta mahdollista fyysistä suoritus- ja toimintakykyä. Palliatiivisen fysioterapian tavoitteena on vähentää sairauden tai sen hoidon haittavaikutuksia yksilön jokapäiväiseen elämään. (Watson, Lucas & Hoy 2009, 771.)

Fysioterapialla mahdollistetaan potilaan toimintakyvyn paraneminen. Toimintakykyyn liittyy keskeisesti päivittäisiin toimintoihin osallistuminen (activities of daily living, ADL), olivat ne sitten päivittäisiä perustoimintoja tai

päivittäisten asioiden hoitamiskykyä (basic activities of daily living, BADL; instrumental activities of daily living, IADL). (Kumar & Anand 2008, 138 - 146.) Fysioterapeutti soveltaa fysioterapian menetelmiä. Sekä terapia- menetelmät että terapian tavoitteet sovitaan yhdessä potilaan kanssa. Menetelmien tulee olla toteuttamiskelpoisia taudinkuvaan nähden, ja yhdessä asetettujen tavoitteiden tulee olla saavutettavissa. Tavoitteita pitää kuitenkin uudelleenarvioida jatkuvasti. Palliatiivisen fysioterapian tavoitteet voivat olla hyvin yksinkertaisiakin, kuten kivuton istuminen vuoteella tai tärkeään sosiaaliseen tapahtumaan osallistuminen. (Watson ym. 2009, 771.)

Fysioterapian tiedetään olleen mukana esimerkiksi syövän hoidossa 1960 - luvulta lähtien. Tuolloin fysioterapia tosin rajoittui potilaisiin, joiden taudin eteneminen oli vakaa tai ennuste hyvä. Nykyään fysioterapian rooli on laajempi, ja esimerkiksi onkologiassa näyttöön perustuva terapia on mukana ehkäisevässä, akuuttivaiheen ja akuuttivaiheen jälkeisessä sekä palliatiivisessa hoidossa. (Laakso 2006, 781.)

2.4 Palliatiivisen fysioterapian menetelmiä

Palliatiivisessa fysioterapiassa hyödynnetään yleisiä fysioterapian menetelmiä ja hoitoja potilaan taudinkuvaan sovellettuna (Frymark 2009, 8 - 9). Fysioterapeuttien roolina osana moniammatillista työryhmää on fyysisen hyvinvoinnin sekä toimintakyvyn parantaminen. Palliatiivinen fysioterapia hyödyntää näyttöön perustuvia menetelmiä, kuten terapeuttista harjoittelua, manuaalista terapiaa ja fysikaalisia hoitoja. Lisäksi toimintakykyä ja liikkumista helpottavat apuvälineet kuuluvat fysioterapian menetelmiin, ja niillä voidaan auttaa potilasta suoriutumaan päivittäisistä toiminnoista. (Kumar & Anand 2008, 138 - 146.) Palliatiivisen fysioterapian menetelmiä voidaan soveltaa jo sairauden varhaisessa vaiheessa muun hoidon ja terapian rinnalla. Oireenmukaisessa hoidossa fysioterapia voi olla mukana jo palliatiivisen hoidon varhaisessa vaiheessa. Esimerkiksi selkäydinkompression

hoidossa fysioterapiaa voidaan toteuttaa jo lääkinnällisen hoidon rinnalla toimintavajauksen hallitsemiseksi. Mahdollisten motoristen, sensoristen tai autonomisten toimintavajauksien edetessä fysioterapia auttaa potilasta selviytymiskeinojen omaksumisessa. (Watson ym. 2009, 771.)

Palliativisen fysioterapian menetelmillä voidaan vaikuttaa useaan fyysiseen osa-alueeseen, joista esimerkkeinä mainittakoon kipu, liikkuvuus, voima / heikkous, venyvyys, kestävyys, epämuodostumien hallinta, koordinaatiokyky, tasapainon hallinta, askellus, hengitysoireet (kuten yskä ja hengenahdistus), kestävyys ja voimantuotto (Kumar & Anand 2008, 138 - 146). Esimerkkinä menetelmistä terapeutisella harjoittelulla voi saada vaikuttavuutta tasapainon hallintaan ja ylävartalon voimantuottoon. Näitä ominaisuuksia tarvitaan siirtymisissä ja pyörätuolin käytössä. Siirtymisten ja apuvälineiden käytön ohjauksen ja neuvonnan lisäksi fysioterapeutti voi opastaa hoitajia, avustajia ja omaisia passiivisten liikeharjoitteiden ja asentohoidon toteuttamisessa sekä siirtymisissä avustamisessa. (Watson ym. 2009, 771.) Terapeutin tulee huomioida potilaan kokonaisvaltainen hyvinvointi terapiamenetelmien valinnassa. Sivuseikalta vaikuttava asia, kuten tavanomaisen fyysisen suorituskyvyn mittarin käyttö, voi henkisen hyvinvoinnin tukemisen sijaan vaikuttaa potilaaseen negatiivisesti vahvistamalla taudin etenemisen tunnetta. Tuolloin ammattitaitoisempi valinta olisi käyttää potilasspesifistä mittaria (Patient Specific Functional Scale, PSFS) koska se antaa potilaalle mahdollisuuden kokea myönteisiä tunteita jäljellä olevista fyysisistä resursseistaan. (Frymark 2009, 10 - 12.)

Palliativinen fysioterapia ei kuitenkaan rajoitu pelkästään syöpäsairauksiin (Laakso 2006, 781). Palliativisen fysioterapian menetelmiä voidaan soveltaa syövän ja syöpään liittyvien oireiden, neurologisten sairauksien kuten Parkinsonin taudin, amyotrofisen lateraaliskleroosin (ALS) ja multippeliskleroosin (MS) lisäksi myös HIV:n, (Kumar & Anand 2008, 138–146) AIDS:n sekä sydän- ja verisuonitautien oireiden hoidossa (Laakso 2003, 781). Taulukossa 2 on kuvattu yleisimpien oireiden esiintyvyyttä kuolemaan johtavan sairauden viimeisessä eli terminaalivaiheessa potilailla, joilla on joko ALS, MS,

dementia tai syöpä (Voltz & Borasio 1997, 2; taulukon käyttö Springer-Verlagin lisensillä). Fysioterapian menetelmillä on mahdollista lievittää useita oireita, kuten heikkoutta, väsymysoireyhtymää, kipua sekä tuki- ja liikuntaelinten oireita (Kumar & Anand 2008, 138 - 146).

Taulukko 2. Yleisimmät oireet neljässä kuolemaan johtavassa sairaudessa (Voltz & Borasio 1997, 2).

ALS	MS	Dementia	Syöpä
Heikkous (100 %)	Kognitiovaje (65 %)	Hengenahdistus (70 %)	Väsymysoireyhtymä (80 - 100 %)
Liikkumattomuus (100 %)	Kipu (25 - 50 %)	Kipu (59 %)	Anoreksia (80 - 90 %)
Ummetus (65 - 86 %)	Spastisuus	Kuume (pyreksia) (42 %)	Kipu (60 - 85 %)
Kipu (missä tahansa, 57 - 75 %)	Liikekoordinaation häiriö		Ummetus (40 - 80 %)
Motorinen puhehäiriö(77 %)	Vapina		Pahoinvointi (60 - 75 %)
Luustolihashsten kipu (64 %)	Liikkumattomuus		Tajunnantilan muutos (40 - 75%)
Unettomuus (48 - 64 %)	Tuntoaistin heikentyminen		Kuolonkorina (50 - 56 %)
Kramppaava kipu (59 %)	Painehaavauma		Virtsankarkailu (53 %)
Nilkan turvotus (ödeema) (55 %)	Motorinen puhehäiriö		Levottomuus (42 %)
Hengenahdistus (47 - 50 %)	Nielemisvaikeudet		Hengenahdistus (8-28 %)
Kuolaaminen (38 - 45%)	Virtsankarkailu (inkontinenssi)		Hikoilu (14 %)
Ahdistus / levottomuus (32 %)	Seksuaalinen toimintahäiriö		
Masennus (27 %)	Kutistuskouristus (kontraktuura)		
Anoreksia (27 %)			

Taulukko 2. Yleisimmät oireet neljässä kuolemaan johtavassa sairaudessa (Voltz & Borasio 1997, 2).

Oksentaminen (23 %)			
Suun hiiva- tulehdus (23 %)			
Virtsankarkailu (15 - 18 %)			

2.5 Fysioterapia palliatiivisessa hoidossa

Palliatiivinen fysioterapia, kuten palliatiivinen hoito, ei rajoitu pelkästään saattohoitoon (Laakso 2006, 781). Palliatiivisessa hoidossa fysioterapian kokonaistavoitteena on auttaa potilasta saavuttamaan paras mahdollinen elämänlaatu loppuelämän ajaksi fyysiset ja psyykkiset mahdollisuudet huomioiden. Fysioterapeutin on mahdollista välttää omaisten ja hoitohenkilökunnan yleinen ”sudenkuoppa”, jossa toimintakyvyn alenemista pidetään kiinteänä osana taudinkuvaa, eikä jäljellä olevaa fyysistä toimintakykyä hyödynnetä. (Frymark 2009, 8 - 9.) Fysioterapeutilla on tietämystä muun muassa toiminnallisesta anatomiasta ja ergonomiasta. Fysioterapeutti voi myös analysoida liikkumista ja kehon asentoa suhteessa ympäristöön. Heikkous ja liikkumattomuus voivat johtaa huonoon ryhtiin tai asennonhallintaan. Tämä aiheuttaa pehmytosakudoksille ja nivelille ylimääräistä rasitusta, joka aiheuttaa ylimääräistä kipua. Vuodepotilaan asentohoito on yksi ratkaisu näihin ongelmiin. (Watson ym. 2009, 771.) Muitakin vaihtoehtoja on, kuten fyysinen aktiviteetti. Liikunta voi kumota liikkumattomuuden negatiivisia vaikutuksia ja parantaa samalla henkistä hyvinvointia. (Santiago-Palma & Payne 2001, 1049 - 1052.)

Kuolemaan johtavalla taudilla, kuten syövällä, ja sen hoidolla on merkittävä vaikutus potilaan toimintakykyyn ja päivittäisen elämän toiminnoissa suoriutumiseen. Toimintakyky voi olla vakavasti heikentynyt sellaisissa toiminnoissa, joita usein pidetään itsestäänselvyyksinä, kuten liikkuminen, puhuminen, syöminen, juominen ja seksuaalisuus. Fysioterapia pyrkii maksimoimaan fyysistä toimintakykyä, edistämään itsenäisyyttä ja voimaannuttamaan potilasta aktiiviseen sopeutumiseen (National Institute for Clinical Excellence 2004, 12.) Toimintakyvyn heiketessä puutteet sensomotorisessa suorituskyvyssä voivat olla esteenä olennaisissa päivittäisissä toiminnoissa. Esimerkiksi kääntyminen vuoteessa, siitä nouseminen ja kävely ovat välttämättömiä vaiheita, jotta päästään huolehtimaan henkilökohtaisesta hygieniasta WC:ssä. Kyky nostaa ja kantaa esineitä on välttämätöntä pukeutumisessa ja ruokailussa. Yksittäisestä toimintakyvyn osa-alueesta edetään vaativampiin toimintojen yhdistelmiin, jotka mahdollistavat päivittäiset toiminnot ja osallistumisen yhteisölliseen elämään. (Kumar & Anand 2008, 138 - 146.) Fysioterapia pyrkii auttamaan potilaan toimintakyvyn optimoimisessa huomioimalla samalla fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja ammatillisen ulottuvuuden vuorovaikutuksen (Pyszora 2009, 34).

Oireenmukaisen hoidon lisäksi toivon tunne on tärkeää elämänlaadun ja psykososiaalisen hyvinvoinnin kannalta. Palliatiivisen fysioterapian avulla potilaat eivät pelkästään vain opi hallitsemaan pitkän aikavälin oireita, vaan sen avulla voidaan saada myös uutta sisältöä tai merkitystä elämään. Avoin ja kannustava kuntoutusympäristö antaa toivon tunnetta. Liikuntaa sisältäneen terapiaintervention jälkeen potilaat voivat kokea kohentunutta fyysistä hyvinvointia liikkuvuuden, lihasvoiman ja kestävyuden lisääntyessä, mutta lisäksi myös psyykkisen hyvinvoinnin kohenemistä. Potilaat voivat kokea olonsa positiivisemmaksi, rentoutuneemmaksi ja vastaanottavaisemmaksi. Kohentunut kyky tehdä arkipäiväisiä toimintoja antaa tunteen kohentuneesta elämönhallintakyvystä, mikä edesauttaa toiveikkautta. Parantamalla henkistä ja fyysistä hyvinvointia fysioterapia voi palauttaa yhteenkuuluvuuden tunnetta potilaan omaan elämään ja ympäristöön mahdollistaen elämisen eikä vain olemisen. (Belchamber 2013, 136 - 139.)

2.6 Fysioterapia saattohoidossa

Terveysalan koulutus on pääasiassa suuntautunut näkemykseen, jossa hoidon tavoitteena on paraneminen ja elinajan pidentäminen enemmän kuin oireiden lievittäminen. Kuolinajan hoidossa voidaankin käyttää liaksi elimistön sisälle ulottuvia eli invasiivisia hoitomenetelmiä, joilla on vain vähäinen hyöty taudin kulkusuunnan muuttamisessa, mutta jotka voivat merkittävästi lisätä potilaan kokemaa epämukavuutta. Kuolemansairaana potilaan hoito on usein joko pirstaloitunutta, epäjohdonmukaista, tai sitä ei jatketa loppuun saakka. (Institute for Clinical Systems Improvement 2011, 14.) Kuitenkin saattohoidossakin olevilla potilailla tulisi olla mahdollisuus kuntoutuspalveluiden hyödyntämiseen. Potilaita tulisi myös rohkaista ylläpitämään toimintakykyä ja itsenäisyyttä. (Santiago-Palma & Payne 2001, 1049 - 1052.)

Saattohoidossa fysioterapian tavoitteiden tulisi olla realistisia ja saavutettavissa suhteellisen lyhyessä ajassa. Fysioterapeutin on oltava joustava, ja soveltuva terapiamenetelmä pitää mukauttaa toteutuskelpoiseksi myös potilaan kunnan heiketessä. (Pyszora 2009, 34.) Muiden fysioterapian menetelmien ohella jopa fyysinen harjoittelu voi parantaa potilaan elämänlaatua vielä saattohoitovaiheessa. Lisäksi keskeinen osa saattohoitovaiheen fysioterapiaa on neuvonta ja opastaminen. Apuvälineiden ja kompensatiotekniikoiden opastaminen auttavat liikkumisessa. Potilaan toimintaympäristön muuttaminen toimintakykyä ja päivittäisten toimintojen suorittamista tukeväksi esimerkiksi korotetuilla wc-istuimilla ja tukikahvoilla lisäävät itsenäisyyttä. (Santiago-Palma ym. 2001, 1049 - 1052.)

2.7 Palliatiivinen kuntoutus

Kuntoutuksen tavoitteeksi on aiemmin mielletty potilaan terveyden ennallistaminen. Tämä käsite saattaa vaikuttaa ristiriitaiselta varsinkin potilailla, joilla on etenevä sairaus ja jotka lähestyvät kuolemaa. Nykyisin tavoitteena

nähdään pikemminkin potilaan elämänlaadun paraneminen niin, että potilaan elämä on mahdollisimman miellyttävää ja antoisaa, ja hän voi toimia mahdollisimman itsenäisesti elinajanodotteesta riippumatta. Kuntoutuksen rooli on siis merkittävä. (Pyszora 2009, 34.) Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu Hyvä saattohoito Suomessa tunnustaa kuolevan potilaan kokonaisvaltaisen hoidon tarpeellisuuden fyysinen aspekti mukaan lukien (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 17). Lääketieteen kehityksen on voitu katsoa aiheutaneen yleisesti kuntoutuksen merkityksen vähenemistä, ja myötävaikuttaneen kuntouttavien toimenpiteiden rajautumiseen vain sellaisiin taudin tai oireen kuntouttaviin, ylläpitäviin tai lievittäviin menetelmiin, joihin lääketieteellä ei ole vastausta (Puumalainen 2008). Palliatiivinen kuntoutus kuitenkin tukee lääkinnällisiä menetelmiä (Watson ym. 2009, 757). Näkökulma Suomessa lienee kuitenkin muuttumassa, mistä kertoo se, että jatkossa Käypä hoito -suosituksissa kuntoutus tuodaan esille aiempaa laajemmin (Reuter 2014).

Palliatiivinen kuntoutus on kokonaisvaltainen lähestymistapa potilaan hoitoon missä sairauden vaiheessa tahansa. Palliatiivista kuntoutusta voidaan toteuttaa useassa eri toimintaympäristössä, kuten osastoilla, potilaan kotona, avoterveydenhoidossa tai päivätoimintana. (Watson ym. 2009, 759.) Esimerkiksi syöpäpotilaiden osalta kuntouttavan toiminnan tarpeen arvellaan lisääntyvän. Sairauksien varhainen diagnosointi ja tehokkaammat hoitokeinot ovat johtaneet siihen, että yhä useammat potilaat elävät paranemattoman syövän kanssa jopa useita vuosia, ja oireiden hallinta on vastaavasti pitkäkestoista. (Belchamber 2013, 136 - 139.) Kuntouttavan päivätoiminnan lisääminen voi olla yksi ratkaisu palliatiivisen hoidon ja kuntoutuksen saatavuuden parantamiseksi pitkäaikaissairailla. (World Health Organization Europe 2004, 28). Kuntoutus ei ole pelkästään kuntoutusalan ammattilaisten vastuulla. Kaikki terveys- ja sosiaalialan ammattilaiset voivat olla siinä osallisia. Myös potilailla on keskeinen rooli aktiivisessa kuntoutuksessa. (National Institute for Clinical Excellence 2004, 134 - 137.)

2.8 Moniammatillinen työryhmä palliativisessa hoidossa

Moniammatillisen työryhmän katsotaan olevan hyvän saattohoidon edellytys ja palliativisen hoidon pääperiaate (Borda, Charnay-Sonnek, Fonteyne, & Papaioannou 2013, 84; Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2010, 25; World Health Organization 2013). Moniammatillinen lähestymistapa on tärkeää palliativisen hoidon menestyksekkääksi toteuttamiseksi palliativiseen hoitoon liittyvien monisyisten ongelmien takia. Moniammatillinen työryhmä keskittyy potilasta eniten vaivaavien ongelmien hoitoon (Australian Palliative Residential Aged Care 2006, 43), jolloin hoitopäätöksiä tehtäessä tulee huomioida useamman ammattiryhmän näkökulma, oli kyseessä sitten palliativinen tai saattohoitovaihe (Borda ym. 2013, 84). Vaativimmat potilastapaukset onkin aiheellista ohjata palliativiseen hoitoon erikoistuneen moniammatillisen ryhmän hoidettaviksi (Institute for Clinical Systems Improvement 2011, 7). Moniammatillisessa yhteistyössä keskeiseksi nousee ammattilaisen oman asiantuntijuuden merkityksen lisäksi eri ammattiryhmien välinen yhteistyö, sen arvostaminen ja kehittäminen potilaan hyvän hoidon toteuttamiseksi (Anttonen 2011, 1 - 3).

Moniammatillinen työryhmä koostuu kolmesta tai useammasta eri alan ammattilaisesta, jotka tekevät yhteistyötä potilaan ja heidän perheensä hoitoon liittyvissä asioissa. Moniammatilliseen työryhmään voi kuulua esimerkiksi lääkäreitä, eri osaamisalueisiin erikoistuneita hoitajia sekä kuntoutustyön ammattilaisia. Englanninkielisissä lähteissä käytetään kuntoutustyötä tekevästä ammattiryhmästä usein nimitystä allied health practitioners. Tähän ryhmään kuuluvat muun muassa fysioterapeutit, toimintaterapeutit, puheterapeutit, ravitsemusterapeutit, sosiaalityöntekijät ja jalkaterapeutit. (Australian Palliative Residential Aged Care 2006, 43 - 44.) Saattohoitovaiheessa ryhmän kokoonpanossa voi hoitohenkilökunnan lisäksi olla esimerkiksi fysioterapeutti, psykologi, pappi, ravitsemusterapeutti ja sosiaalityöntekijä (Anttonen 2011, 1 - 3). Moniammatillinen lähestymistapa ei aina ole yksinkertaista toteuttaa, mutta se on tehokasta (Borda ym. 2013, 84).

Oireita arvioitaessa huomioidaan myös muut kuin päädiagnoosin aiheuttamat oireet. Potilasta hoidetaan kokonaisuutena, sillä oireet eivät ole koskaan puhtaasti fyysisiä tai psyykkisiä. Jokaisella oireella ja hoidolla on vaikutuksensa potilaaseen ja hänen lähipiiriinsä. Oireet vaikuttavat myös potilaan elämänlaatuun, mikä on syytä huomioida hoitopäätöksissä. (Yorkshire Cancer Network and North East Yorkshire and Humber Clinical Alliance 2012, 4 - 6.) Moniammatillinen potilaan ja lähipiirin tukeminen sekä potilaan oireiden hoito auttavat sekä elämän että kuolemisen laadun parantamisessa. (Australian Palliative Residential Aged Care 2006, 43.) Saattohoidossa hoitohenkilökunnan tehtävänä on toteuttaa potilaan oireiden lääkkeetöntä hoitoa potilaan toiveiden mukaisesti yhteistyössä muiden ammattiryhmien kanssa (Anttonen 2011, 1 - 3).

2.9 Fysioterapia palliatiivisen hoidon palveluketjussa

Moniammatillisessa hoidossa korostuu erikoissairaanhoidon, saattohoidon ja tehostetun kotihoidon vahva yhteistyö (Borda ym. 2013, 84). Moniammatillisen työryhmän toimintaa käytännössä voi hahmottaa tapauksessa, jossa potilas siirtyy erikoissairaanhoidosta kotihoitoon. Esimerkiksi motoneuronisairauksiin kuuluvan ALS:n palliatiivisessa hoidossa saattohoitovaiheen päättyessä potilaan tukena on voinut olla neurologi, yleislääkäri, sosiaalityöntekijä, sairaanhoitaja sekä fysio-, toiminta-, puhe- ja ravitsemusterapeutti (Palliative Care Guidelines Plus 2010a). Palliatiivisessa hoidossa tehostettu kotihoito on usein potilaan ongelmille parempi ratkaisu kuin erikoissairaanhoido sairaalassa (Borda ym. 2013, 84). Sairaalasta kotiin siirryttäessä vastuu hoidosta siirretään kotihoidon moniammatilliselle työryhmälle (NHS Lanarkshire 2009, 42). Oleellista on ongelmien ehkäisy ja kärsimyksen helpottaminen. Lisäksi esimerkiksi fyysisestä, psykososiaalisesta ja henkisestä hyvinvoinnista huolehtiminen ovat osa kokonaisuutta. (World Health Organization 2013.)

Merkittävä osa hoidon kokonaisuutta on potilaan perheen tukeminen sairauden ja kuoleman kohtaamisessa (World Health Organization 2013). Kotioloissa kuntoutusalan ammattilaiset pyrkivät tukemaan potilaan itsestä toimintakykyä ohjaamalla elämäntapojen sopeuttamista sekä kompensointikeinoja päivittäisissä toiminnoissa. Arkirutiinien ylläpito voi auttaa elämän loppuvaiheeseen sopeutumisessa ja kivun kanssa elämisessä. Läheisten osallistuminen hoitoon voi auttaa heitä sopeutumaan läheisen kuolemaan. Hoito- ja kuntoutusalan ammattilaiset voivat opastaa läheisiä osallistumaan hoitotoimenpiteisiin ja esimerkiksi asentohoitoon. Läheiset voivat auttaa myös työryhmän ja potilaan välisessä kommunikoinnissa. Pelkästään potilaan koskettaminen, kädestä pitäminen tai kevyt hieronta voi helpottaa kroonisesta kivusta ja dementiaasta kärsivän potilaan psyykkisiä oireita. (Australian Palliative Residential Aged Care 2006, 12 - 14, 48; Palliative Care Guidelines Plus 2010b.)

Tätä tekstiä kirjoitettaessa Pohjois-Karjalan uusi saattohoitosuunnitelma on juuri julkaistu. Suunnitelmassa esitetään lääkkeettömien hoitomuotojen, kuten fysioterapian, huomioimista saattohoidossa (Paletti 2014, 9). Suomessa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon hoitosuosituksissa ja -suunnitelmissa fysioterapia on usein mainittu vain sivuhuomautuksena osana terapiapalveluita, tai fysioterapeutin rooli pelkistetty maininnaksi fysioterapeutista moniammatillisen tiimin jäsenenä (esimerkiksi Koivuranta-Vaara 2012, taulukko 3; Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitoeettinen työryhmä 2010, 8; HYKS-alueen saattohoitotyöryhmä, 10, 12; Eksote 2012, 10; Jalonen 2006, 8). Tätä voi selittää se, että saattohoitoketjut (-polut) voivat olla jäsentymättömiä, yhteistyö terveydenhoidon yksiköiden välillä puutteellista sekä saattohoidon resurssien ja osaamistason valtakunnallinen vaihtelu suurta (Koivuranta-Vaara 2012). Toisinkin voi olla, kuten Kytke-hankkeen saattohoidon mallinnuksessa (Kytke 2012a; 2012b; 2012c).

Pohjois-Pohjanmaan terveydenhuollon Kytke-kehittämishankkeessa fysioterapian roolia on mallinnettu sekä hoitoketjuissa että hoitopoluissa.

Erikoissairaanhoidon poliklinikalla fysioterapeutti arvioi tarvittaessa potilaan toimintakykyä. Fysioterapeutti täydentää tarvittaessa palliatiivista hoitosuunnitelmaa sekä toteuttaa kyseisen suunnitelman mukaista hoitoa. Lisäksi fysioterapeutti on mukana kotiuttamista koskevissa keskusteluissa ja arvioi apuvälineiden tarpeellisuutta. (Kytke 2012a, 30.) Hoitopaikassa fysioterapeutti osallistuu tarvittaessa hoitosuositukseen (Kytke 2012b, 13) ja toteuttaa laadukasta saattohoitoa samoin kuin muiden ammattikuntien edustajat, kuten lääkärit, sairaanhoitajat ja perushoitajat, mutta ei välttämättä osallistu saattohoitosuunnitelman tekemiseen päinvastoin kuin sairaanhoitajat (Kytke 2012b, 14). Hyvää saattohoitoa kotiin järjestettäessä fysioterapeutin tehtävänä on kodin apuvälinearvio ja muutostöiden järjestäminen, apuvälineiden järjestäminen kotiin sekä potilaan ja omaisten ohjaus apuvälineiden käytössä (Kytke 2012b, 7). Laadukkaassa saattohoidossa mallin mukaan fysioterapeutin tehtäviin kuuluvat potilaan voimavarojen tukeminen, liike- ja asentohoidot kipujen hallinnassa ja toimintakyvyn ylläpidossa, kevyt hieronta sekä kylmä-, lämpö- ja lymfahoidot (Kytke 2012a, 37.)

3 Opinnäytetyön tavoite ja toteutus

3.1 Tutkimusongelma ja kirjallisuuskatsaus

Koska palliatiivinen fysioterapia on käsitteenäkin Suomessa vielä verrattain tuntematon, ei aiheesta löydy suomenkielistä fysioterapiasuositusta tai muuta lähdemateriaalia, joka kattavasti tai edes auttavasti kuvaa ja koostaa palliatiivisessa fysioterapiassa käytettäviä menetelmiä. Tuotoksen tietoperusta pohjustaa kirjallisuuskatsausta kuvaamalla käsitteitä palliatiivinen hoito, palliatiivinen fysioterapia ja moniammatillinen työryhmä. Kirjallisuuskatsaus puolestaan pyrkii vastaamaan kysymykseen ”Mitä fysioterapian mene-

telmiä kansainvälisten hoitosuosituksen mukaan käytetään palliatiivisen hoidon moniammatillisessa työryhmässä?”

Tämä opinnäytetyö pyrkii esittelemään yleiskatsauksen palliatiivisesta fysioterapiasta ja sen menetelmistä. Opinnäytetyön tutkimusosiossa on sovellettu joitakin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita sekä narratiivisen katsauksen periaatteita. Kirjallisuuskatsaus on yksi tutkimustietoa keräävistä menetelmistä (World Confederation of Physical Therapy, European Region 2008). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tutkimus, joka tunnistaa olennaisen aineiston, arvioi sen laatua ja tiivistää tuloksen tieteellistä menetelmää noudattaen (Khan, Kunz, Kleijnen & Antes 2011, 1). Systemoitu katsaus pyrkii toistettavuuteen, ja siinä määritetään kriteerit aineistolle, kuvataan haun suorittaminen, arvioidaan aineiston menetelmiä ja laatua, sekä yhdistetään tieto suunnitelmallisesti (Malmivaara 2002, 877).

Kirjallisuuskatsaus on laadullinen silloin, kun aineistoa analysoidaan laadullisella menetelmällä määrällisen menetelmän sijaan (Abbas 2008). Narratiivisessa synteessissä valitusta aineistosta tuotetaan järjestelmällisesti aineistoon pohjautuva selvitys tai seloste. Selvitys voi olla pelkistetty, jolloin siinä toistetaan ja kuvaillaan löydöksiä. Narratiivista synteesiä voi käyttää systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa systemaattisen tiedonhaun ja arvioinnin rinnalla. (Dixon-Woods 2005, 47.) Narratiivinen kirjallisuuskatsaus ilman systemoitua tutkimusprotokollaa jää systemaattisen kirjallisuuskatsauksen määritelmän ulkopuolelle (Hemingway & Brereton 2009, 2), mikä tämän opinnäytetyön osalta rajaa tutkimuksen pikemminkin kirjallisuuskatsaukseksi.

Tähän tutkimukseen on kuitenkin koottu luotettavaksi arvioituja lähteitä. Laadullisessa tutkimuksessa lähdekriittisyyttä on yleensä käytetty vaihtelevissa määrin: tieteellisissä julkaisuissa on ollut kirjallisuuskatsauksia, joissa lähteitä joko ei ole arvioitu, tai toisessa ääripäässä on arvioitu hyvinkin järjestelmällisesti. (Dixon-Woods 2005, 52.) Tämän opinnäytetyön katsauksessa etsittiin suosituksia fysioterapian menetelmien käytöstä palliatiivisen hoidon

hoitosuosituksista. Hoitosuosituksia on mahdollista arvioida kriittisesti. Kriteerinä voi käyttää esimerkiksi julkaisuajankohtaa, soveltuvuutta aiheeseen, soveltuvuutta potilasryhmille, näytön vahvuutta, suositusten tekijöiden asiantuntijuutta sekä onko suositus asiantuntijoiden arvioima. (Ks. LoBiondo-Wood 2013, 227.) Näitä kriteereitä soveltava lähteiden luotettavuusarviointi on liitteessä 1.

3.2 Tiedonhaku

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen tiedonhaun tarkoituksena oli etsiä yleisesti saatavilla olevia englanninkielisiä moniammatillisen palliatiivisen työryhmän käyttöön tarkoitettuja hoitosuosituksia (guidelines), jotka ovat verrattavissa Käypä hoito -suositukseen. Tiedonhaussa etsittiin englanninkielisiä moniammatillisen palliatiivisen työryhmään käyttöön tarkoitettuja kansallisia tai alueellisia hoitosuosituksia (guidelines), jotka ovat julkisesti saatavilla. Terveystietokannat, kuten EBSCO, PubMed, tai fysioterapiaan erikoistunut PedRo eivät soveltuneet tähän tarkoitukseen: kyseisiä hoitosuosituksia ei ole näihin tietokantoihin indeksoitu. Jälkikäteen tehdyssä, otsikoihin perustuvassa ristiintarkistuksessa vain yksi katsauksessa käytetty hoitosuositus (Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2008) löytyi näistä tietokannoista. Taustalla voi olla suositusten käyttötarkoitus. Esimerkiksi katsauksessa lähteenä käytetty Palliative Care Guideline Plus on Käypä hoitoon verrattava hoitosuositusten verkkotietokanta, joka on suunnattu brittiläisen terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön.

Aikaisempien palliatiiviseen fysioterapiaan liittyvien tiedonhakujen perusteella tiedossa oli, että katsaukseen soveltuvia hoitosuosituksia löytyy lääketieteellisten tietokantojen sijaan yleisellä internet-haulla Googella. Googlen käytössä ongelmana on kuitenkin hakukoneen epäluotettavuus. Creedonin (2013) mukaan hakutuloksien arvottamisen, kaupallisen priorisoinnin sekä indeksoinnin puuttumisen takia Googlea ei suositella terveysalan tutkimusten

käyttöön, vaan syytä olisi käyttää indeksoivaa ja verkkolähteet luokittelevaa hakukonetta. Koska hoitosuosituksia haettaessa oli jo olemassa aiempaan kokemukseen perustuva käsitys siitä, minkälaisia hakutuloksia (kuten Palliative Care Guidelines Plus) pitäisi löytyä, suoritettiin koehakuja erilaisilla indeksoivilla hakukoneilla, kuten Creedonin (2013) suosittama clusty.com. Koehakujen jälkeen hakukoneeksi valikoitui kontekstianalyysia luokittelussa käytävä metahakukone PolyMeta.com, jossa on mahdollista valita alihakukone (WebLib 2011). Hakusanoilla *palliative care guideline* ja käyttämällä alihakukoneita Bing ja Google tulokseksi tuli 53 hakutulosta. Näistä 42 rajautui pois, koska tulos ei viitannut hoitosuositukseen, viittaus oli päällekkäinen muun hakutuloksen kanssa, tai julkaisijasta ei löytynyt tietoa. Tutkimukseen valikoitui 11 hoitosuositusta, jotka arvioitiin tarpeeksi laadukkaiksi sisällytettäväksi tutkimukseen (liite 1). Tiedonhaun ja katsauksen prosessia on kuvattu taulukossa 3.

Taulukko 3. Kirjallisuuskatsauksen viisi vaihetta (mukaillen Khan ym. 2011, 5).

1. Kysymyksen rajaaminen	Mitä fysioterapian menetelmiä kansainvälisten hoitosuositusten mukaan käytetään palliativisen hoidon moniammatillisessa työryhmässä?
2. Keskeisen kirjallisuuden tunnistaminen	Kansainväliset moniammatillisen työryhmän hoitotyön suositukset (guidelines). Käytetään internetistä vapaasti saatavilla olevia lähteitä. Hakukoneena käytetään klusterioivaa metahakukonetta www.polymeta.com , jolloin hakutulokset on indeksoitu kielitieteellisen algoritmin perusteella.
3. Kirjallisuuden laadun arviointi	Käytetään luotettavaksi arvioitavia lähteitä, kuten kansallisia terveysjärjestöjä. Rajataan pois ei-tieteelliset lähteet sekä lähteet, jotka eivät tuo lisäarvoa analyysiin.
4. Näytön yhteenveto	Tuloksia verrataan suomalaiseen Käypä hoito -suosituskantaan, analysoidaan eroavaisuuksia.
5. Tulosten tulkinta	Narratiivinen synteesi mahdollistaa tulosten reflektiivisen ja abstrahoivan tulkinnan (Dixon-Woods, Agarwal, Jones, Young, & Sutton 2005, 52). Tulosten yhteenvedosta kootaan taulukko, jossa tietoperustaa reflektoiden esitetään esimerkinomainen kuvaus fysioterapiaprosessista.

4 Fysioterapia oireenmukaisessa hoidossa moniammattillisessa palliativisessa työryhmässä

4.1 Kansainväliset hoitosuositukset

Tässä opinnäytetyössä etsittiin hoitosuosituksista fysioterapiaan liittyviä menetelmiä tai muita fysioterapiaan liittyviä suosituksia. Suositukset koskivat pääasiassa kuolevan potilaan oireenmukaista hoitoa, mutta mukana oli myös pidempiaikaisen palliativisen hoidon suosituksia. Hoitosuosituksista poimittiin ne oireet, joihin oli esitetty fysioterapiaa tai fysioterapeuttisia menetelmiä oireiden lievittämiseksi. Kansainväliset suositukset yhdistettiin suomalaisten Käypä hoito -suositusten ja Sairaanhoidajan käsikirjan kontekstiin (Atula 2013; Janes 2013; Kassinen 2013; Kokkinen 2012; Käypä hoito -suositus 2012).

Koska kuolevan potilaan oireisto nousi katsauksessa voimakkaimmin esille, niin oireet järjestettiin lukuihin 3.2 - 3.9 mukailusti samaan järjestykseen kuin suomalaisessa kuolevan potilaan hoitosuosituksessa: selkäydinkompressio, maha-suolikanavan oireet (pahoinvointi, oksentaminen, ummetus), raaja-turvotus (lymphödeema), väsymysoireyhtymä (fatigue), hengitystieoireet (hengenahdistus (dyspnea), yskä, kuolonkorina), kipu, spastisuus ja psyykkiset oireet (unettomuus, ahdistus) (Käypä hoito -suositus 2012). Luvuissa tulokset on koottu yhteenvetotaulukoihin. Lisäksi taulukossa on esimerkinomaisesti kuvattu menetelmien soveltamista palliativisen potilaan fysioterapiaprosessissa. Fysioterapiaprosessissa on käytetty fysioterapia-nimikkeistöä (Kuntaliitto 2007). Prosessi on kuvattu oirekohtaisesti: esimerkiksi selkäydinkompression kohdalla prosessi sisältää fysioterapeuttisen tutkimisen, apuvälinearvion, fysioterapeuttisen ohjauksen ja neuvonnan sekä fysioterapiasuunnitelman. Ensimmäisessä sarakkeessa on kuvattu oire ja toi-

sessä katsauksessa esille tulleet fysioterapian menetelmät. Kolmannessa sarakkeessa on esimerkkejä menetelmien soveltamisesta fysioterapia-prosessissa.

4.2 Selkäydinkompressio

Noin 5 - 10 prosentilla syöpäpotilaista arvioidaan kehittyvän pahanlaatuinen selkäytimen ahtauma (Pease 2004, 27 - 34). Leviävän syövän oireena syntyvästä ahtaumasta kärsivän potilaan hoito moniammatillisessa tiimissä on haasteellista. Erityistä valppautta tarvitaan jo sitä epäiltäessä, koska metastaasin aiheuttama ahtauma voi oirehtia muun muassa selkävun lisäksi kävelyn tai virtsaamisen vaikeutena. Lääketieteellisen, mahdollisesti kirurgisen hoidon jälkeen ja potilaan tilan niin salliessa liikkuvuutta voi kuitenkin harjoittaa ahtauman sallimissa rajoissa. (Palliative Care Guidelines Plus 2008a). Selkäydinkompressio vaatiikin lääkinnällisen hoidon lisäksi yksilöllisiä kuntouttavia toimenpiteitä (Fraser Health 2006a; Greater Manchester & Cheshire Cancer Network 2011, 40).

Selkäydinkompressiosta kärsivän potilaan kuntouttaminen moniammatillisessa työryhmässä on haasteellista, koska selkäytimen lisävauriota pitää välttää potilasta liikuteltaessa (NHS Lanarkshire 2009, 81). Vuodelepo makuuasennossa ei kuitenkaan ole ehdottomuus, vaan potilaan asento ja liikkuminen pitää sopeuttaa yksilöllisesti kiputilanteen ja liikkuvuuden mukaan. Jos kävely on mahdollista, tulisi sitä rohkaista. Kokonaisvaltainen arviointi potilaan tilanteesta on suotavaa. Kuntoutus- tai fysioterapia-suunnitelma tulisi laatia maltillisesti, sillä selkäydinkompression lisäksi potilaalla on taustasairauden myötä heikentynyt suoritus- ja palautumiskyky. Yleiskunnontaan parempikuntoisia potilaita ja taudin alkuvaiheissa olevia potilaita voi kuitenkin ohjata myös terapeuttisen ryhmäliikunnan pariin. (Yorkshire Cancer Network, North East Yorkshire & Humber Clinical Alliance 2012, 34.)

Yhteenvedo selkäydinkompressiota koskevista suosituksista sekä esimerkki fysioterapiasta on koottu taulukkoon 4.

Taulukko 4. Selkäydinkompressiota koskevat suositukset ja esimerkki fysioterapiasta.

Selkäydinkompressio		
<p>Yleistä</p> <ul style="list-style-type: none"> – levinneissä syöpäsairauksissa noin 5 % tapauksista ilmenee selkäydin-kompressio – aiheuttajana metastaasi – lisävaurioiden välttäminen tärkeää – lääkärin arvio välttämätön – rinta-, keuhko-, eturauhas-, munuais-syöpä ja myelooma – rintanikama 70 %, lannenikama 20 %, kaulanikama 10 % – selkäkipu – kävelyn vaikeus, raajojen motorinen heikkous – tuntopuutokset – sfinkteritonuksen heikkous – virtsaamisen vaikeus <p>(Käypä hoito -suositus 2012; Palliative Care Guidelines Plus 2008a Fraser Health 2006a; Greater Manchester & Cheshire Cancer Network 2011, 40; Yorkshire Cancer Network and North East Yorkshire and Humber Clinical</p>	<p>Yksilöllinen fysioterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> – liikkuvuuden ja kivun salliessa vuodelepo makuuasennossa ei ole ehdottomuus – maltillinen fysioterapia-suunnitelma (potilaalla heikentynyt suoritus- tai palautumiskyky) – kävely – terapeuttinen ryhmäliikunta jos yleiskunto hyvä esim. taudin alkuvaiheessa <p>(Fraser Health 2006a; Greater Manchester & Cheshire Cancer Network 2011, 40; Yorkshire Cancer Network and North East Yorkshire and Humber Clinical Alliance 2012, 34).</p>	<p>Fysioterapeuttinen tutkiminen</p> <ul style="list-style-type: none"> – suoritus- ja toimintakyvyn arviointi – kivun arviointi <p>Apuvälinearvio</p> <ul style="list-style-type: none"> – potilaan toimintakykyä tukevien apuvälineiden valinta – tarvittaessa ortoosin valinta (esimerkiksi selän tukivyö) <p>Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta</p> <ul style="list-style-type: none"> – harjoitusohjelman laatiminen – potilaan itsenäisen harjoittelun ohjaaminen – omaisten, avustajien tai hoitajien tukeman harjoittelun ohjaaminen <p>Fysioterapia-suunnitelma</p> <ul style="list-style-type: none"> – harjoittelun vaikuttavuuden seuraaminen (muutokset

Taulukko 4. Selkäydinkompressiota koskevat suositukset ja esimerkki fysioterapiasta.

Alliance 2012, 34).		toimintakyvyssä ja kivussa) – harjoitusohjelman muuttaminen vastaamaan potilaan muuttuvia tarpeita
---------------------	--	---

4.3 Maha-suolikanavan oireet (pahoinvointi, oksentaminen, ummetus)

Akupunktiota ja akupisteterapiaa on käytetty pahoinvoinnin hoidossa esimerkiksi kemoterapian ja leikkausten yhteydessä (NHS Lanarkshire 2009, 54; Palliative Care Guidelines Plus 2004a). Sähköakupunktion on osoitettu olevan hyödyllinen hoidettaessa kemoterapian aiheuttamaa akuuttia pahoinvointia ja oksentamista, mutta elektrodien kautta annetuilla sähköhoidoilla ei vastaavasti ole merkittävää vaikutusta. Terapeutin tekemän akupunktiohoidon lisäksi potilaan voi myös opastaa tekemään akupistehoitoa itsenäisesti akuutin pahoinvointikohtauksen lievittämiseksi. (Borda ym. 2013, 85.) Lisäksi fysioterapian rentoutustekniikoita voi soveltaa pahoinvoinnin aiheuttaman hätäntymisen lievittämiseksi (Fraser Health 2006b).

Ummetuksen hoidossa fyysisen aktiivisuuden merkitys on suuri, ja liikkumista tulisi mahdollisuuksien mukaan rohkaista (Fraser Health 2006c; Janes 2013; Macleod ym. 2012, 18). Liikunnan intensiteetin ei tarvitse olla korkea. Lisäksi vatsan hierominen tai lämpöpakkaus voi auttaa. (Australian Palliative Residential Aged Care 2006, 10.) Yhteenveto maha-suolikanavan oireita koskevista suosituksista ja esimerkki niiden fysioterapiasta on taulukossa 5.

Taulukko 5. Maha-suolikanavan oireita koskevat suositukset ja esimerkki fysioterapiasta.

Pahoinvointi, oksentaminen		
<p>Yleistä – parantumattomasti sairaista noin 30 % kärsii oksentamisesta – noin 60 % kärsii pahoinvoinnista – taustalla useita eri syitä, kuten infektio, kohonnut kallonsisäinen paine, maha-ärsytys tai maha-haavauma, ummetus, lääkkeet, solunsalpaaja- /sädehoito, askites, ahdistuneisuus, yskä ja limaisuus, vaikea kipu (Käypä hoito -suositus 2012.)</p>	<p>Rentoutustekniikat – hätäntymisen lievittäminen</p>	<p>Fysioterapeuttinen tutkiminen</p> <p>Ohjaus ja neuvonta – rentoutumis-harjoitteen ohjaaminen potilaalle – omaisten, avustajien tai hoitajien tukeman harjoittelun ohjaaminen</p>
	<p>Akupunktio Akupisteterapia Sähköakupunktio Akupistehoito itsehoitona</p> <p>(NHS Lanarkshire 2009, 54; Palliative Care Guidelines Plus 2004a; Borda ym. 2013, 85; Fraser Health 2006b.)</p>	<p>Fysikaalinen terapia – akupunktiotekniikat vaativat erikoiskoulutetun fysioterapeutin</p> <p>Ohjaus ja neuvonta – akupistehoidon ohjaaminen potilaalle, omaisille, avustajalle tai hoitajille</p>
Ummetus		
<p>Yleistä – harventunut ulostaminen, alle kolme kertaa viikossa – noin puolet palliatiivisessa hoidossa olevista kärsii ummetuksesta – opioidien ummetusta lisäävä vaikutus – lääkinnällisesti hoidetaan laksatiiveilla</p>	<p>Liikunta, fyysinen aktiivisuus – edistää suolen toimintaa – korkea intensiteetti ei välttämätön</p>	<p>Fysioterapeuttinen tutkiminen – suorituskyvyn arviointi</p> <p>Ohjaus ja neuvonta – harjoitusohjelman laatiminen – potilaan itsenäisen harjoittelun ohjaaminen – omaisten, avustajien tai hoitajien tukeman harjoittelun ohjaaminen</p>

Taulukko 5. Maha-suolikanavan oireita koskevat suositukset ja esimerkki fysioterapiasta.

(Käypä hoito -suositus 2012.)	<p>Lämpöpakkaus – edistää suolen toimintaa</p>	<p>Ohjaus ja neuvonta – lämpöpakkauksen käytön neuvonta – potilas, omaiset, avustajat tai hoitajat toteuttavat hoidon</p>
	<p>Vatsan hierominen – edistää suolen toimintaa</p> <p>(Australian Palliative Residential Aged Care 2006, 10; Fraser Health 2006c; Janes 2013; Macleod ym. 2012, 18.)</p>	<p>Ohjaus ja neuvonta – fysioterapeutti voi ohjata omaisille ja avustajille yksinkertaisen hierontamenetelmän</p> <p>Fysioterapia-suunnitelma – harjoittelun vaikuttavuuden seuraaminen – harjoitusohjelman muuttaminen vastamaan potilaan muuttuvia tarpeita – lämpöhoidon ja vatsan hieromisen vaikuttavuuden seuraaminen</p>

4.4 Raajaturvotus (lymphödeema)

Raajaturvotusta esiintyy syöpäsairauksien yhteydessä. Raajaturvotus voi olla seurausta lymfakierron estymisestä tai veren matalasta albumiinipitoisuudesta, jolloin lääkehoidon teho on vähäinen (turvotuksen osatekijänä voi olla laskimoperäinen turvotus, johon diureettinen lääkehoito tehoaa paremmin). (Käypä hoito -suositus 2012.) Liikkumisen lisäksi suositellaan monikerrostukisidoksia, kompressiositeitä ja -asuja (lääkinnälliset hoitosukat ja hihat), mutta painepuristushoitoja tai jaksottaisia painepuristushoitoja ei suositella

(Kokkinen 2012). Kompressiositeet ja kompressioasut ovat merkittäviä lymfaturvotuksen hoidossa ja itsehoidossa. Esimerkiksi kompressioteippaus hajottaa fibroosia auttaen lymfakiertoa. Kompressiohoito on tehokkaampaa, kun se yhdistetään liikuntaan tai hierontaan. Potilas tulisi ohjata mahdollisuuksien mukaan liikkumaan lymfakierron auttamiseksi. Lymfaturvotuksen hoidon suunnittelussa suositellaan fysioterapeutin tai muun hoitoon erikoistuneen ammattilaisen mukaantuloa jo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. (Macleod ym. 2012, 44; Palliative Care Guidelines Plus 2010c.)

Fysioterapian menetelmistä lymfahieronnasta ja lymfasidoksista on hyviä kokemuksia (Käypä hoito -suositus 2012). Lymfahieronta (manual lymphatic drainage, MLD) on hierontatekniikka, joka mekaanisesti vaikuttaa lymfakiertoa parantavasti. Käsittelyn tavoitteena on siirtää lymfanestettä ylitäydeltä alueelta sellaiselle alueelle, jossa lymfakierto toimii normaalisti. MLD:tä käytetään useimmiten muiden hoitojen intensiivisimmässä vaiheessa. Yksinkertaistettu versio käsittelystä on mahdollista toteuttaa joko potilaan tai avustajan itsehoitona akuuttivaiheen jälkeen. Lievän lymfaturvotuksen hoitoon suositellaan liikunnan ja lymfahieronnan lisäksi perinteistä hierontaa tai itse toteutettua hierontaa. Yksinkertaistettu versio lymfahierontakäsittelystä on mahdollista toteuttaa joko potilaan tai avustajan itsehoitona akuuttivaiheen jälkeen. Varsinaisen lymfahieronnan toteuttaminen vaatii kuitenkin erikoistumiskoulutuksen käyneen terapeutin. (Australian Palliative Residential Aged Care 2006, 105; Palliative Care Guidelines Plus 2010c; Yorkshire Cancer Network, North East Yorkshire & Humber Clinical Alliance 2012, 39.)

Mekaanisista terapiamuodoista monikerroksisessa lymfaturvotus-teippauksessa (MLLB, multilayer lymphoedema bandaging,) turvonnut raaja teipataan lyhyillä tukisidoksilla. Lymfakierto paranee merkittävästi erityisesti liikunnan aikana. Teippausta käytetään päivittäin hoitojen intensiivivaiheessa, ja se auttaa vähentämään fibroosia sekä uudelleenmuotoilemaan raajaa. Teippaustekniikka voidaan opastaa potilaalle käytettäväksi yöaikaisena itsehoitona. Puristussukat ja -hihat soveltuvat myös itsehoitoon ja ylläpitoon soveltuvat myös puristussukkaa tai -hihaa (compression garments). Lymfa-

teippauksen, puristussukan tai -hihan käyttöä liikunnan aikana suositellaan (kontraindikaatioina on akuutti selluliitti (acute cellulitis), sydämen vajaatoiminta ja akuutti verisuonitromboosi). Varovaisuutta tulee noudattaa monikerroksisen teippauksen kanssa, jos potilaalla on perifeeraalinen verenkiertosairaus. (Palliative Care Guidelines Plus 2010c). Yhteenveto raajaturvotusta koskevista suosituksista sekä esimerkki fysioterapiasta on taulukossa 6.

Suosituksissa huomionarvoista on se, että ne eivät ota kantaa syvän laskimotukoksen fysioterapiaan. Raajaturvotukseen yhdistynyt kipu on merkki syvästä laskimotukoksesta (Kokkinen 2012). Esimerkiksi Scottish Intercollegiate Guidelines Networkin (2010) laskimotukosta koskevassa hoitosuosituksessa löytyy myös tromboosiprofylaksian toteutuksen lääkehoitoa koskevia suosituksia. Liikkumaton potilas tulisi mobilisoida mahdollisimman aikaisessa vaiheessa, ja alaraajojen harjoitteet ovat suotavia. Lisäksi mekaanisina hoitomuotoina suositellaan antiemboliasukkia, painepuristushoitoa ja jaksoittaista painepuristushoitoa. (Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2010, 10 - 11.)

Taulukko 6. Raajaturvotusta koskevat suositukset ja esimerkki fysioterapiasta.

Raajaturvotus (lymfödeema)		
<p>Yleistä</p> <ul style="list-style-type: none"> – edennyttä syöpää sairastavilla – lymfavirtauksen estyminen tai hyperproteinemia, voi yhdistyä laskimoturvotukseen – lymfakierron estyessä diureettien teho vähäinen (Käypä hoito -suositus 2012.) 	<p>Lymfahieronta</p> <ul style="list-style-type: none"> – lymfavirtauksen tehostaminen 	<p>Fysioterapeuttinen tutkiminen</p> <ul style="list-style-type: none"> – suorituskyvyn arviointi – sopivan harjoitusmenetelmän valinta <p>Manuaalinen terapia</p> <ul style="list-style-type: none"> – tehokas ja vaikuttava lymfahieronta vaatii erikoiskoulutetun fysioterapeutin

Taulukko 6. Raajaturvotusta koskevat suositukset ja esimerkki fysioterapiasta.

		– erityiskoulutuksen puuttuessa terapeutti voi vähäisessä määrin lievittää oireita yksinkertaisella manuaalisella kompressiolla.
	Yksinkertainen lymfahieronta	Ohjaus ja neuvonta – lymfahierontaan kouluttautunut fysioterapeutti antaa tehokainta ja vaikuttavinta ohjausta – potilaan ohjaaminen itsehoitona toteutettavaan hierontaan – hieronnan ohjaaminen omaisille ja avustajille – lievässä turvotuksessa potilaan ohjaaminen hierojalle
	Kompressiohoidot (painepuristushoidot) – kompressioasut – kompressiositeet – kompressioteippaus	Kompressioasut, siteet ja teippaus voivat kuulua hoitotarvikkeisiin, ja niiden käyttö voivat kuulua moniammatillisessa työryhmässä hoitohenkilökunnalle lääkärin ohjauksessa.
	Kompressiohoidon yhdistäminen liikuntaan – lisää kompressiohoidon tehokkuutta Liikunta – lievittää	Ohjaus ja neuvonta – harjoitusohjelman laatiminen – potilaan itsenäisen harjoittelun ohjaaminen – omaisten, avustajien tai hoitajien tukeman harjoittelun ohjaaminen

Taulukko 6. Raajaturvotusta koskevat suositukset ja esimerkki fysioterapiasta.

	lymfaturvotusta	<p>Fysioterapia-suunnitelma</p> <ul style="list-style-type: none"> – harjoittelun tai hoidon vaikuttavuuden seuraaminen – harjoitusohjelman muuttaminen vastaamaan potilaan muuttuvia tarpeita
	<p>Lymfasidokset</p> <ul style="list-style-type: none"> – lievittävät lymfaturvotusta <p>(Australian Palliative Residential Aged Care 2006, 105; Macleod ym. 2012, 44; Kokkinen 2012; Käypä hoito -suositus 2012; Palliative Care Guidelines Plus 2010c; Yorkshire Cancer Network and North East Yorkshire and Humber Clinical Alliance 2012, 39.)</p>	<p>Muu fysio-terapeuttinen menetelmä</p> <ul style="list-style-type: none"> – lymfasidoksiin perehtynyt terapeutti toteuttaa hoidon <p>Ohjaus ja neuvonta</p> <ul style="list-style-type: none"> – lymfasidoksiin perehtynyt terapeutti ohjaa sidosten tekemisen hoitajille

4.5 Väsymysoireyhtymä (fatigue)

Väsymysoireyhtymä liitetään yleensä syöpäsairauksiin. Oireyhtymään voi kuulua heikkoutta, väsyneisyyttä, uneliaisuutta, motivaation puutetta, kyllästyneisyyttä ja apatiaa. Oireilu ei lieviy levolla. Väsymysoireyhtymän taustalla voi olla vahvempi yhteys masennukseen ja ahdistuneisuuteen kuin syövän etenemiseen. (Käypä hoito -suositus 2012). Väsymysoireyhtymää voi käsitellä hyvinvoinnin, aktiivisuustason ja heikkouden ongelmana, joka voi liittyä ikävystyneisyyteen, lääketieteellisiin ongelmiin, kipuun, psyykkisiin ongelmiin, unihäiriöihin ja lääkitykseen. Oireyhtymä on yleisimpiä elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä kuoleman lähestyessä, mutta se on alihoidettu. Väsymysoireyhtymää ei pitäisi hyväksyä normaalina tilana tai ongelmana ilman hoitokeinoa. Väsymysoireyhtymällä on sekä fyysisiä, emotionaalisia että kognitiivisia haittapuolia. (Australian Palliative Residential Aged Care 2006, 85.)

Palliatiivisessa hoidossa väsymysoireyhtymän hoitomuotona on joissain tapauksissa tarpeellisen levon ja voimien säästämisen vastapainona paradoksaalisesti liikunta (Australian Palliative Residential Aged Care 2006, 86 - 87; Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2008, 10). Varsinkin pitkäaikaisen liikkumattomuuden tai immobilisaation yhteydessä liikunnasta on eniten näyttöä (Fraser Health 2006d). Liikunta voi olla erityisen hyödyllistä sädehoitojen aiheuttaman väsymyksen hoidossa (Macleod, Vella-Brincat & Macleod 2012, 49). Syöpään liittyvän väsymyksen hoidossa liikunnan hyödyllisyydestä luustolihaksiston surkastumisen hidastamisessa on näyttöä anoreksian ja kuihtumisen hoidossa (Palliative Care Guidelines Plus 2008b). Venyttelyn ja isometristen lihassupistusten yhdistelmä voi auttaa lihasvoiman ylläpidossa (Fraser Health 2006d). Sekä aerobisen että lihaskuntoharjoittelun suunnittelussa voi hyödyntää fysioterapeuttia (NHS Lanarkshire 2009, 29). Suunnitellun, maltillisen liikunnan on todettu olevan hyödyllistä vielä kuoleman lähestyessä (Macleod ym. 2012, 49). Yhteenveto väsymysoireyhtymää koskevista suosituksista sekä esimerkki fysioterapiasta on taulukossa 7.

Taulukko 7. Väsymysoireyhtymää koskevat suositukset ja esimerkki fysioterapiasta.

Väsymysoireyhtymä (fatigue)		
<p>Väsymysoireyhtymä – yleinen syöpä-sairauksissa (60 - 90 %) – alihoidettu – erotettava muista väsymystä aiheuttavista tekijöistä (esim. anemia, metaboliset häiriöt, kilpirauhasen vajaatoiminta, infektio)</p> <p>Oireita: – aktiivisuustason lasku – heikkous – väsyneisyys – uneliaisuus – motivaation puute – kyllästyneisyys – apatia – oireilu ei lievity levolla – yhteys masennukseen tai ahdistuneisuuteen mahdollisesti suurempi kuin taustasairauteen – voi liittyä myös kipuun, ikävystyneisyyteen, unihäiriöihin ja lääkkitykseen (Australian Palliative Residential Aged Care 2006, 85; Käypä hoito -suositus 2012.)</p>	<p>Liikunta – erityisesti pitkäaikaisen liikkumattomuuden yhteydessä – hyödyllistä esimerkiksi sädehoitojen aiheuttamaan väsymykseen – hidastaa luustolihasen kuihtumista anoreksian ja tautiin liittyvän kuihtumisen yhteydessä – suunniteltu, maltillinen liikunta hyödyllistä vielä kuoleman lähestyessä</p> <p>(Australian Palliative Residential Aged Care 2006, 86 - 87; Fraser Health 2006d; Macleod ym. 2012, 49; NHS Lanarkshire 2009, 29; Palliative Care Guidelines Plus 2008b; Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2008, 10.)</p>	<p>Fysioterapeuttinen tutkiminen – suorituskyvyn arviointi – sopivan menetelmän valinta</p> <p>Ohjaus ja neuvonta – harjoitusohjelman laatiminen – potilaan itsenäisen harjoittelun ohjaaminen – omaisten, avustajien tai hoitajien tukeman harjoittelun ohjaaminen</p> <p>Fysioterapia-suunnitelma – harjoittelun tai hoidon vaikuttavuuden seuraaminen – harjoitusohjelman muuttaminen vastaamaan potilaan muuttuvia tarpeita</p>

4.6 Hengitystieoireet (hengenahdistus, yskä, kuolonkorina)

Hengenahdistus eli dyspnea on useissa kuolemaan johtavissa sairauksissa yleinen ja erittäin häiritsevä oire (Macleod ym. 2012, 37). Dyspnean syynä voi olla hengitystieobstruktio, hengitystilavuuden pienentyminen, keuhkokuudoksen tai verenkierron ongelma, hengityslihasten heikkous tai psyykkiset tekijä (Käypä hoito -suositus 2012). Duodecimin Lääkärin käsikirjassa hengenahdistuksen lääkkeettöminä hoitoina mainitaan fysioterapia, hengitys- ja rentoutumisharjoitukset, liikunta, apuvälineet ja neuvonta fyysisen suorituskyvyn sovittamisesta rasituksen mukaiseksi (Janes 2013). Sairaanhoidajan käsikirjassa mainitaan lisäksi istuva lepoasento (Kokkinen 2012). Käypä hoito -suosituksessa keuhkohtaumataudin pahenemisvaiheen hoidon fysioterapiaksi suositellaan vastapainehengitystä (vesipulloon puhallus, Positive Expiratory Pressure- eli PEP-laite) sekä liikuntaa (lihasvoima ja -kunto, aerobinen harjoittelu) (Käypä hoito -suositus 2009). Potilaan ohjeistaminen itsehoitomenetelmiin katsotaan myös keskeiseksi (The Royal Dutch Society for Physical Therapy 2008, 9 - 11). Elämän loppuvaiheessa lääkkeettömät hoitomuodot ovat vähemmän tehokkaita, mutta niitä voi edelleen käyttää lääkehoidon rinnalla (Macleod ym. 2012, 37).

Dyspnean hoidossa fysioterapian tavoitteena on hengitysteiden eritteiden vähentäminen hengitysharjoittelulla (Greater Manchester & Cheshire Cancer Network 2011, 22). Palliatiivisen hoidon suosituksissa ja kansainvälisessä fysioterapiasuosituksessa suositellaan adaptaatiotekniikoiden ja voimavarojen säästämisen ohjaamista (coping-strategiat), aktiivisten hengitys-tekniikoiden ohjausta, rentoutumisharjoituksia, kävelyä, asentohoitoa sekä limanpoistoa vibraatiokäsittelyllä (taputtelu- ja täristystekniikat) ja NMES/EMS-hoitoa (neuromuscular electrical stimulation, electrical muscle stimulation) (Australian Palliative Residential Aged Care 2006, 11; Borda ym. 2013, 84; Jassal 2013, 53; The Royal Dutch Society for Physical Therapy 2008, 9-11; Palliative Care Guidelines Plus 2004b; 2004c; Macleod ym. 2012, 37).

Omaisten opastaminen on keskeistä. Yksinkertaisimmillaan opastaminen voi olla hengittämistä helpottavan ajurinasennon tai oikean hengitystekniikan muistuttamista potilaalle. (Palliative Care Guidelines Plus 2004b; 2004c.) Lastenkin kohdalla fysioterapia on suotavaa, mutta käsittelyn on oltava hellävaraista (Jassal 2013, 20).

Yskästä kärsivät erityisesti keuhkohtaumatauti-, keuhkosityöpi- ja keuhkofibroosipotilaat (Käypä hoito -suositus 2012). Liikunta, apuvälineet sekä hengitys- ja rentoutumisharjoitukset ja muut fysioterapeutin suorittamat hengitystä tukevat hoidot ovat Suomessa (Janes 2013; Kokkinen 2012) ja kansainvälisesti suositeltuja hoitokeinoja silloin, kun potilas ei ole välittömässä kuolemanvaarassa. Yskän fysioterapiaan suositellaan aktiivisia hengitystekniikoita kuten ACBT (active cycle breathing technique). Fysioterapiasta on hyötyä erityisesti infektion aiheuttaman yskän hoidossa liman ja yskösten poistamisessa. (Greater Manchester & Cheshire Cancer Network 2011, 24; NHS Lanarkshire 2009, 19; Macleod ym. 2012, 39; Palliative Care Guidelines Plus 2004c.) Myös lapsille suositellaan fysioterapiaa. Dyspnean osalta asentotyhjennyshoito voi lisätä lapsen epämukavuutta, mutta yskän hoidossa lapsille se tai yskimistä avustava cough assist -laite voi olla hyödyllinen. (Jassal 2013, 18, 53.)

Hengitysoireista mainittakoon vielä kuolonkorina (death rattle). Kuolonkorina on kovaaäänistä hengitystä. Äänen aiheuttaa ilmeisesti ilman pakkautuminen ylähengitysteiden eritteiden ohi kulkiessaan. Korina on oletettavasti häiritsevää omaisille ja muille kuolevaa ympäröiville ihmisille kuin itse kuolevalle potilaalle. Lääkehoidon vaikutuksesta ei ole selvää näyttöä, ja lääkehoidon ohella kuolonkorinaa voi hoitaa fysiologisilla menetelmillä. (Borda ym. 2013, 84 - 85.) Fysiologisilla menetelmillä viitataan suosituksessa Ween ja Hillierin (2008) Cochrane -katsaukseen. Tutkijat totesivat, että kuolonkorinan tutkimusasetelma on haasteellinen ja luotettavaa tietoa löytyy vähän. Erityisesti kliinisen kokemuksen mukaan lääkehoito, asentohoito sekä limanpoisto suusta ja nielusta (imu) ovat useimmiten käytettyjä hoitomuotoja. (Wee &

Hillier 2008, 2 - 5.) Kuolonkorinaa ja muita hengitystieoireita koskeva yhteen-
veto suosituksista ja esimerkki niiden fysioterapiasta on taulukossa 8.

Taulukko 8. Hengitystieoireita koskevat suositukset ja esimerkki fysioterapiasta.

Hengenahdistus (dyspnea)		
<p>Yleistä – yleinen ja erittäin häiritsevä oire</p> <p>Aiheuttajia: – hengitystie-obstruktio – hengitystilavuuden pienentyminen – keuhkokudoksen ongelma – verenkierron ongelma – hengityslihasten heikkous – psyykkiset tekijät</p> <p>Elämän loppuvaiheessa lääkkeettömät menetelmät ovat vähemmän tehokkaita hengenahdistuksen hoidossa, mutta niitä voidaan käyttää lääkehoidon rinnalla.</p> <p>(Käypä hoito -suositus2012; Macleod ym. 2012, 37.)</p>	<p>Hengitysharjoitteet – hengityksen tehostaminen</p> <p>Rentoutumisharjoitteet – ahdistuksen lievittäminen</p> <p>Liikunta – lihasvoima ja lihas-kunto – aerobinen harjoittelu – apuvälineet</p>	<p>Fysioterapeuttinen tutkiminen – fyysisen suorituskyvyn arviointi</p> <p>Terapeuttinen harjoittelu – fyysisen suorituskyvyn harjoittaminen</p>
	<p>Vastapainehengitys – vesipulloon puhallus – PEP -laite</p>	<p>Ohjaus ja neuvonta – puhallus- ja hengitystekniikan ohjaaminen – potilaan itsenäisen harjoittelun ohjaaminen – omaisten, avustajien tai hoitajien tukeman harjoittelun ohjaaminen</p>
	<p>Adaptaatiotekniikat – coping -strategiat – itsehoitomenetelmät – tavoitteena fyysisen suorituskyvyn sovittaminen rasiitusta vastaavaksi</p>	<p>Ohjaus ja neuvonta – sopivan menetelmän valinta – harjoitusohjelman laatiminen – potilaan itsenäisen harjoittelun ohjaaminen – omaisten, avustajien tai hoitajien tukeman harjoittelun ohjaaminen</p>

Taulukko 8. Hengitystieoireita koskevat suositukset ja esimerkki fysioterapiasta.

	<p>Vibraatiokäsittelyt – liman poistoon – taputtelu- ja täristely- tekniikat</p> <p>Sähköhoidot – NMES – EMS</p> <p>(Australian Palliative Residential Aged Care 2006, 11; Borda ym. 2013, 84; Greater Manchester & Cheshire Cancer Network 2011, 22; Janes 2013; Jassal 2013, 20, 53; Kokkinen 2012; The Royal Dutch Society for Physical Therapy 2008, 9 - 11; Käypä hoito 2009; Macleod ym. 2012, 37; Palliative Care Guidelines Plus 2004b; 2004c.)</p>	<p>Fysikaalinen terapia Ohjaus ja neuvonta – vibraatiokäsittelyitä ja sähköhoitoja käytetään Suomessa harvemmin hengenahdistuksen hoitoon (Lehto, Toikkanen & Saarto 2011). – sovelletun taputtelu- tai täristelytekniikan voi opastaa omaiselle, avustajalle tai hoitajalle</p> <p>Fysioterapia-suunnitelma – vaikuttavuuden seuranta – harjoitteiden suoritustekniikan kontrollointi</p>
Yskä		
<p>Yleistä – keuhkohtaumatauti – keuhkosityöpä – keuhkofibroosi (Käypä hoito -suositus 2012).</p> <p>Fysioterapiasta on hyötyä erityisesti infektion aiheuttaman yskän hoidossa liman ja yskösten poistamisessa.</p> <p>(Greater Manchester</p>	<p>Aktiiviset hengitystekniikat</p> <p>Hengitysharjoitukset</p> <p>Rentoutumis-harjoitukset</p> <p>Liikunta</p> <p>Asentotyhjennyshoito</p> <p>Cough assist -laite</p> <p>Apuvälineet</p>	<p>Fysioterapeuttinen tutkiminen – suorituskyvyn arviointi – hengitystoimintojen arviointi – sovellettavan menetelmän valinta</p> <p>Ohjaus ja neuvonta – hengitystekniikan ja tehokkaan yskimisen ohjaaminen – potilaan itsenäisen</p>

Taulukko 8. Hengitystieoireita koskevat suositukset ja esimerkki fysioterapiasta.

<p>& Cheshire Cancer Network 2011, 24; NHS Lanarkshire 2009, 19; Macleod ym. 2012, 39; Palliative Care Guidelines Plus 2004c.)</p>	<p>(Janes 2013; Jassal 2013, 18, 53; Kokkinen 2012; Greater Manchester & Cheshire Cancer Network 2011, 24; NHS Lanarkshire 2009, 19; Macleod ym. 2012, 39; Palliative Care Guidelines Plus 2004c.)</p>	<p>harjoittelun ohjaaminen – harjoitusohjelman laatiminen – omaisten, avustajien tai hoitajien tukeman harjoittelun ohjaaminen – laitteen käytön ohjaaminen</p> <p>Apuvälinearvio – suorituskykyä tukevien apuvälineiden valinta</p>
<p>Kuolonkorina</p>		
<p>Yleistä – syynä voi olla hengitysteitä tukkiva lima – lääkehoidon vaikutuksesta ei selvää näyttöä</p> <p>(Käypä hoito -suositus 2012; Borda ym. 2013, 84 - 85.)</p>	<p>Fysiologiset menetelmät – asentohoito, limanpoisto (imu) (Borda ym. 2013, 84 - 85; Wee & Hillier 2 - 5.)</p>	<p>Ohjaus ja neuvonta – menetelmät voivat olla aiemmin saman potilaan kohdalla yskän hoidossa käytettyjä – hoitajat, omaiset ja avustajat toteuttavat esimerkiksi asento-hoitoa – fysioterapeutin konsultaatio lienee tarpeen vain poikkeustapauksissa</p>

4.7 Kipuoireet

Kipuoireita esiintyy tunnetusti useissa kuolemaan johtavissa sairauksissa. Loppuvaiheen syövässä kipua esiintyy 35 - 96 prosentilla potilaista. Muissa tautiryhmissä esiintyvyys poikkeaa syövästä mutta jää samalle vaihteluvälille.

(Voltz & Borasio 1997, 2; Käypä hoito -suositus 2012.) Kipuoireiden hoidossa lääkkeettömiä menetelmiä voi käyttää lääkehoidon tukena. Lääkkeettömiä hoitokeinoja voidaan käyttää erityisesti tapauksissa, joissa paras lääkehoito ei jostain syystä sovellu potilaalle, tai potilas kieltäytyy lääkehoidosta. Lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät voivat parantaa potilaan koettua elämähallintaa ja lievittää psyykkisiä oireita. (Australian Palliative Residential Aged Care 2006, 6, 11; Yorkshire Cancer Network, North East Yorkshire & Humber Clinical Alliance 2012, 6, 11.) Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät ovat yleensä vaikutuksiltaan lyhytkestoista, mutta potilaista kokemuksena miellyttävää (Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2008, 41).

Yksinkertainen esimerkki lääkkeettömästä kivunhoidosta on asentohoito (Yorkshire Cancer Network, North East Yorkshire & Humber Clinical Alliance ym. 2012, 6.) Fysikaalisista terapiamenetelmistä kylmähoitoa suositellaan käytettäväksi kudonvaurioissa. Lämpö puolestaan voi vapauttaa endogeenisiä opioideja lievittäen kipua. (Australian Palliative Residential Aged Care 2006, 84 - 85.)

Fysikaalisista terapiamuodoista Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation eli TENS hyödyntää kivunlievityksessä ihoon kiinnitettyjen elektrodien kautta johdettua matalaa sähköjännitettä. Transcutaneous Spinal Electroanalgesia eli (TSE) puolestaan on tekniikka, jossa elektrodit sijoitetaan selkärangan päälle, ja frekvenssi sekä jännite ovat TENSiä korkeampia. Koetun kivun lievittämisessä tekniikoilla ei ilmeisesti ole suurta eroa. (Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2008, 41.) TENS on mainittu useammasakin hoitosuosituksessa muuta lääkinnällistä kipuhoidoa tukevana vaihtoehtona (esimerkiksi NHS Lanarkshire 2009, 67; North of England Cancer Network 2012, 4; Macleod ym. 2012, 14). Hyvin siedettynä sekä koettua kipua lievittävänä sitä käytetään laajalti esimerkiksi hyperalgeettisten syöpäpotilaiden hoidossa, vaikka sen vaikutuksista on hyvin vaihtelevaa näyttöä (Australian Palliative Residential Aged Care 2006, 84 - 85; Borda ym. 2013, 14 - 15; Palliative Care Guidelines Plus 2010b; Yorkshire Cancer Network,

North East Yorkshire & Humber Clinical Alliance 2012, 6).

Kipuhoidona akupunktio mainitaan hoitosuosituksissa useita kertoja (North of England Cancer Network 2012, 4.). Akupunktion merkitys kroonisen kivun hoidossa on kaksoissokkotutkimusten perusteella epäselvää, vaikkakin syöpään liittyvän kivun hoidossa akupunktiosta voi olla hyötyä (Palliative Care Guidelines Plus 2010b). Borda (ym. 2013, 14 - 15) puolestaan toteaa, että akupunktion vaikutuksista ei ole riittävää näyttöä, vaikkakin vaikutuksiltaan vaatimatonta mutta vahvempaa näyttöä on koetun kivun lievittämisen lisäksi masentuneisuuden hoidossa. Korva-akupunktio voi lievittää perifeeristä ja neuropaattista kipua kipulääkkeillä hoidetuilla syöpäpotilailla vähentäen koettua kipua jopa kolmanneksella (Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2008, 41.). Mainittakoon, että kivun ohella akupunktio voi olla hyödyllinen myös hikan hoidossa (NHS Lanarkshire 2009, 39).

Liikunnalla on kipua lievittäviä vaikutuksia. Lyhyiden kävelyiden on todettu vähentävän eturauhassyöpäpotilaiden kokemaa kipua. (Borda ym. 2013, 14 - 15.) Ikääntyvien kohdalla voimaharjoittelu parantaa toimintakykyä ja vähentää esimerkiksi nivelrikon aiheuttamaa kipua (Australian Palliative Residential Aged Care 2006, 84 - 85). Liikuntaa useammin hoitosuosituksissa mainitaan hieronta (North of England Cancer Network 2012, 4; Palliative Care Guidelines Plus 2010b). Terapeuttinen hieronta voi vähentää koettua kipua lyhyellä, alle neljän viikon aikavälillä, mutta pitkäaikaisvaikutukset jäävät lyhyiksi (Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2008, 41) eikä vahvaa näyttöä hieronnan vaikutuksista ole. Sen sijaan joistakin manuaalisista tekniikoista, kuten iskiashermon kompressiosta (sciatic nerve press), on hyötyä syöpäpotilaiden kivun lievityksessä. (Borda ym. 2013, 14 - 15.) Käsittelyssä kummankin alaraajan iskiashermoon kohdistetaan 11 - 20 kg paine kahden minuutin ajan. Käsittelyn on todettu lievittävän usean eri taudin aiheuttamia kipuoireita. (He, Wu, Jiang, Zhang, Zhao & Zhang 2008.)

Lasten palliatiivisessa fysioterapiassa kivunhoidossa käytetään samoja menetelmiä kuin aikuisten fysioterapiassa: akupunktio, lämpöhoito, liikunta, rentoutustekniikat, hieronta, TENS. Lapsipotilaan kivunhoidossa potilas tulee huomioida yhtä lailla laajana kokonaisuutena. Perheen ja ympäristön lisäksi lapsipotilaan kanssa on merkittävää huomioida kehityksen ja ymmärryksen taso. Kivun hallinnassa tärkeää on hoitaa kivun aiheuttajan lisäksi myös lieveilmiöitä sekä lääkinällisin että ei-lääkinällisin keinoin. (Jassal 2013, 77, 79, 90.) Yhteenveto kivunhoitoa koskevista suosituksista sekä esimerkki fysioterapiasta on taulukossa 9.

Taulukko 9. Kipuoireita koskevat suositukset ja esimerkki fysioterapiasta.

Kipuoireet		
<p>Yleistä – esiintyy tunnetusti useissa kuolemaan johtavissa sairauksissa</p> <p>Lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät – voi käyttää lääkeshoidon tukena – voi käyttää erityisesti tapauksissa, joissa paras lääkehoito ei jostain syystä sovellu potilaalle, tai potilas kieltäytyy lääkehoidosta – yleensä vaikutuksiltaan lyhytkestoisia, mutta potilaista kokemuksena miellyttäviä – voivat parantaa potilaan koettua elämänhallintaa ja lievittää psyykkisiä oireita.</p>	<p>Asentohoito – lievittää kipua</p>	<p>Fysioterapeuttinen tutkiminen – kivun tutkiminen ja arviointi – fyysisen suorituskyvyn arviointi</p> <p>Ohjaus ja neuvonta – hoitajat, omaiset ja avustajat toteuttavat asentohoitoa</p>
	<p>Liikunta – lievittää kipua</p>	<p>Ohjaus ja neuvonta – harjoitusohjelman laatiminen – itsenäinen liikunta tai omaisten, avustajien, hoitajien tukema liikunta</p> <p>Fysioterapia-suunnitelma – harjoittelun vaikuttavuuden seuraaminen – harjoitusohjelman muuttaminen vastaa-</p>

Taulukko 9. Kipuoireita koskevat suositukset ja esimerkki fysioterapiasta.

(Australian Palliative Residential Aged Care 2006, 6, 11; Voltz & Borasio 1997, 2; Käypä hoito -suositus 2012; Yorkshire Cancer Network, North East Yorkshire & Humber Clinical Alliance 2012, 6, 11.)		maan potilaan muuttuvia tarpeita
	Kylmähoito – erityisesti kudosisvaurioissa	Ohjaus ja neuvonta – esimerkiksi kylmäpakkauksen käytön neuvonta – potilas, omaiset, avustajat tai hoitajat toteuttavat
	Lämpöhoito – kudosisvaikutusten ohella voi vapauttaa endogeenisiä opioideja lievittäen kipua	Fysikaalinen terapia – lämpöhoito esimerkiksi ultraäänellä (jos ei kontraindisoitu) tai lämpöpakkauksella Ohjaus ja neuvonta – lämpöpakkauksen käytön neuvonta – potilas, omaiset, avustajat tai hoitajat toteuttavat
	Rentoutustekniikat – lievittävät kipua	Ohjaus ja neuvonta – rentoutusharjoittelun ohjaaminen – omaisten, avustajien tai hoitajien neuvominen rentoutusharjoittelun ohjaamiseksi
	Sähköhoidot – TENS – TSE – lievittää kipua	Fysikaalinen terapia – fysioterapeutti toteuttaa hoidon Ohjaus ja neuvonta – tarvittaessa esimerkiksi kotihoidossa

Taulukko 9. Kipuoireita koskevat suositukset ja esimerkki fysioterapiasta.

		TENS-laitteen määrätai pitkäaikaislaina – potilas, omaiset, avustajat tai hoitajat voivat toteuttaa hoitoa ohjauksen jälkeen
	Akupunktio – lievittää kipua	Fysikaalinen terapia – akupunktiotekniikat vaativat erikoiskoulutetun fysioterapeutin
	Korva-akupunktio – lievittää perifeeristä ja neuropaattista kipua	Ohjaus ja neuvonta – potilaan ohjaaminen korva-akupunktion osajalle
	Iskiashermon kompressio – lievittää kipua Hieronta – lievittää kipua (Australian Palliative Residential Aged Care 2006, 84 - 85; Borda ym. 2013, 14 - 15; Jassal 2013, 77, 79, 90; North of England Cancer Network 2012, 4, 12; Palliative Care Guidelines Plus 2010b; Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2008, 41; NHS Lanarkshire 2009 2009, 67; Vella-Brincat & Macleod 2012, 14; Yorkshire Cancer Network, North East Yorkshire & Humber Clinical Alliance 2012, 6.)	Manuaalinen terapia – menetelmän hallitseva fysioterapeutti toteuttaa kompressiohoitoa Ohjaus ja neuvonta – omaisten, avustajien tai hoitajien ohjaaminen toteuttamaan kompressiotekniikkaa – fysioterapeutti voi ohjata omaisille ja avustajille yksinkertaisen hieronta-menetelmän – vaihtoehtoisesti potilaan ohjaaminen hierojalle

4.8 Spastisuusoireet

Spastisuus on lihaksen jäykkyysoire. Se ei välttämättä vaadi hoitoa, ja se voi jopa mahdollistaa liikkumisen tukemalla lihasvoimaltaan heikentyntä raajaa. Fysioterapialla spastisuutta voidaan lievittää. (Atula 2013.) Suomalaisessa Sairaanhoitajan käsikirjassa on kuvattu muun muassa kuntoutussuunnitelman, fysioterapian, liikunnan ja apuvälineiden käyttöä spastisuuden hoidossa (Kassinen 2013). Palliatiivisissa hoitosuosituksissa spastisuutta on tarkasteltu ALS:n ja multippeliskleroosin (MS-tauti) yhteydessä (Fraser Health 2006e; Palliative Care Guidelines Plus 2010a; 2010d).

Motoneuronisairauksien, kuten ALSin fysioterapiassa ja hoidossa keskeistä on yksilöllisten ominaisuuksien ja tarpeiden huomioiminen parhaimman mahdollisen tuloksen saavuttamiseksi. Terapialla voidaan välttää iho-ongelmia, lievittää kontraktuuraa ja ehkäistä nivelten dislokaatiota. Venyttely, asentohoito, ortoosit, nivelliikkuvuusharjoitteet ja hieronta ovat keskeisiä spastisuuden hoidossa. Nivelliikkuvuusharjoitteet ovat hyödyllisiä kivun tuntemuksen lievittämisessä. Tukirakenteiden kiputiloja voi provosoida pitkäaikainen liikkumattomuus, huono ryhti ja epänormaali kävely. Fysioterapiaa tarvitaan ryhdin oikaisussa, sopivan istuma-asennon löytämisessä ja apuvälinearvioinnissa. Hengitystekniikoiden harjoittaminen on tärkeää, samoin hengityksen apulihasten ja pallean harjoittaminen. Passiivisen ja aktiivisen liikunnan lisäksi TENS mainitaan oireita lievittäväenä terapiamuotoina. Fysioterapeutin roolina on myös potilaan ja omaisten neuvonta. (Fraser Health 2006e; Palliative Care Guidelines Plus 2010a; 2010d.) Fysioterapiaa suositellaan myös palliatiivisessa hoidossa olevien lasten spastisuusoireiden hallintaan (Jassal 2013, 72). Yhteenveto spastisuutta koskevista suosituksista sekä esimerkki fysioterapiasta on taulukossa 10.

Taulukko 10. Spastisuusoireita koskevat suositukset ja esimerkki fysioterapiasta.

Spastisuus		
<p>Yleistä</p> <ul style="list-style-type: none"> – lihaksen jäykkyysoire – ei välttämättä vaadi hoitoa – voi jopa mahdollistaa liikkumisen tukemalla lihasvoimaltaan heikentyntä raajaa – yksilöllisten ominaisuuksien ja tarpeiden huomioiminen, fysioterapiainventio voi olla tarpeen – fysioterapialla voidaan välttää iho-ongelmia, lievittää kontraktuuraa ja ehkäistä nivelten dislokaatiota – fysioterapiaa tarvitaan myös ryhdin oikaisussa, sopivan istuma-asennon löytämisessä ja apuvälinearvioinnissa <p>(Atula 2013; Fraser Health 2006e; Palliative Care Guidelines Plus 2010a; 2010d.)</p>	<p>Liikunta</p> <ul style="list-style-type: none"> – aktiivinen – passiivinen – nivelliikkuvuus-harjoitteet 	<p>Fysioterapeuttinen tutkiminen</p> <ul style="list-style-type: none"> – suoritus- ja toimintakyvyn arviointi <p>Ohjaus ja neuvonta</p> <ul style="list-style-type: none"> – potilaan itsenäisen harjoittelun ohjaaminen – omaisten, avustajien tai hoitajien tukeman harjoittelun ohjaaminen
	<p>Apuvälineet</p>	<p>Apuvälinearvio</p> <ul style="list-style-type: none"> – päivittäisten toimintojen suorittamiseen tarvittavien apuvälineiden valinta – liikkumista tukevien apuvälineiden valinta
	<p>Ortoosit</p>	<p>Apuvälinearvio</p> <ul style="list-style-type: none"> – liikkumista tukevan ortoosin valinta
	<p>Asentohoito</p> <ul style="list-style-type: none"> – spastisuuden lievittäminen – kontraktuurien ehkäisy 	<p>Apuvälinearvio</p> <ul style="list-style-type: none"> – asentohoitoa tukevien apuvälineiden valinta <p>Ohjaus ja neuvonta</p> <ul style="list-style-type: none"> – asentohoidon toteuttamisen neuvominen potilaalle – asentohoidon toteuttamisen neuvominen omaisille, avustajille tai hoitajille

Taulukko 10. Spastisuusoireita koskevat suositukset ja esimerkki fysioterapiasta.

	<p>Ohjaus – ryhti – istuma-asento</p>	<p>Terapeuttinen harjoittelu – toimintakyvyn ja liikkumisen harjoittaminen</p> <p>Ohjaus ja neuvonta – harjoitusohjelman laatiminen – potilaan itsenäisen harjoittelun ohjaaminen – omaisten, avustajien tai hoitajien tukeman harjoittelun ohjaaminen</p>
	<p>Hengitystekniikat – hengityksen apu-lihasten ja pallean harjoittaminen</p>	<p>Ohjaus ja neuvonta – potilaan itsenäisen harjoittelun ohjaaminen – omaisten, avustajien tai hoitajien tukeman harjoittelun ohjaaminen</p>
	<p>Hieronta – spastisuuden lievittäminen</p> <p>(Fraser Health 2006e; Jassal 2013, 72; Kassinen 2013; Palliative Care Guidelines Plus 2010a; 2010d.)</p>	<p>Ohjaus ja neuvonta – fysioterapeutti voi ohjata omaisille ja avustajille yksinkertaisen hierontamenetelmän – vaihtoehtoisesti potilaan ohjaaminen hierojalle</p> <p>Fysioterapia-suunnitelma – harjoittelun vaikuttavuuden seuraaminen – harjoitusohjelman muuttaminen vastaamaan potilaan muuttuvia tarpeita</p>

4.9 Psyykkiset oireet (unettomuus, ahdistus)

Ahdistuneisuus voi johtua luonnollisesta reagoinnista lähestyvään kuolemaan tai olla merkki jostain muusta häiriöstä tai oireesta. Unettomuus puolestaan on subjektiivinen tunne huonosta nukkumisesta. Se voi ilmetä unen ylläpidon vaikeutena tai unen saannin häiriönä. Unettomuus heikentää toimintakykyä ja voi aiheuttaa ärtyvyyttä, päiväaikaista uneliaisuutta, väsymysoireyhtymää tai keskittymiskyvyn puutetta. (Käypä hoito -suositus 2012.) Liikunnan on todettu helpottavan nukkumista unettomuudesta kärsivillä (Australian Palliative Residential Aged Care 2006, 86 - 87). Kohtuullinen liikunta auttaa jopa syöpään liittyvien unihäiriöiden hallinnassa (Borda ym. 2013, 14 - 15) sekä ahdistuneisuuden hoidossa (Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2008, 41).

Jassal (2013, 91) muistuttaa, että lasten palliativisessa hoidossa unettomuus ei ole pelkästään lasten ongelma, vaan myös lasten vanhemmat voivat hyötyä rentouttavista tekniikoista kuten hieronnasta. Hieronnalla voi olla vaikutusta henkisen hyvinvoinnin ylläpitoon. Kuten kivunhoidossa, vaikutus masentuneisuuden hoidossa on epäselvä (Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2008, 41). Yhteenveto psyykkisten oireiden suosituksista ja esimerkki niiden fysioterapiasta on taulukossa 11.

Taulukko 11. Psyykkisiä oireita koskevat suositukset ja esimerkki fysioterapiasta.

Ahdistuneisuus		
Yleistä – voi olla luonnollinen reagointi lähestyvään kuolemaan	Liikunta – ahdistuneisuuden lievittäminen	Fysioterapeuttinen tutkiminen – suorituskyvyn arviointi

Taulukko 11. Psykkisiä oireita koskevat suositukset ja esimerkki fysioterapiasta.

<p>– voi myös olla merkki jostain muusta häiriöstä tai oireesta</p> <p>(Käypä hoito -suositus 2012.)</p>	<p>(Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2008, 41.)</p>	<p>Ohjaus ja neuvonta</p> <ul style="list-style-type: none"> – harjoitusohjelman laatiminen – potilaan itsenäisen harjoittelun ohjaaminen – omaisten, avustajien tai hoitajien tukeman harjoittelun ohjaaminen <p>Fysioterapia-suunnitelma</p> <ul style="list-style-type: none"> – harjoittelun vaikuttavuuden seuraaminen – harjoitusohjelman muuttaminen vastamaan potilaan muuttuvia tarpeita
<p>Unettomuus</p>		
<p>Yleistä</p> <ul style="list-style-type: none"> – tunne huonosta nukkumisesta – unen ylläpidon vaikeus 	<p>Liikunta</p> <ul style="list-style-type: none"> – helpottaa unensaantia ja nukkumista – auttaa jopa syöpään liittyvien unihäiriöiden 	<p>Fysioterapeuttinen tutkiminen</p> <ul style="list-style-type: none"> – suorituskyvyn arviointi

Taulukko 11. Psykkisiä oireita koskevat suositukset ja esimerkki fysioterapiasta.

<ul style="list-style-type: none"> – unen saannin häiriö – heikentää toimintakykyä – ärtyvyys – päiväaikainen uneliaisuus – keskittymiskyvyn puute – väsymysoireyhtymä <p>(Käypä hoito -suositus 2012.)</p>	<p>hallinnassa</p>	<p>Ohjaus ja neuvonta</p> <ul style="list-style-type: none"> – harjoitusohjelman laatiminen – potilaan itsenäisen harjoittelun ohjaaminen – omaisten, avustajien tai hoitajien tukeman harjoittelun ohjaaminen
	<p>Rentoutustekniikat</p> <p>Rentouttava hieronta</p> <p>(Australian Palliative Residential Aged Care 2006, 86 - 87; Borda ym. 2013, 14 - 15; Jassal 2013, 91; Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2008, 41.)</p>	<p>Ohjaus ja neuvonta</p> <ul style="list-style-type: none"> – rentoutusharjoitteen ohjaaminen potilaalle – omaisten, avustajien tai hoitajien tukeman harjoittelun ohjaaminen – fysioterapeutti voi ohjata omaisille ja avustajille yksinkertaisen hierontamenetelmän – vaihtoehtoisesti potilaan ohjaaminen hierojalle

Taulukko 11. Psykkisiä oireita koskevat suositukset ja esimerkki fysioterapiasta.

		<p>Fysioterapia-suunnitelma</p> <ul style="list-style-type: none"> – harjoittelun vaikuttavuuden seuraaminen – harjoitusohjelman muuttaminen vastamaan potilaan muuttuvia tarpeita
--	--	---

5 Pohdinta

5.1 Tulosten soveltaminen käytäntöön

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsaus kuvastaa hoitosuosituksiin valikoitunutta osaa fysioterapian menetelmistä, joita voidaan käyttää palliativisen potilaan hoidossa. Katsaus ei kuitenkaan ole kattava kirjallisuuskatsaus esimerkiksi yhden yksittäisen taudin tai oireen terapeuttisista menetelmistä, eikä se täytä hoito- tai fysioterapiasuositusten kriteereitä. Katsaukseen valikoituneiden hoitosuositusten laadinnassa ei ilmeisesti ollut mukana yhtään fysioterapia-tieteen edustajaa. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että ne eivät olisi käyttökelpoisia. Suositusten taustalla ovat kuitenkin ammattilaisten kokoamat ja arvioimat hoitosuositukset, ja niiden taustalla on tieteellinen prosessi.

Fysioterapian ja muiden kuntoutusalan ammattiryhmien edustuksen puuttuminen tai vähäisyys näkyy kuitenkin lääkkeettömien hoitokeinojen kuvauksen täsmällisyydessä. Katsausta varten analysoiduissa hoitosuosituksissa eri terapiamuotoja ei aina luokiteltu niitä käyttävän ammattiryhmän mukaan. Niinpä epäselvää oli, viitattiinko hieronnalla fysioterapeutin, hoitajan, omais- tai hierojan suoritukseen. Hieronta kuitenkin sisällytettiin katsaukseen hoitomuodoksi, vaikka käytännössä on selvää, ettei Suomessa ainakaan julkisen terveydenhuollon palveluksessa oleva fysioterapeutti toteuta hierontaa laajamittaisesti hoitomuotona. Vastaavasti aluekohtaiset erot tehtävän- jaossa eri ammattikuntien kesken aiheuttivat harkinnanvaraisuuden käyttä- mistä yhteenvedossa. Alkuperäisessä hoitosuosituksessa saatettiin kuvata menetelmiä, jotka kyseissä maassa olivat osa toimintaterapeutin tehtävä- kenttää, mutta Suomessa saattavat osittain kuulua fysioterapeutille. Esimer- kiksi potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta kotisairaanhoidon apuväline- arvion ja esteettömyyskartoituksen tekisi todennäköisemmin fysioterapeutti.

Palliativisen potilaan hoitosuunnitelman tekoon ja hoidon koordinointiin osal- listuvat yleensä lääkäri ja sairaanhoitaja. Fysioterapeutti pyydetään osallis- tumaan hoitoon, mikäli lääkäri tai sairaanhoitaja katsoo tämän tarpeelliseksi. Moniammatillisessa työyhteisössä tietoa siirtyy hiljaisesti ammattiryhmältä toiselle, mutta hoidon suunnittelussa on päätöksenteon pohjalla oleellista tietää fysioterapian rooli ja merkitys hoidon toteutuksessa. Tämän opinnäyte- työn tietoperusta selventää fysioterapian merkitystä palliativisen potilaan hoitoprosesseissa ja -ketjuissa. Kirjallisuuskatsaus antaa näkemyksen siihen, millaisissa tilanteissa muiden ammattiryhmien kuin fysioterapian edustajat valitsivat fysioterapian menetelmän palliativisen potilaan hoitoon. Fysioterapian ammattilainen voi koulutuksensa ja kokemuksensa pohjalta tunnistaa katsauksessa lueteltujen esimerkkien ohella useampia tilanteita, joissa fysioterapialla voidaan auttaa palliativisen potilaan elämänlaatua.

Fysioterapeutti voi oman koulutuksensa ja ammattitaitonsa pohjalta toteuttaa vaikuttavaa fysioterapiaa palliativista hoitoa tarvitsevalle potilaalle, vaikka ei

olisikaan erikoistunut palliatiiviseen fysioterapiaan. Palliatiivisen fysioterapian menetelmien kirjo onkin käytännössä tässä opinnäytetyössä kuvattua laajempi. Kansainvälisissä hoitosuosituksissa ei esimerkiksi juurikaan otettu kantaa fysioterapian merkityksestä painehaavojen ehkäisyssä tai hoidossa. Fyysisistä menetelmistä Käypä hoito suosittelee painehaavan syntymistä ehkäisevänä toimenpiteenä muun muassa asentohoitoa (Soppi 2013). Painehaava ei välttämättä ole huonotasaisen hoidon ilmentymä, mutta jopa yli viidesosalla palliatiivisessa hoidossa olevilla syöpäpotilailla on painehaava ja sen aiheuttamia komplikaatioita, jotka haittaavat elämänlaatua ja nopeuttavat kuolemaa. Fyysisen aktiivisuuden puute myötävaikuttaa haavaumien syntyyn. (Hendrichova, Castelli, Mastroianni, Piredda, Mirabella, Surdo, De Marinis, Heath & Casale 2010, 672 - 673.) Syöpäpotilaan palliatiivisessa fysioterapiassa fyysisen aktiivisuuden lisäämisellä on siis vaikutusta muun muassa väsymysoireyhtymän lievittämisen lisäksi painehaavojen ehkäisyssä. Kuihtuneen syöpäpotilaan viimeisiä päiviä seuranneena on ollut mahdollista todeta, että painehaava voi aiheuttaa enemmän kipua ja suoranaista tuskaa kuin varsinainen sairaus.

Katsausta voi käyttää lisäämään ymmärrystä fysioterapian menetelmien eduista, mutta soveltaminen vaatii aina tapauskohtaisesti fysioterapia-alan ammattilaisen arviota. Katsaus antaa ammattilaiselle viitteitä siitä, miten palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan oireita voi fysioterapian menetelmin hoitaa, ja voi sellaisenaan hyödyttää palliatiivisten potilaiden kanssa töitä tekevää fysioterapeuttia. Oireenmukainen hoito on kuitenkin vain osa kokonaisuutta, jossa tulee huomioida potilaan ja omaisten elämänlaatu laajemmin. Katsauksen suositusten soveltamisessa käytäntöön on noudatettava kriittisyyttä. Tutkimuksen luotettavuutta on pohdittu luvussa 4.4. Lisäksi palliatiivisen fysioterapian toteuttaminen terveydenhuollon haasteellisessa taloustilanteessa vaatii fysioterapeutilta asiantuntijuutta. Oirekohtaisissa esimerkeissä fysioterapiaprosessissa on usein mainittu opastus ja neuvonta. Jos fysioterapeutti ohjeistaa hoitajia, avustajia tai potilaan omaisia fysioterapian menetelmien käytössä, hänen tulee varmistaa toimintansa eettisyys. Fysioterapeutti ei saa siirtää toisen ammattikunnan jäsenelle tai avustajalle

mitään sellaista tehtävää, joka vaatii fysioterapeutin taitoa, tietoa tai arviontikykyä (World Confederation of Physical Therapy 2011).

5.2 Tulosten hyödyntäminen Paletti-hankkeessa

Palliativisen hoitoon erikoistuneiden ammattilaisten tehtävänä on kouluttaa uusia osaajia, sekä osallistua korkeatasoisinta mahdollista palliativista hoitoa tuottavan palvelujärjestelmän rakentamiseen (Institute for Clinical Systems Improvement 2011, 7). Paletti-hankkeessa yhtenä tavoitteena on kehittää palliativisen- ja saattohoidon rakenteita sekä hoitokäytäntöjä. Toinen tämän tuotoksen kannalta merkittävä tavoite on akuuttien ja vaikeasti hallittavien oireiden asiantuntija- ja konsultaatiokäytänteiden sekä perus- ja täydennuskoulutuksen kehittäminen. (PALETTI 2013). Opinnäytetyötä hyödynnetään hankkeen palliativisen hoidon koulutuksissa, jotka on suunnattu sekä hoitoalan että fysioterapian ammattilaisille ja opiskelijoille. Lisäksi opinnäytetyö julkaistaan Paletti-hankkeen kehitteillä olevassa Pohjois-Karjalan palliativisen- ja saattohoidon portaalissa, jossa se on vapaasti hoitotyön kehitystyötä tekevien käytettävissä. Samalla opinnäytetyö on laajalti myös palliativista sekä saattohoitoa toteuttavien alan ammattilaisten käytettävissä, mikä toivottavasti antaa virikkeitä fysioterapian ammattitaidon hyödyntämiseen.

Käytännön kokemus on osoittanut, että palliativinen fysioterapia ja sen menetelmät on verrattain tuntematon fysioterapian osa-alue myös Pohjois-Karjalassa. Keskusteluissa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon ammattilaisten kanssa on usein käynyt ilmi, että fysioterapian positiivisia vaikutuksia palliativisille potilaille tai terveydenhuollon kustannustehokkuudelle ei tiedosteta fysioterapeuttien keskuudessa, puhumattakaan muista ammattiryhmistä tai poliittisista päätöksentekijöistä. Pohjois-Karjalan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon realiteetit näkyvät opinnäytetyössä esimerkiksi yhteenvetotaulukon käytännön esimerkeissä. Fysioterapia-interventiot tuovat säästöjä hoitotyössä, mutta käytännössä tämä vaatisi

esimerkiksi saattohoito-osastolla yhtä fysioterapeuttia jokaista 12:ta saattohoidossa olevaa potilasta kohti (Laakso, McAuliffe & Cantlay 2003, 7). Tällä hetkellä Joensuun kaupungin Siilaisten sairaalan saattohoitoa toteuttavalla osastolla on käytännön työssä yksi kuntohoitaja, mutta ei yhtään fysioterapeuttia, eikä tehostetussa kotihoidossa ole kuntohoitajaakaan. Oululaisen asiantuntija-arvion mukaan palliatiivinen hoito ja saattohoito ovat Suomessa muuhun Eurooppaan verrattuna huonosti järjestettyjä, ja hoito on hajanaista sekä kirjavaa (YLE Oulu 2012). Oulun kaupunginsairaalan palliatiivisen hoidon osastolla on sentään yksi vakituinen fysioterapeutti. Pohjois-Karjalan maakunnan taloudellisten resurssien ja poliittisen tahtotilan mahdollistamat julkisen terveydenhuollon fysioterapiapalvelut eivät välttämättä kohtaa potilaiden palliatiivisen fysioterapian tarvetta. Tämä on huomioitava kehitystyössä, mutta ei saa olla este palliatiivisen hoidon, kuntoutuksen ja fysioterapian toteuttamiselle.

5.3 Opinnäytetyö ja oppimisprosessi

Palliatiivisen hoidon tai saattohoidon omaa asiantuntijuutta tulisi kehittää kouluttautumalla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 25). Palliatiivisen fysioterapian koulutuksen tarjonnan vähäisyyden tai puuttumisen takia opinnäytetyöprosessi mahdollisti henkilökohtaisesti läheisen aihealueen opiskelun ja tietoperustan syventämisen. Aikataulullisesti opinnäytetyöprosessi ajoittui opintojen kahden viimeisen lukukauden ajalle, jolloin teoriaa oli mahdollista soveltaa kahden käytännön harjoittelujakson aikana sekä erikoissairanhoidossa että perusterveydenhuollossa. Opinnäytetyön aihealueen reflektointi harjoittelujen aikana toi lisäarvoa tuotokseen: lopullisessa työssä käytännönläheisyys painottui enemmän kuin olisi ollut mahdollista ilman rinnakkaisia käytännön oppimisprosesseja.

Opinnäytetyötä arvioitaessa huomionarvoinen seikka oli, että katsaukseen valikoituneitten suositusten joukossa on runsaasti samoja fysioterapian

menetelmiä kuin tietoperustaosuuden lähteissä. Samansuuntaisia palliatiivisen fysioterapian ohjeistuksia, mitä kirjallisuuskatsaus tuotti, on koottu esimerkiksi Frymarkin, Hallgrenin ja Reisbergin (2009) Ruotsissa julkaistuun teokseen *Physiotherapy in palliative care – a clinical handbook*. Yhdenmukaisuudet kertovat paitsi opinnäytetyön validiteetista, myös oppimisprosessista. Samansuuntainen tuotos on osoitus siitä, että opiskelijan rajallinen kokemus käytännön työstä ei ole este käytännönläheisen kirjallisuuskatsauksen kokoamiselle.

5.4 Luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyötä varten koottiin kansainvälisiä moniammatillisen työryhmän palliatiivisen hoidon hoitosuosituksia. Lähteinä käytettiin internetistä vapaasti saatavilla olevia lähteitä. Hakukoneena käytettiin klusteroivaa ja kielitieteellistä kontekstianalyysia luokittelussa käyttävää metahakukonetta www.polymeta.com (WebLib 2011). Alihakukoneilla Bing ja Google sekä hakusanoilla *palliative care guideline* tulokseksi tuli 53 hakutulosta. Hakutuloksista rajattiin pois ei-tieteelliset lähteet sekä lähteet, jotka eivät tuoneet lisäarvoa analyysiin. Hakutuloksista 42 rajautui pois, koska tulos ei viitannut hoitosuositukseen, viittaus oli päällekkäinen muun hakutuloksen kanssa, tai julkaisijasta ei löytynyt tietoa. Tutkimukseen valikoitui 11 hoitosuositusta, jotka arvioitiin tarpeeksi laadukkaiksi sisällytettäväksi tutkimukseen. Suositusten laatijoina oli pääasiassa kansallisia tai alueellisia terveysjärjestöjä. Hoitosuosituksien luotettavuuden ja asianmukaisuuden arvioinnissa hyödynnettiin aiemman Paletti-hankkeessa suoritettua hankeharjoittelun raportin laadinnassa kertynyttä kokemusperäistä käsitystä lähdeaineistosta (ks. liite 2, opinnäytetyön aikataulu). Tuloksia verrattiin suomalaiseen Käypä hoito -suosituskantaan.

Lähtökohtaisesti hoitosuositukset (clinical practice guidelines) ovat jo valmiiksi lääketieteen, hoitotieteen sekä fysioterapiatieteen edustajien vertais-

arvioimia tai muuten suositusten laatimisen tiukkojen kriteereiden mukaan valikoituneita menetelmiä. Ne ovat systemaattisesti luotuja lausuntoja tai suosituksia, jotka yhdistävät tutkimuksen käytännön kokemukseen. (LoBiondo-Wood 2013, 227.) Parhaimmillaan systemaattista kirjallisuuskatsausta voi käyttää uusien terapiamenetelmien, hoitojen ja hoitopäätösten sekä tutkimusten tai hoitosuositusten suunnittelun pohjana (Abbas, Raza, & Ejaz 2008). Vaikka osaa suosituksista arvioidaan tai päivitetään säännöllisesti (esimerkiksi Borda ym. 2013, Fraser Health 2006a; 2006b; 2006c; 2006d; 2006e), on niistä osa vanhenemassa (esimerkiksi Australian Palliative Residential Aged Care 2006). Lisätietoa lähteiden arvioinnista ja ajantasaisuudesta on liitteessä 1.

Saattohoidon kehittämisen toimenpiteet ovat välttämättömiä ikääntyvän yhteiskunnan tulevaisuudelle (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 25). Katsaus palliatiivisen fysioterapian menetelmiin on askel eteenpäin tällä matkalla. Lisätyötä tarvitaan, kuten varsinaisen palliatiivisen fysioterapiasuosituksen kehittäminen suositusten ajantasaistamiseksi. Palliatiivisen fysioterapian taloudellisista hyödyistä tarvitaan lisätietoa poliittisen päätöksenteon tueksi. Lisätutkimusta tarvitaan, jotta fysioterapian ääni saadaan paremmin kuuluviin. Periaatteessa jokainen oire tai lääkkeetön hoitomuoto vaatisi lisätutkimusta (Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2008, 41).

Lähteet

- Abbas, Z., Raza, S. & Ejaz, K. 2008. Systematic Reviews and their role in Evidence - Informed Health Care. Journal of Pakistan Medical Association.
http://www.jpma.org.pk/full_article_text.php?article_id=1514.
 23.1.2014.
- Aherne, M., Beaumont, C. & Pereira, J. 2006. Palliative and end-of-life care education: An introduction to the literature and select bibliography (Knowledge for Action Occasional Paper 2006-05). Edmonton, Kanada: The Pallium Project.
www.pallium.ca/infoware/PeoLC_EducBiblio2006.pdf.
 12.6.2013.
- Anttonen, M.S., Lehtomäki, S. & Murtonen, I. 2011. Palliatiivisen hoitotyön asiantuntijuuden kriteerit. Suomen palliatiivisen hoitotyön yhdistys Ry. <http://www.sphy.fi/@Bin/130228/Kriteerit.pdf>.
 19.6.2013.
- Atula, S. 2013. Spastisuus. Lääkäriin tietokannat. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 23.2.2014.
- Australian Palliative Residential Aged Care. 2006. Guidelines for a Palliative Approach in Residential Aged Care. Enhanced Version May 2006. Australia: Edith Cowan University.
[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/A248BE3B9456B15FCA257BF0001A4E89/\\$File/guideall.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/A248BE3B9456B15FCA257BF0001A4E89/$File/guideall.pdf).
 8.2.2014.
- Belchamber, C., Gousy, M. & Ellishill, C. 2013. Fostering hope through palliative rehabilitation. European Journal of Palliative Care 20 (3). Hayward Medical Communications.
http://eprints.bournemouth.ac.uk/20849/1/EJPC_Belchamber_palliative_rehabilitation.pdf. 20.6.2013.
- Borda, A., Charnay-Sonnek, F., Fonteyne, V. & Papaioannou, E. Guidelines on Pain Management & Palliative Care. 2013. European Association of Urology.
www.uroweb.org/gls/pdf/24_Pain_Management_LR.pdf.
 1.2.2014.
- Creedon, S. 2013. Evaluation of web-based health services. Joensuu, 20.2.2013, Karelia-ammattikorkeakoulu. Promoting Implementation of eHealth Innovations in Health Care Education -kurssi.
- Dixon-Woods, M., Agarwal, S., Jones, D., Young, B. & Sutton, A. 2005. Synthesising qualitative and quantitative evidence: a review of possible methods. Journal of Health Services Research & Policy 10 (1), 2005: 45 - 53.
- Fraser Health. 2006a. Spinal Cord Compression. Hospice Palliative Care Program Symptom Guidelines. Kanada: Hospice Palliative Care Clinical Practice Committee & Fraser Health.
<http://www.fraserhealth.ca/media/17FHSymptomGuidelinesSpinal.pdf>. 8.2.2014.

- Fraser Health. 2006b. Nausea and Vomiting. Hospice Palliative Care Program Symptom Guidelines. Kanada: Hospice Palliative Care Clinical Practice Committee & Fraser Health.
<http://www.fraserhealth.ca/media/14FHSymptomGuidelinesNausea.pdf>. 8.2.2014.
- Fraser Health. 2006c. Bowel Care. Hospice Palliative Care Program Symptom Guidelines. Kanada: Hospice Palliative Care Clinical Practice Committee & Fraser Health.
<http://www.fraserhealth.ca/media/04FHSymptomGuidelinesBowelCare.pdf>. 8.2.2014.
- Fraser Health. 2006d. Fatigue. Hospice Palliative Care Program Symptom Guidelines. Kanada: Hospice Palliative Care Clinical Practice Committee & Fraser Health.
<http://www.fraserhealth.ca/media/11FHSymptomGuidelinesFatigue.pdf>. 8.2.2014.
- Fraser Health. 2006c. Fatigue. Hospice Palliative Care Program Symptom Guidelines. Kanada: Hospice Palliative Care Clinical Practice Committee & Fraser Health.
<http://www.fraserhealth.ca/media/11FHSymptomGuidelinesFatigue.pdf>. 8.2.2014.
- Fraser Health. 2006e. Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS). Hospice Palliative Care Program Symptom Guidelines. Kanada: Hospice Palliative Care Clinical Practice Committee & Fraser Health.
<http://www.fraserhealth.ca/media/02FHSymptomGuidelinesALS.pdf>. 8.2.2014.
- Frymark, U., Hallgren, L. & Reisberg, A-C. 2009. Physiotherapy in palliative care – a clinical handbook. Tukholma: Palliative Centre, Stockholms Sjukhem.
<http://www.stockholmssjukhem.se/Documents/SPN/Physiotherapy%20in%20palliative%20care%20-%20a%20clinical%20handbook.pdf>. 23.2.2014.
- Greater Manchester & Cheshire Cancer Network. 2011. Pain & Symptom Control Guidelines. Palliative Care. Englanti: Greater Manchester & Cheshire Cancer Network.
<http://www.eastcheshire.nhs.uk/About-The-Trust/policies/P/Palliative%20care%20pain%20and%200symptom%20control%20guidelines%2003rd%20edition%201582.pdf>. 8.2.2014.
- He J., Wu B., Jiang X., Zhang, F., Zhao, T. & Zhang, W. 2008. A new analgesic method, two-minute sciatic nerve press, for immediate pain relief : a randomized trial. BMC Anesthesiology 8(1). Biomedcentral -tietokanta. <http://www.biomedcentral.com/1471-2253/8/1>. 8.3.2013.
- Hemingway, P. & Brereton, N. 2009. What is a systematic review? Davies, H. & Crombie, I (toim.) Evidence based medicine: What is series. Hayward Medical Communications. .
- Hendrichova, I., Castelli, M., Mastoianni, C., Piredda, M., Mirabella, F., Surdo, L., De Marinis, MG., Heath, T. & Casale, G. 2010. Pressure ulcers in cancer palliative care patients. Palliative Medicine 24(7), 669 - 673.

- HYKS-alueen saattohoitotyöryhmä. 2011. Saattohoito HYKS-sairaanhoito-alueella. HYKS-alueen saattohoitotyöryhmän muistio. Helsinki: HYKS-sairaanhoitopiiri, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoito-alue.
- Institute for Clinical Systems Improvement. 2011. Health Care Guideline: Palliative Care. November 2011.
http://www.icsi.org/_asset/k056ab/PalliativeCare.pdf. 15.9.2013.
- Jalonen, P. 2006. Kotisairaalan palliatiivisen hoidon yksikön toimintamalli. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian julkaisuja Sarja C: Opin- näytetyöt 7.
- Janes, R. 2013. Palliatiivinen hoito. Lääkärin tietokannat. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 18.2.2014.
- Jassal, S. 2013. Basic Symptom Control in Paediatric Palliative Care. The Rainbows Children's Hospice Guidelines. Bristol, Englanti: Together for Short Lives.
http://www.togetherforshortlives.org.uk/assets/0000/5325/TfSL_Basic_Symptom_Control_In_Paediatric_Palliative_Care_-_Ninth_Edition_-_PDF.pdf. 8.2.2014.
- Khan, K., Kunz, R., Kleijnen, J. & Antes, G. 2011. Systematic Reviews to Support Evidence-Based Medicine. Lontoo, Englanti: Hodder & Stoughton Ltd.
- Kassinen, J. 2013. Amyotrofinen lateraaliskleroosi (ALS). Sairaanhoitajan käsikirja -tietokanta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 18.2.2014.
- The Royal Dutch Society for Physical Therapy. 2008. KNGF - Guideline for physical therapy in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Supplement to the Dutch Journal of Physical Therapy, Volume 118, Issue 4, 2008. Hollanti: the Royal Dutch Society for Physical Therapy (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, KNGF).
http://www.kngfrichtlijnen.nl/images/pdfs/guidelines_in_english/c opd_practice_practice_guidelines_2008.pdf. 6.8.2013.
- Koivuranta-Vaara, P. 2012 Saattohoidon järjestäminen kunnissa. Helsinki: Suomen kuntaliitto ja Suomen palliatiivisen lääketieteen yhdistys.
<http://www.palliatiivisenlaaketieteenyhdistys.fi/?x103997=120769>. 29.5.2013.
- Kokkinen, J. 2012. Syöpäpotilaan palliatiivinen hoito. Sairaanhoitajan käsikirja -tietokanta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 18.2.2014.
- Kumar, S.P. & Anand, J. 2010. Physical Therapy in Palliative Care: From Symptom Control to Quality of Life: A Critical Review. Indian Journal of Palliative Care 16(3), 138 - 146.
- Kuntaliitto. 2007. Fysioterapianimikkeistö. Suomen Kuntaliitto & Suomen fysioterapeutit ry & FYSI ry.
http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/nimikkeistot-luokitukset/kuntoutus-erityistyontekijoiden-nimikkeistot/Documents/Fysioterapianimikkeist%C3%B6_2007.pdf. 3.3.2014.

- Kytke. 2012a. Syöpähoitopotilaan saattohoitoprosessi saattohoitoprosessin toimintotaulukko sanallinen mallinnus.
http://oulu.ouka.fi/kytke/Saattohoitoprosessi/Saattohoitoprosessin_toimintotaulukko_sanallinen_mallinnus.pdf.
29.5.2013.
- Kytke. 2012b. Syöpähoitopotilaan saattohoitoprosessi: saattohoitoprosessin QPR-mallinnus ja saattohoitoprosessin toimintotaulukko, sanallinen mallinnus. Oulun kaupunki.
http://oulu.ouka.fi/kytke/Saattohoitoprosessi/QPR_mallinnus_saattohoitoprosessi.pdf. 29.5.2013.
- Kytke. 2012c. Syöpähoitopotilaan saattohoitoprosessi saattohoitoprosessin toimintotaulukko sanallinen mallinnus. Oulun kaupunki.
<http://oulu.ouka.fi/kytke/syopahoidon-saatto-prosessi.html>.
29.5.2013.
- Käypä hoito -suositus. 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Ammattilaisen tietokanta. 17.2.2014.
- Laakso, E.L. 2006. The role of physiotherapy in palliative care. *Australian Family Physician* 35 (10), 781.
- Laakso, E.L., McAuliffe, A.J. & Cantlay, A. 2003. The impact of physiotherapy intervention on functional independence and quality of life in palliative patients. *Cancer Forum*, 7(1).
http://cancerforum.org.au/File/2003/March/CF03Mar_15-20.pdf.
8.8.2013.
- Lehto, J., Toikkanen, V. & Saarto, T. 2011. Hengenahdistuksen palliativinen hoito. *Suomen Lääkärilehti* 66(13), 1089-1096. Terveysportti, Lääkärin tietokannat. 23.2.2014.
- LoBiondo-Wood, G. 2013. Systematic Reviews and Clinical Practice Guidelines. Teoksessa LoBiondo-Wood, G. & Haber. J. *Nursing Research*. Elsevier, 227.
- MacLeod, R., Vella-Brincat, J. & Macleod, S. 2012. *The Palliative Care handbook. Guidelines for clinical management and symptom control*. 6th edition. Wellington, Uusi-Seelanti: Hospice New Zealand.
http://www.hospice.org.nz/cms_show_download.php?id=377.
8.2.2014.
- Malmivaara, A. 2002. Systemoitu kirjallisuuskatsaus – työkalu tutkimusnäytön tavoittamiseen. *Duodecim* 1(18), 877-879.
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo92921.pdf>.
23.1.2014.
- National Institute for Clinical Excellence. 2004. *Guidance on Cancer Services: Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer*. Lontoo, Englanti.
<http://guidance.nice.org.uk/CSGSP/Guidance/pdf/English>.
8.8.2013.
- NHS Lanarkshire. 2009. *Lanarkshire Palliative Care Guidelines*.
<http://www.nhslanarkshire.org.uk/Services/PalliativeCare/Documents/NHS%20Lanarkshire%20Palliative%20Care%20Guidelines.pdf>.
8.2.2014.

- North of England Cancer Network. 2012. Palliative and end of life care guidelines for cancer and non-cancer patients. Third edition: 2012.
http://www.middlesbrough.nhs.uk/includes/documents/About_Us/Prescribing_Guidelines/New_Prescribing_Guidance/NECNPalliativeCareGuidelinesBooklet2012.pdf. 8.2.2014.
- PALETTI. 2013. Tiedote syksy 2013. PALETTI - Palliativisen ja saattohoidon osaamisen vahvistaminen ja rakenteiden kehittäminen asiantuntijayhteistyönä Pohjois-Karjalan maakunnassa 1.4.2013 - 31.3.2015.
- PALETTI. 2014. Saattohoitosuunnitelma Pohjois-Karjalan maakunnassa. PALETTI - Palliativisen ja saattohoidon osaamisen vahvistaminen ja rakenteiden kehittäminen asiantuntija-yhteistyönä Pohjois-Karjalan maakunnassa 1.4.2013 - 31.3.2015.
<http://www.pkssk.fi/documents/601237/620422/Saattohoitosuunnitelma+versio+1+-+3.2.2014.pdf/80ae79d7-92da-4f24-a51f-2dde1d52ecbc>. 18.2.2014.
- Palliative Care Guidelines Plus. 2004a. Nausea & Vomiting. Edition/Revision 2.0. Watson, M., Lucas, C., Hoy, A., Back, I. & Armstrong, P. (toim.) <http://book.pallcare.info/index.php?tid=230>. 9.2.2014.
- Palliative Care Guidelines Plus. 2004b. Dyspnoea. Watson, M., Lucas, C., Hoy, A., Back, I. & Armstrong, P. (toim.) <http://book.pallcare.info/index.php?tid=41>. 9.2.2014.
- Palliative Care Guidelines Plus. 2004c. Cough. Watson, M., Lucas, C., Hoy, A., Back, I. & Armstrong, P. (toim.) <http://book.pallcare.info/index.php?tid=44>. 9.2.2014.
- Palliative Care Guidelines Plus. 2008a. Spinal Cord Compression. Watson, M., Lucas, C., Hoy, A., Back, I. & Armstrong, P. (toim.) UK Cancer networks and the Welsh Palliative Care Implementation Group.
- Palliative Care Guidelines Plus. 2008b. Anorexia, Cachexia & Asthenia. Watson, M., Lucas, C., Hoy, A., Back, I. & Armstrong, P. (toim.) UK Cancer networks and the Welsh Palliative Care Implementation Group. <http://book.pallcare.info/index.php?tid=9>. 9.2.2014. <http://book.pallcare.info/index.php?tid=9>. 9.2.2014.
- Palliative Care Guidelines Plus. 2010a. Motor Neurone Disease. Watson, M., Lucas, C., Hoy, A., Back, I. & Armstrong, P. (toim.) UK Cancer networks and the Welsh Palliative Care Implementation Group. <http://book.pallcare.info/index.php?tid=216>. 9.2.2014.
- Palliative Care Guidelines Plus. 2010b. Other Pain Interventions. Edition/Revision 2.0. Watson, M., Lucas, C., Hoy, A., Back, I. & Armstrong, P. (toim.) UK Cancer networks and the Welsh Palliative Care Implementation Group. <http://book.pallcare.info/index.php?tid=230>. 9.2.2014.
- Palliative Care Guidelines Plus. 2010c. Lymphoedema. Watson, M., Lucas, C., Hoy, A., Back, I. & Armstrong, P. (toim.) UK Cancer networks and the Welsh Palliative Care Implementation Group. <http://book.pallcare.info/index.php?tid=90>. 9.2.2014.
- Palliative Care Guidelines Plus. 2010d. Multiple Sclerosis. Watson, M., Lucas, C., Hoy, A., Back, I. & Armstrong, P. (toim.) UK Cancer

- networks and the Welsh Palliative Care Implementation Group.
<http://book.pallcare.info/index.php?tid=218>. 9.2.2014.
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitoeettinen työryhmä. 2010. Saattohoito-ohjeistus ja suosituksia elämän loppuvaiheen päätösmenetelystä ja hoidosta. 2. Painos. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.
http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/21119_saattohoitonetti_uusi.pdf. 29.5.2013.
- Puumalainen, J. 2008. Kuntoutus osana hoitoketjua. Terveysportti - tietokanta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Pyszora, A. 2009. What is the role of a physiotherapist in palliative care? Cases report, 31 - 34. Advances in Palliative Medicine 8 /2009, 31 - 34.
<http://czasopisma.viamedica.pl/apm/article/viewFile/29400/24155>. 20.1.2014.
- Reuter, A. 2014. Kuntoutus tuli Käypään hoitoon. Kuntoutussäätiö: Kuntoutusportti.
<http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/ajankohtaista?area=4&id=819> 8.3.2014.
- Santiago-Palma, J. & Payne, R. 2001. Palliative Care and Rehabilitation. Cancer, Volume 92, Issue Supplement 4, 1049 - 1052.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142%2820010815%2992:4%2B%3C1049::AID-CNCR1418%3E3.0.CO;2-H/pdf>. 16.8.2014.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. 2008. Control of Pain in Adults with Cancer. A National Clinical Guideline. Edinburgh, Skotlanti: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
<http://www.palliativecareggc.org.uk/uploads/file/guidelines/SIGN106.pdf>. 9.2.2014.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. 2010. Prevention and management of venous thromboembolism. A national clinical guideline. Edinburgh, Skotlanti: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. <http://sign.ac.uk/pdf/sign122.pdf>. 10.3.2014.
- Soppi, E. 2013. Painehaavan ehkäisy ja hoito. Lääkärin käsikirja -tietokanta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 8.3.2014.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa – Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksset. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12411.pdf. 12.8.2013.
- Suomen Fysioterapeutit – Finlands Fysioterapeuter ry. 2006. Fysioterapiasuosituskäsikirja. Helsinki: Suomen Fysioterapeutit – Finlands Fysioterapeuter ry.
- Tilastokeskus. 2013. Väkiluku sukupuolen mukaan alueittain sekä väestömäärän muutos 31.12.2012. Helsinki: Tilastokeskuksen PX-Web-tietokannat.
http://pxweb2.stat.fi/Dialog/varval.asp?ma=010_vaerak_tau_123&path=../database/StatFin/vrm/vaerak/&lang=3&multilang=fi. 28.2.2014.

- Voltz, R. & Borasio, G.D. 1997. Palliative therapy in the terminal stage of neurological disease. *Journal of Neurology* 244, Issue 4 Supplement 3. Taulukko käytetty Springer-Verlagin lisenssillä numero 3354711492201. Springer-Verlag.
- Watson, M., Lucas, C. & Hoy, A. 2009. *Oxford Handbooks : Oxford Handbook of Palliative Care (2nd Edition)*. Oxford, Englanti: Oxford University Press.
- Wee, B. & Hillier, R. 2008. Interventions for noisy breathing in patients near to death. Review. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1 / 2008. John Wiley & Sons, Ltd.
- WebLib. 2011. PolyMeta Search and Clustering Engine. <http://weblib.com/products/polymeta>. 21.1.2014.
- World Confederation of Physical Therapy, European Region. 2008. Evidence Based Physiotherapy. Symposia in the 2nd Education Congress on Evidence Based Physiotherapy in Stockholm Sept 25-26 2008. <http://www.physio-europe.org/index.php?action=130>. 28.2.2014.
- World Confederation of Physical Therapy. 2011. Policy statement: Ethical responsibilities of physical therapists and WCPT members. http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/PS_Ethical_Principles_Sept2011.pdf. 8.3.2014.
- World Health Organization (WHO). Palliative Care. <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>. 21.3.2013.
- World Health Organization Europe. 2004. Better Palliative Care for Older People. Kööpenhamina, Tanska: WHO Regional Office for Europe. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98235/E82933.pdf. 8.3.2014.
- YLE Oulu. 2012. Saattohoito on Suomessa retuperällä. Oulu: Yleisradio. http://yle.fi/uutiset/saattohoito_on_suomessa_retuperalla/5069609. 28.2.2014.
- Yorkshire Cancer Network, North East Yorkshire & Humber Clinical Alliance. 2012. A Guide to Symptom Management in Palliative Care. Version 5.1. www.yacpalliativecare.co.uk/documents/download126.pdf. 9.2.2014.

Katsauksessa käytettyjen lähteiden arviointi

1. Viite	Versio / painos/ tarkistettu	Soveltuvuus aiheeseen, potilasryhmille
Australian Palliative Residential Aged Care (2006)	"Enhanced version, May 2006".	Ikääntyvien palliatiivinen hoito
Näytön vahvuuden arviointi	Asiantuntijuus	Asiantuntijoiden arvioima
Kvantitatiivinen NHMRC - luokittelu, kvalitatiivinen Cochrane / Cambell - luokittelu, artikkeleissa tekijöiden konsensus.	Moniammatillinen asiantuntijatyöryhmä. Fysioterapiatieteen edustuksesta ei tietoa.	Kyllä
Hakukoneen ilmoittama linkki		
www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/palliativecare-pubs-workf-guide.htm		
www.nhmrc.gov.au/guidelines/publications/pc29		
2. Viite	Versio / painos/ tarkistettu	Soveltuvuus aiheeseen
Borda, Charnay-Sonnek, Fonteyne, & Papaioannou (2013)	2013	Urologian kipu- ja palliatiivisten potilaiden hoito
Näytön vahvuuden arviointi	Asiantuntijuus	Asiantuntijoiden arvioima
Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence. Suositukset pohjautuvat systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Tietokantoina käytetty Embase/Medline ja Cochrane Central Register of Controlled Trials.	Urologian asiantuntijatyöryhmä. Fysioterapiatieteen edustuksesta ei tietoa.	Kyllä
Hakukoneen ilmoittama linkki		
www.uroweb.org/gls/pdf/24_Pain_Management_LR.pdf		
3. Viite	Versio / painos/ tarkistettu	Soveltuvuus aiheeseen, potilasryhmille
Fraser Health (2006a; 2006b; 2006c; 2006d; 2006e)	Tarkistettu 2011	Oireenmukainen palliatiivinen hoito

Katsauksessa käytettyjen lähteiden arviointi

Näytön vahvuuden arviointi	Asiantuntijuus	Asiantuntijoiden arvioima
Ei kuvattu tai puuttuu	Moniammatillinen asiantuntijatyöryhmä. Fysioterapiatieteen edustuksesta ei tietoa. http://www.fraserhealth.ca/media/AuthorsRevised_Sept09.pdf	Kyllä
Hakukoneen ilmoittama linkki		
http://www.bccancer.bc.ca/HPI/CancerManagementGuidelines/SupportiveCare/PainSymptomManagement/HospicePalliativeCareGuidelines.htm		
Linkki suositusten koontisivulle (lähdeluettelossa on lueteltu yksittäisten tiedostojen linkit)		
http://www.fraserhealth.ca/EN/hospice_palliative_care_symptom_guidelines/		
4. Viite	Versio / painos/ tarkistettu	Soveltuvuus aiheeseen, potilasryhmille
Greater Manchester & Cheshire Cancer Network (2011)	Tarkistettu 2013	Oireenmukainen palliatiivinen hoito
Näytön vahvuuden arviointi	Asiantuntijuus	Asiantuntijoiden arvioima
Ei kuvattu tai puuttuu	Moniammatillinen asiantuntijatyöryhmä. Fysioterapiatieteen edustuksesta ei tietoa.	Kyllä
Hakukoneen ilmoittama linkki		
http://www.eastcheshire.nhs.uk/About-The-Trust/policies/P/Palliative%20care%20pain%20and%20symptom%20control%20guidelines%203rd%20edition%201582.pdf		
5. Viite	Versio / painos/ tarkistettu	Soveltuvuus aiheeseen, potilasryhmille
Jassal (2013)	9. painos	Lapsipotilaiden oireenmukainen palliatiivinen hoito
Näytön vahvuuden arviointi	Asiantuntijuus	Asiantuntijoiden arvioima
Ei kuvattu tai puuttuu	Moniammatillinen asiantuntijatyöryhmä. Fysioterapiatieteen	Kyllä

Katsauksessa käytettyjen lähteiden arviointi

	edustuksesta ei tietoa.	
Hakukoneen ilmoittama linkki		
http://www.togetherforshortlives.org.uk/professionals/resources/2434_basic_symptom_control_in_paediatric_palliative_care_free_download		
6. Viite	Versio / painos/ tarkistettu	Soveltuvuus aiheeseen, potilasryhmille
NHS Lanarkshire (2009)	2009	Oireenmukainen palliativinen hoito
Näytön vahvuuden arviointi	Asiantuntijuus	Asiantuntijoiden arvioima
Ei kuvattu tai puuttuu	Moniammatillinen asiantuntijatyöryhmä. Tekijöiden nimiä ei listattu aineistossa. Fysioterapia- tieteen edustuksesta ei tietoa.	Kyllä
Hakukoneen ilmoittama alkuperäinen linkki		
http://www.nhslanarkshire.org.uk/Services/PalliativeCare/Documents/NHS%20Lanarkshire%20Palliative%20Care%20Guidelines.pdf		
7. Viite	Versio / painos/ tarkistettu	Soveltuvuus aiheeseen, potilasryhmille
MacLeod, Vella-Brincat & Macleod (2012)	6.painos	Oireenmukainen palliativinen hoito
Näytön vahvuuden arviointi	Asiantuntijuus	Asiantuntijoiden arvioima
Ei kuvattu tai puuttuu	Moniammatillinen asiantuntijatyöryhmä. Fysioterapiatieteen edustuksesta ei tietoa.	Ei tiedossa
Hakukoneen ilmoittama alkuperäinen linkki		
www.hospice.org.nz/cms_show_download.php%3Fid%3D377		
8. Viite	Versio / painos/ tarkistettu	Soveltuvuus aiheeseen, potilasryhmille
North of England Cancer Network (2012)	2012 (3. painos)	Oireenmukainen palliativinen hoito
Näytön vahvuuden arviointi	Asiantuntijuus	Asiantuntijoiden arvioima
Ei kuvattu tai puuttuu	Asiantuntijatyöryhmä. Fysioterapiatieteen edus- tuksesta ei tietoa.	Ei tiedossa

Katsauksessa käytettyjen lähteiden arviointi

Hakukoneen ilmoittama alkuperäinen linkki		
http://www.middlesbrough.nhs.uk/includes/documents/About_Us/Prescribing_Guidelines/New_Prescribing_Guidance/NECNPalliativeCareGuidelinesBooklet2012.pdf		
9. Viite	Versio / painos/ tarkistettu	Soveltuvuus aiheeseen, potilasryhmille
Palliative Care Guidelines Plus (2004a; 2004b; 2004c; 2008a; 2008b; 2010a; 2010b; 2010c; 2010d; 2010e)	Tarkistettu 2011	Oireenmukainen palliatiivinen hoito
Näytön vahvuuden arviointi	Asiantuntijuus	Asiantuntijoiden arvioima
Systemaattinen arviointi.	Asiantuntijatyöryhmä. Fysioterapiatieteen edustuksesta ei tietoa.	Kyllä. Sivuston Plus -suosituksia ei ole arvioitu. Plus -suosituksia ei ole käytetty lähteenä.
Hakukoneen ilmoittama alkuperäinen linkki book.pallcare.info		
http://book.pallcare.info		
10. Viite	Versio / painos/ tarkistettu	Soveltuvuus aiheeseen, potilasryhmille
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2008)	2008	Aikuisten syöpäpotilaiden kivunhoito
Näytön vahvuuden arviointi	Asiantuntijuus	Asiantuntijoiden arvioima
Systemaattinen arviointi	Moniammatillinen työryhmä, jossa mukana mm. toimintaterapian asiantuntija. Fysioterapiatieteen edustuksesta ei tietoa.	Kyllä
Hakukoneen ilmoittama alkuperäinen linkki		
www.palliativecareggc.org.uk/index.php%3Faction%3Dcms.clinical_info		
11. Viite	Versio / painos/ tarkistettu	Soveltuvuus aiheeseen, potilasryhmille
Yorkshire Cancer Network and North East Yorkshire and Humber Clinical Alliance (2012)	Versio 5.1	Oireenmukainen palliatiivinen hoito

Katsauksessa käytettyjen lähteiden arviointi

Näytön vahvuuden arviointi	Asiantuntijuus	Asiantuntijoiden arvioima
Ei kuvattu tai puuttuu	Tekijöinä Sub-regional Palliative and End of Life Care Groups of the Yorkshire Cancer Network and the Humber and Yorkshire Coast Cancer Network. Henkilöitä ei lueteltu. Fysioterapiatieteen edustuksesta ei tietoa.	Kyllä
Hakukoneen ilmoittama alkuperäinen linkki		
www.yacpalliativecare.co.uk/documents/download126.pdf		

Huomautus: ”Hakukoneen ilmoittama linkki” viittaa PolyMeta.com -haun tulokseen.

Linkki voi poiketa lähdeluettelon linkistä, joka on suora linkki aineistoon.

Hakutuloksena olleet linkit on lisätty tutkimuksen luotettavuuden takia.

Opinnäytetyön aikajana

2013

Helmi – toukokuu

Hankeharjoittelu Paletti-hankkeessa. Harjoittelun tavoitteena on tuottaa laaja-alainen raportti palliatiivisesta fysioterapiasta, sen menetelmistä sekä asemasta terveydenhuollon hoitoketjuissa ja hoitopoluissa. Käy ilmi, että palliatiivisesta fysioterapiasta tehtävä kirjallisuuskatsaus edesauttaisi fysioterapian kehitystyötä ja olisi Paletti-hankkeen tavoitteiden mukainen.

Kesäkuu

Opinnäytetyön idean hyväksyminen.

Heinä - elokuu

Hankeharjoittelun raportin viimeistely. Raportin tietoperustasta muotoutuu opinnäytetyön tietoperustan alku. Raporttia työstettäessä tiedonhaun kautta muodostuu kuva internetin kautta vapaasti saatavilla olevista moniammatillisen työryhmän kansainvälisistä palliatiivisen hoidon hoitosuosituksista. Kirjallisuuskatsauksen aineistoon tutustuminen alkaa.

Elokuu - marraskuu

Opinnäytetyön idean ja käytännön suhteuttamista käytännön harjoittelujaksolla Pohjois-Karjalan Keskussairaalan fysioterapiaoaston sisätautien työryhmässä.

Marraskuu – joulukuu

Idean jatkokypsyttely. Tässä vaiheessa on selvää, että yleiskatsauksen luomiseksi palliatiivisesta fysioterapiasta ammattikorkeakoulun opinnäytetyön raamien puitteissa kirjallisuuskatsaukseen tulee mukaan kansainvälisiä hoitosuosituksia, mutta oli vielä epäselvää onko katsaukseen järkevää ottaa mukaan fysioterapiatieteen hoitosuosituksia tai kirjallisuuskatsauksia.

2014

Tammikuu

Luonnos tutkimussuunnitelmasta valmistuu Karelia-ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveysalan moniammatilliseen opinnäytetöiden ohjausseminaariin. Työryhmän ja opinnäytetyön ohjaajan palaute auttaa rajaamaan katsauksen kansainvälisiin hoitosuosituksiin. Tutkimussuunnitelma hyväksytään.

1.2.2014

Haku polymeta-com –tietokannasta.

Helmikuu

Aineistoon tutustuminen ja analysointi tapahtuu verrattain nopealla aikataululla, koska aineisto ja aihealue ovat tulleet tutuiksi jo hankeharjoittelun aikana. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen metodologian soveltaminen kirjallisuuskatsauksen tässä vaiheessa pakottaa kuitenkin uudelleenarvioimaan sellaisen jo aiemmin lue-

Opinnäytetyön aikajana

	<p>tun aineiston, joka puhtaasti narratiivisesta sekä tekijän omaan näkemykseen pohjautuvasta katsauksesta olisi saattanut jäädä pois: Australian Palliative Residential Aged Care (2006); Borda, Charnay-Sonnek, Fonteyne & Papaioannou. (2013); Fraser Health (2006a; 2006b; 2006c; 2006d; 2006e); Jassal (2013).</p> <p>Kirjallisuuskatsaus muotoutuu, tietoperusta täsmentyy.</p>
Maaliskuu	<p>Ohjaavan opettajan palautteen pohjalta katsaukseen tulee tarkennuksia. Raajaturvotusta käsittelevään osioon lisätään laskimotukosta koskeva huomautus. Kuolonkorinaa käsittelevään lyhyeen osioon tulee alkuperäistä tutkimusta koskeva kuvaus. Tietoperustan ja pohdinnan sisältöä jäsennellään. Tarkennusten jälkeen opinnäytetyö saa seminaariesitysluvan.</p>
Huhti – toukokuu	<p>Opinnäytetyön esittäminen seminaarissa ja vertaisarviointi. Viimeisten korjausten tekeminen palautteen pohjalta. Opinnäytetyön tarkastus, Urkund -tarkastus ja lähettäminen Theseus -tietokantaan sekä toimeksiantajalle.</p>