

Palliatiivisen oirehoidon toteutuminen

Hoitajien näkökulmasta

LAB-ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidaja (AMK)

2024

Anna Paukkunen

Tiivistelmä

Tekijä(t)	Julkaisun laji	Valmistumisaika
Paukkunen, Anna	Opinnäytetyö, AMK	2024
	Sivumäärä	
	37 (48)	
Työn nimi		
Palliativisen oirehoidon toteutuminen		
Hoitajien näkökulmasta		
Tutkinto ja koulutusala		
Sairaanhoitaja (AMK)		
Toimeksiantajaorganisaatio		
Etelä-Karjalan hyvinvointialue		
Tiivistelmä		
<p>Palliativinen hoito tarkoittaa hoitolinjaa, jossa diagnoosista riippumatonta sairautta ei enää pystytä parantamaan vaan keskitytään elämän laadun vaalimiseen ja oireiden hallitsemiseen. Palliativiseen oirehoitoon kuuluu esimerkiksi kivun, hengenahdistuksen ja psyykkisten oireiden arviointi, hoito ja seuranta. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoa palliativisen oirehoidon toteutumisesta palliativisella osastolla. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten palliativinen oirehoito toteutuu palliativisella osastolla hoitajien näkökulmasta. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Etelä-Karjalan hyvinvointialueen palliativinen osasto. Opinnäytetyön lähestymistapa oli laadullinen ja tutkimuksellinen. Menetelmänä käytettiin laadullista kyselyä, jossa hoitajien kokemuksia ja käsityksiä selvitettiin Webropol-kyselyllä. Kyselyllä saadulle aineistolle tehtiin sisällönanalyysi. Keskeisimpinä tuloksina tuli ilmi, että palliativinen oirehoito toteutuu osastolla hyvin ja että oirehoitoon vaikuttavia tekijöitä on sekä positiivisia että negatiivisia. Oirehoitoon negatiivisesti vaikuttaviin asioihin löytyi kehitysehdotuksia. Jatkotutkimusaiheita tulevaisuuteen on oirehoidon toteutumisen selvittäminen potilaiden näkökulmasta sekä oirehoitoon negatiivisesti vaikuttavien asioiden kehittäminen.</p>		
Asiasanat		
palliativinen hoito, sairaanhoitajat, lähihoitajat		

Abstract

Author(s)	Type of Publication	Published
Paukkunen, Anna	Thesis, UAS	2024
	Number of Pages	
	37 (48)	
Title of Publication		
The conduct and realization of palliative symptom management from the nurses' perspective		
Degree, Field of Study		
Bachelor of Health Care (UAS), Nursing		
Organisation of the client		
Wellbeing services county of South Karelia		
Abstract		
<p>Palliative care is an approach of care for incurable illnesses, which focuses on improving quality of life and managing symptoms. Palliative symptom management consists of for example, the assessment, care and monitoring of pain, shortness of breath and psychological symptoms. The aim of this thesis was to increase knowledge of the palliative symptom management's implementation at the palliative care unit. The purpose of this thesis was to discover, how palliative symptom management realizes from the nurses' perspective at the palliative care unit. Thesis was commissioned by the palliative care unit of Wellbeing services county of South Karelia. Thesis's approach was qualitative and research oriented. Qualitative survey was used as a method for surveying the palliative care unit's nurses with Webropol-survey tool. Content analysis was issued with the data acquired from the survey. Key results showed that palliative symptom management is carried out well at the palliative care unit and that there are both positive and negative elements regarding successful symptom treatment. Suggestions for improvement were found in factors, that affected the symptom management's realization negatively. Recommendations for future research are, how symptom management is carried out from the patients' perspective and how to improve factors that affect symptom management negatively.</p>		
Keywords		
Palliative treatment, nurses, practical nurses		

Sisällys

1	Johdanto.....	1
1.1	Mitä palliatiivinen hoito on?.....	1
1.2	Toimeksiantajan kuvaus	2
1.3	Tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset	3
2	Palliatiivinen hoitotyö	4
2.1	Palliatiivinen hoito ja saattohoito.....	4
2.2	Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Suomessa	5
2.3	Lainsäädäntö ja suositukset	6
3	Palliatiivinen oirehoito	7
3.1	Tiedonhaku	7
3.2	Kipu.....	7
3.3	Psyykkiset oireet	8
3.4	Muita yleisiä oireita	9
3.5	Oirehoidon arviointi	12
3.6	Omaisten huomiointi palliatiivisessa hoidossa	13
4	Toteutus	15
4.1	Menetelmän esittely ja kuvaus.....	15
4.2	Aineiston keruu.....	16
4.3	Aineiston analysointi.....	17
5	Tulokset.....	19
5.1	Vastaajien taustatiedot	19
5.2	Helposti hoidettavissa olevat oireet	19
5.3	Vaikeasti hoidettavissa olevat oireet.....	20
5.4	Ihminen psykofyysisenä kokonaisuutena.....	20
5.5	Oirehoidon toteutuminen	21
5.6	Oirehoidon kehittäminen.....	23
6	Yhteenveto ja pohdinta	24
6.1	Tulosten arviointi	24
6.2	Tulosten käytettävyys, luotettavuus ja eettisyys.....	26
6.3	Jatkotutkimusehdotukset	28
	Lähteet	29

Liite 1. Webropol-kyselylomakkeen runko

Liite 2. Saatekirje

Liite 3. Oirehoidon toteutumiseen vaikuttavat tekijät

Liite 4. Tietosuojailmoitus

1 Johdanto

1.1 Mitä palliatiivinen hoito on?

Maailman terveysjärjestö WHO:n (2024) mukaan palliatiivinen hoito on välttämätön osa integroitua ihmiskeskeistä terveydenhoitojärjestelmää. Vakavan terveyteen liittyvän fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja hengellisen kärsimyksen lievittäminen on eettinen vastuu maailmanlaajuisesti. Palliatiivinen hoito kuuluu jokaiselle ihmiselle, joka diagnoosista riippumatta sairastaa henkeä uhkaavaa tai kuolemaan johtavaa sairautta (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019). Arviolta 56,8 miljoonaa ihmistä on vuosittain palliatiivisen hoidon tarpeessa. Kuitenkin maailmanlaajuisesti vain noin 14 % palliatiivista hoitoa tarvitsevista saa kyseistä hoitoa. Palliatiiviseen hoitoon kuuluu laaja moniammatillisen hoidon tarve, jossa kaikilla ammattilaisilla on oma osuutensa: lääkärit, hoitajat, ensihoitajat, farmaseutit, fysioterapeutit ja kolmannen sektorin työntekijät ovat tärkeässä osassa palliatiivisessa hoitotyössä tukemassa potilasta ja hänen läheisiään. (WHO 2024.) Saattohoito kuuluu palliatiiviseen hoitoon, ja se ajoittuu oletetun kuoleman läheiseen ajankohtaan, viimeisiin elinviikkoihin tai -päiviin. Palliatiivinen hoito on laajempi käsite kuin saattohoito; sillä ei ole ajallista määrettä suhteessa oletettuun kuolemaan. (Saarto 2015a, 10.)

Saattohoidon ohjeistuksen perustana Suomessa voidaan pitää Lääkintöhallituksen sairaanhoitolaitokselle antamia terminaalihoidon ohjeita vuonna 1982. Ohjeiden yleisperiaatteiden mukaisesti saattohoidettavan potilaan tulisi voida elää ilman kovaa kipua tai vaikeita oireita, haluamassaan ympäristössä ja läheistensä seurassa. Suomessa ei ole erillistä saattohoitolakia, mutta saattohoidolle normit antaa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1998), laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä (559/1994), erikoissairaanhoidolaki (1062/1989) ja kansanterveyslaki (66/1972). (Saarto 2015b, 23.) Sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa käytännön saattohoitoa Hyvä saattohoito Suomessa-raportissa (2010). Suositukset valmistettiin työryhmässä, jotka joukko asiantuntijoita, valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE, sairaanhoitopiirit sekä suuret kaupungit hyväksyivät (Pihlainen 2010, 30). Vuonna 2022 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos julkaisi kansallisen laatusuosituksen palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. Laatusuositus on tarkoitettu laadun seurannan työkaluksi kaikille elämän loppuvaiheen potilaita hoitaville sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköille. Suositus kertoo, mitä laadukas palliatiivinen hoito edellyttää ja miten hoidon laadukkuutta tulee tavoitella ja arvioida. (Saarto ym. 2022.)

Väestön vanheneminen on suuri syy terveydenhuollon kustannusten kasvuun. Elämän loppuvaiheen terveydenhuolto on suuri kustannuserä, sillä yli kaksi kolmasosaa elämän lopun terveydenhuollon kustannuksista muodostuu sairaalahoidosta. Oikein ajoitettu varhainen

palliativinen hoito mahdollistaa kotona asumisen mahdollisimman pitkään ja vähentää tarvetta sairaalahoidolle. Toimiva palliativinen kotihoito vähentää myös päivystyskäyntejä ja tarvetta siirtää potilas erikoissairaanhoidon. (Saarto 2015b, 25.) Vielä vuosina 2010–2011 ETENE:n (2012, 56) selvityksessä kotisaattohoidossa oli hoidettu vain alle 16 % kaikista saattohoidettavista potilaista; määrää voidaan pitää vähäisenä, sillä saattohoidettavien potilaiden yleinen toive on saada kuolla kotona.

1.2 Toimeksiantajan kuvaus

Palliativinen osasto, Palliativinen poliklinikka ja Kotisairaala muodostavat Etelä-Karjalan Palliativisen keskuksen Etelä-Karjalan hyvinvointialueella. Keskus tarjoaa potilaille, joilla on kuolemaan johtava sairaus, hoitoa ja tukea. Kuolemaan johtavia sairauksia ovat esimerkiksi syöpät, ALS, COPD, keuhkofibroosi sekä sydämen-, maksan- ja munuaisten vajaatoiminta. Keskus tekee yhteistyötä myös yhdessä ja eri toimijoiden kanssa potilaan hyväksi. (Etelä-Karjalan hyvinvointialue a.)

Palliativinen osasto sijaitsee Armilan kuntoutuskeskuksessa. 12-paikkaisella osastolla hoidetaan palliativisessa hoidossa ja saattohoitovaiheessa olevia potilaita. Potilaat tulevat osastolle Etelä-Karjalan keskussairaalan osastoilta SAS-toimiston kautta tai läheteellä palliativiselta poliklinikalta. Osasto toimii myös taustaosastona kotisaattohoitopotilaille. Osaston lääkäri omaa palliativisen lääketieteen erityispätevyyden. Osaston henkilökuntaan kuuluu lääkärin ja hoitohenkilökunnan lisäksi toimintaterapeutti, fysioterapeutti, sairaalapastori ja sosiaalityöntekijä. Tarpeen mukaan osastolla on myös Saimaan syöpäyhdistyksen tukihenkilöitä tukemassa potilaita ja heidän läheisiään. (Etelä-karjalan hyvinvointialue a.) Osasto vastaa erityistason eli B-tason saattohoidosta (Hiltunen-Hahtola 2022). Osaston tarkoituksena on turvata potilaan oireenmukainen hoito ja hyvä elämänlaatu. Hoito toteutuu yksilöllisesti, ja siinä korostetaan itsemääräämisoikeutta, potilaan ja läheisen huomioon ottamista, toimintakyvyn tukemista ja turvallisuutta. (Etelä-Karjalan hyvinvointialue a.)

Etelä-Karjalan hyvinvointialue eli Ekhva aloitti toimintansa 1.1.2023, kun sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisvastuu siirtyi hyvinvointialueille kunnilta ja kuntayhtymiltä. Hyvinvointialueet muodostettiin yhdessä Suomen historian suurimmassa sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistuksessa. Uudistuksen tavoitteena on yhdenvertaisten palveluiden saatavuuden turvaaminen, terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen ja kustannusten kasvun hillitseminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2023.) Ennen vuotta 2023 sosiaali- ja terveystyöpalvelut sekä pelastustoimen palvelut maakunnassa järjesti maakuntayhtymä Eksote (Saarto ym. 2022).

Opinnäytetyö on Ekhvan ja palliativisen osaston tilaama.

1.3 Tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoa palliatiivisen oirehoidon toteutumisesta palliatiivisella osastolla. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten palliatiivinen oirehoito toteutuu palliatiivisella osastolla hoitajien näkökulmasta. Menetelmänä näiden tutkimuskysymysten selvittämiseen käytetään laadullista tutkimusta.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten palliatiivinen oirehoito toteutuu hoitajien näkökulmasta?
2. Mitkä asiat vaikuttavat oirehoidon toteutumiseen?
3. Miten palliatiivista oirehoitoa tulisi kehittää?

2 Palliatiivinen hoitotyö

2.1 Palliatiivinen hoito ja saattohoito

Laaja tutkimus (Radbruch ym. 2020) määrittelee palliatiivisen hoidon konsensuspohjalta aktiiviseksi kokonaisvaltaiseksi hoidoksi kaiken ikäisille ihmisille, jotka kärsivät vakavasti sairauden takia erityisesti elämän loppuvaiheessa; hoidon tavoitteena on myös pyrkiä parantamaan potilaan ja hänen läheistensä elämänlaatua. Käypä hoito- suosituksen (2019) mukaan palliatiivinen hoito tarkoittaa oireenmukaista hoitoa, joka pyrkii ehkäisemään ja lievittämään kärsimystä kuolemaan johtavassa tai henkeä uhkaavassa sairaudessa. Palliatiivinen hoito on aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa, ja siinä otetaan huomioon myös potilaan läheiset. Palliatiivisen hoidon ajankohta ei ole määriteltävissä suhteessa kuolemaan, ja sen tarve lisääntyy merkittävästi viimeisissä elämän vaiheissa. Oireita lievittävä hoito kuuluu hoitolinjauksista riippumatta kaikkiin sairauden vaiheisiin. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus 2019.) Maailmanlaajuinen palliatiivisen hoidon tarve tulee kasvamaan väestön ikääntymisen ja tarttumattomien sairauksien lisääntyvän esiintymisen vuoksi (WHO 2024).

Kun taudin kulkuun ei enää olennaisesti pystytä vaikuttamaan sairauskohtaisella lääketieteellisellä hoidolla tai kun potilas ei sitä itse toivo, on kyseessä palliatiivinen hoitolinja. Tällöin hoidon ensisijainen päämäärä on kärsimyksen lievittäminen ja elämänlaadun vaaliminen. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus 2019.) Etenevissä sairauksissa palliatiivinen hoito tulisi integroida riittävän varhaisessa vaiheessa osaksi sairauden hoitoa (Saarto ym. 2017). Hoitolinjaus määrittelee hoidon tavoitteen, joka turvaa lääketieteellisesti perustellun, potilaan arvojen ja toiveiden mukaisen, parhaan mahdollisen hoidon. Hoitolinjaukseen kuuluu hoidon rajausten tekeminen eli hyödyttömien tai kärsimystä lisäävien hoitojen välttämisen, kuten DNR-päätöksen eli päätöksen pidättäytyä elvytyksestä. Myös hyvän hoidon tarjoaminen eli hoitolupaus kuuluu hoitolinjaukseen. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus 2019.)

Saattohoito on hoitoa ja tukea sairauden viimeisissä vaiheissa, ennen ja jälkeen kuoleman (Pihlainen 2010, 11). Saattohoito kuuluu osana palliatiiviseen hoitoon, ja sen ajankohtana on kuoleman läheiset päivät tai viikot (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus 2019). Keskeistä on oireiden ja kärsimyksen lievitys. Saattohoitoa tarvitaan, kun potilaan parantumattomaan etenevään sairauteen ei ole olemassa ennustetta parantavaa hoitoa tai potilas on siitä kieltäytynyt. Saattohoidossa jäljellä olevan elinajan oletetaan ja arvioidaan olevan lyhyt. Diagnoosilla ei ole merkitystä saattohoitopäätökselle. (Pihlainen 2010, 11.) Saattohoitopäätöksen tekee potilasta hoitava lääkäri. Saattohoitopäätös tehdään

diagnoosista riippumatta, kun potilaan arvioidaan kuolevan lähiviikkoina tai -päivinä. (Korhonen 2013.) Suomessa vuosittain noin 15 000 potilasta tarvitsee saattohoitoa (Pihlainen 2010, 11).

2.2 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Suomessa

Suomalaiset kuolevat entistä iäkkäämpinä. Vuonna 2022 kuoli 63 200 suomalaista, joista noin kaksi kolmasosaa oli yli 75-vuotiaita ja neljäsosa yli 85-vuotiaita (Tilastokeskus). Heikentynyt huoltosuhte (sataa työikäistä kohden oleva lasten ja eläkeläisten määrä) ja pidentynyt elinikä lisäävät yhteiskunnan antamien avun ja palveluiden sekä palliatiivisen hoidon tarvetta. (Saarto ym. 2019, 7.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on vuonna 2017 julkaissut suosituksen, jossa kolmiportaisen mallin avulla palliatiivinen hoito ja saattohoito järjestetään. Suosituksen pohjalta voidaan alueellisesti suunnitella palveluketjut ja asettaa työnjako valtioneuvoston asetuksen Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä 582/2017 mukaisesti. (Saarto ym. 2017, 2.) Malliin kuuluvat perustaso A, erityistaso B ja vaativa erityistaso C. Perustason hoidosta vastaavat paikalliset saattohoitoyksiköt sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt. Erityistason hoidon muodostavat sairaanhoitopiirien palliatiiviset yksiköt sekä alueelliset palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yksiköt. Yliopistosairaanhoitopiirien palliatiiviset keskuksset muodostavat vaativan erityistason hoidon. (Saarto ym. 2017,15.)

Saattohoitoa järjestetään kotona ja laitoksissa (Saarto ym. 2019, 10). Vuoden 2023 alusta lähtien sosiaali- ja terveystalouden palveluiden järjestäminen on ollut hyvinvointialueiden vastuulla. Palliatiivisen hoidon palveluketju siirtyi myös uudistuksessa hyvinvointialueiden järjestettäväksi ja niillä on taloudellinen ja toiminnallinen vastuu perustason sekä A- ja B-tason palliatiivisen hoidon järjestämisestä. Ne hyvinvointialueet, joihin kuuluu yliopistollinen sairaala, vastaavat C-tason palliatiivisesta hoidosta sekä koko palliatiivisesta hoitoketjusta. Hyvinvointialueuudistuksen välitön vaikutus palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa tarjoaviin yksiköihin on vähäinen, mutta uudistus tuo selkeyttä palliatiivisen hoidon kokonaisuuden johtamiseen ja palveluketjujen koordinointiin. Muutos ei ole ollut suuri esimerkiksi Etelä-Karjalassa, sillä maakunnassa on järjestetty jo aiemmin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut maakuntayhtymän toimesta. (Saarto ym. 2022.)

Suomen viidellä yliopistosairaalalla ja muutamassa keskussairaalassa on palliatiivisen hoidon yksiköt. Kolmas sektori tuottaa saattohoitopalveluita saattohoitokodeissa, joita on Suomessa neljällä paikkakunnalla. Terveyskeskusvuodeosastoilla on paikallisia saattohoitoyksiköitä. Julkisen terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yksiköt sekä yksityiset hoitolaitokset

tuottavat perustason palveluita. Elämän loppuvaiheen psykososiaalista tukea tarjotaan ai-noastaan HUS:in palliatiivisen keskuksen yksikössä. Läheisten tukemisessa ja vertaistu-essa kolmas sektori ja vapaaehtoiset ovat merkittävässä roolissa. (Saarto ym. 2019, 10.)

Sairaanhoitajien koulutuksessa palliatiivisen hoidon opetuksen määrä vaihtelee ammatti-korkeakoulusta riippuen, sillä valtakunnallista opetusohjelmasuositusta ei ole. Täydentäviä koulutuksia ja lisäkoulutuksia on saatavilla satunnaisesti. Esimerkiksi LAB-ammattikorkea-koulu tarjoaa 30 opintopisteen erikoistumiskoulutuksen palliatiivisen hoidon asiantuntijuu-teen (Koulutus.fi). Missään yliopistossa Suomessa ei ole palliatiivisen lääketieteen erikois-lääkärin koulutusohjelmaa, vaan erityispätevyyskoulutus palliatiiviseen lääketieteeseen suoritetaan Suomen Lääkäriliiton koulutuksessa. (Saarto ym. 2019, 22.) Asiantuntijatyö-ryhmä on antanut ehdotuksen palliatiivisen lääketieteen erikoistumiskoulutuksen siirtämi-estä yliopistoille (Lehto ym. 2021).

2.3 Lainsäädäntö ja suositukset

Suomessa ei ole erikseen omaa lainsäädäntöä saattohoidolle tai palliatiiviselle hoidolle. Suomen perustuslaki (731/1999) edellyttää, että julkisen vallan on turvattava jokaiselle riit-tävät sosiaali- ja terveyspalvelut sen mukaan, miten laissa niistä säädetään. (Saarto ym. 2019, 13.)

Saattohoidon ohjauksen perustana Suomessa pidetään Lääkintöhallituksen sairaanhoito-laitoksille vuonna 1982 annettuja ohjeita terminaalihoitoon. Ohjeessa mainittiin erikseen lasten saattohoito. Eettisistä periaatteista saattohoidossa omat suosituksensa on julkaissut Sosiaali- ja terveysministeriön Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvotte-lukunta ETENE vuonna 2003. Keskeiset kansainväliset ihmisoikeussopimukset saattohoi-dolle ovat Euroopan neuvoston ihmisoikeussopimus (63/1999) ja Euroopan Neuvoston ih-misoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva sopimus, joka on tullut voimaan vuonna 2009. (Pihlainen 2010, 13.)

Kansallisesti lääketieteelliselle saattohoidolle annetaan ohjeistukset Käypä hoito –suosituk-sissa Kuolevan potilaan oireiden hoito (2019) sekä Palliatiivinen hoito ja saattohoito (2019). Kansainvälisesti WHO antoi suositukset palliatiivisesta hoidosta vuonna 2002. (Pihlainen 2010, 14.)

3 Palliatiivinen oirehoito

3.1 Tiedonhaku

Opinnäytetyön tietoperustaa varten tiedonhaku tehtiin käyttämällä PubMed-, Medic- ja Medline-tietokantoja LAB Primon kautta, sekä Google Scholar-hakukoneen avulla. Vaatimus tarkasteltavien tutkimuksien ja artikkeleiden tuoreuteen on julkaisupäivämäärä 2000-luvulla, mieluiten 2010-luvulla. Tietoa haettiin esimerkiksi hakusanoilla palliatiivinen hoito, oirehoito ja kivun hoito. Tietoa haettiin suomeksi sekä englanniksi.

Viimeaikaisia opinnäytetöitä aiheesta on erilaisten hoitohenkilökunnalle ja omaisille tarkoitettujen tietoa antavien oppaiden muodossa (Ainali & Kuorikoski 2021; Niskanen & Pyykkönen 2022; Kuusela 2023; Kuosmanen 2023). Hoitohenkilökunnan kanssa yhteistyössä tehtyjä oirehoitoon liittyviä opinnäytetöitä on myös julkaistu viime vuosina (Hautakangas 2023; Kantola 2022; Leppänen & Hurtig 2021).

Kansainvälistä tutkimustietoa palliatiivisesta oirehoidosta on saatavilla runsaasti viimeisen 10 vuoden ajalta (Kittelson ym. 2015; Harris 2019; Chapman ym. 2022). Tutkimuksia on myös eri sairauksien palliatiivisesta oirehoidosta, kuten syövästä (Henson ym. 2020; Miller & Nevadunsky 2018), sydämen vajaatoiminnasta (Antonione ym. 2020) sekä long covidista (Tuffnell ym. 2023). Suomalaisia tutkimuksia palliatiivisesta oirehoidosta on vähän. Hoitotyön osalta Hoitotyön tutkimussäätiö on julkaissut hoitosuosituksia palliatiivisesta hoidosta läheisten kohtaamisesta ja tukemisesta (2023) sekä suun hoidosta (2022). Hoitotiede-lehdessä on julkaistu artikkeleita esimerkiksi palliatiivisen hoidon osaamisesta (Vattula ym. 2020; Vihelä ym. 2020). Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut useita selvityksiä suomalaisen palliatiivisen ja saattohoidon tilasta ja antanut suosituksia kehittämis- ja tutkimustarpeista (ETENE 2012; Saarto ym. 2017; Salin ym. 2021). Kansallinen laatusuositus palliatiiviselle hoidolle ja saattohoidolle julkaistiin vuonna 2022 (Saarto ym. 2022).

3.2 Kipu

Kipu on kuolemaa edeltävä yleinen oire. Muusta kuin syövästä johtuvasta kivusta ja sen hoidosta ei ole tutkimusnäyttöä saattohoidettavilla ja palliatiivisilla potilailla, mutta samoja kivun hoidon periaatteita ja lääkkeitä voitaneen soveltaa. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus 2019.)

Useimmiten kipua hoidetaan vahvalla opioidilla ja tulehduskipulääkkeellä tai parasetamolilla, ja harkinnan mukaan neuropaattisen kivun lääkkeellä. Vahvat opioidit ovat tehokkaita syövän aiheuttaman kivun hoidossa. Opioidiannos on aina potilaskohtaisesti titrattava sopivaksi. Läpilyöntikivussa eli koetulla kivulla, joka ylittää hoidolla lievitetyn kivun

voimakkuuden hetkellisesti (Tarnanen ym. 2019), käytetään pieniä annoksia lyhytvaikutteisia morfiini-, oksikodoni- ja hydromorfonivalmisteita. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito –suositus 2019.) Syövän aiheuttamaa kipua voidaan hoitaa myös palliativisella sädehoidolla. Sädehoito suunnitellaan toteutettavaksi alueelle, joka paikallistetaan tietokonetomografiakuvauksen avulla sekä potilaan oireiden pohjalta. (Mäenpää 2023). 60–90 % potilaista kokee kivun lievitystä ja jopa 30–50 % kokee täydellisen kivunlievityksen (Mäenpää 2023, Halperin ym. 2018 mukaan).

Lääkkeettömiä mahdollisuuksia kivunhoitoon tulisi käyttää potilaan mukaan yksilöllisesti. Esimerkiksi kylmä- ja lämpöhoito, rentoutus- ja meditaatioharjoitukset, kosketus ja hieronta, fysioterapia sekä erilaiset mielekkäät asiat (musiikki, kulttuuri, lemmikit) tukevat elämänlaadun parantumista ja mielekkään elämän tavoittelua. (Halonen ym. 2021, 2–12.) Lapsille tehdyssä pilottitutkimuksessa (Weaver ym. 2020) palliativisessa oirehoidossa käytetty aromaterapia helpotti pahoinvointia ja kipua sekä kohotti mielialaa. Potilas saattaa hakea elämänsä loppuvaiheessa lievitystä oireisiinsa myös vaihtoehtohoidoista. Jos vaihtoehtohoidot eivät ole potilaalle haitallisia ja potilas kokee niiden subjektiivisesti helpottavan oloaan, voidaan hoitoja hyödyntää elämän loppuvaiheessa. Hoitohenkilökunnalla on velvollisuus puuttua tilanteeseen, jos hoito antaa potilaalle valheellisen toivon paranemiseen sekä jos potilasta painostetaan tai hyväksikäytetään. (Väänänen 2023a.) Zengin ym. (2018) tekemässä kirjallisuuskatsauksessa osassa käsitellyissä tutkimuksissa huomattiin, että vaihtoehtohoidot antoivat potilaille maltillisen hetkellisen hyödyn käytettäessä niitä palliativisessa oirehoidossa.

Säännöllisen ja tarvittavan kipulääkityksen määrää lääkäri. Hoitohenkilökunnan vastuulla on lääkehoidon toteutus käytännössä sekä lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi. Potilaan havainnointi ja hoitomenetelmien antaman vasteen tarkkailu on olennaista hyvässä oirehoidossa. Kipulääkkeiden lisäksi kivun hoitoa tuetaan lääkkeettömillä menetelmillä. Toimivien kivunhoitomenetelmien tunnistaminen ja niistä raportointi potilastietoihin vähentää potilaan kärsimystä. (Väänänen 2023a.)

3.3 Psyykkiset oireet

Kirjallisuuskatsauksessa (Mitchell ym. 2011) havaittiin, että 14,3 % palliativisen hoidon piirissä oleva potilas sairastaa kliinistä masennusta ja 24,6 % koki masennusta tai muita mielen terveyden häiriöiden oireita. Masennuksen esiintyvyyden arvioihin vaikuttaa kuitenkin se, miten masennus määritellään ja millaista otosta on tutkittu (Fairman & Irwin 2023). Palliativisessa hoidossa masennus oireilee monien psyykkisten ja fyysisten oireiden muodossa, mikä vaikeuttaa sen diagnosointia ja hoitoa. Masennuslääkitys palliativisen hoidon aikana sairastettuun masennukseen on tehokas hoitomuoto. (Rayner ym. 2010.)

Psyykkisen tilan arvioinnissa tulee potilaan oireet kartoittaa osana kokonaisvaltaista oirearviota. Potilaan lähestyessä kuolemaa on surutyö sekä eletyn elämän ja lähestyvän kuoleman pohtiminen ja läpikäyminen osa luonnollista psyykkistä prosessia. Surun ja alakulon hetket ovat normaalia kuoleman lähestyessä, ja niiden erottaminen varsinaista elämänlaatua haittaavasta psyykkisestä oireilusta on tärkeää. Potilaan tilanne, tarpeet ja toiveet tulee kartoittaa ja kokonaisvaltaisesti tulisi arvioida psyykkistä, fyysistä, sosiaalista ja eksistentiaalista tilannetta. Oireet ja niistä tuleva haitta voidaan selvittää potilaalta kysymällä ja keskustelemalla tai käyttämällä strukturoituja mittareita (esimerkiksi ESAS-lomake, DEPS-seula, GAD 7-seula). Jos ilmenee että potilas ei saa riittävästi apua kuolemansa käsittelyyn hoitohenkilökunnalta läsnäolon, kuuntelun ja keskustelun avulla, tulisi moniammatillisen tuen tarve arvioida. Potilas voi saada apua psyykkisiin oireisiin ja eksistentiaalsiin ongelmiin esimerkiksi psykiatriselta sairaanhoitajalta, psykologilta, sairaalapapilta tai vapaaehtoiselta tai vertaistuen henkilöltä. (Väänänen 2024.)

Lääkkeettömät hoitokeinot ovat tärkeässä osassa potilaan psyykkisen hyvinvoinnin tukemisessa. Näitä tilanteita tulee tarjota potilaalle, jotta hänellä on mahdollisuus käsitellä elettyä elämää ja lähestyvää kuolemaa. Hoitajan tulee panostaa sensitiiviseen kohtaamiseen, läsnäoloon ja vuorovaikutukseen. Potilaan yksilöllisyyttä ja omia toiveita tulee kunnioittaa. Potilasta rohkaistaan ilmaisemaan omia tunteitaan avoimiksi ja niitä tulee validoida. Potilas otetaan mukaan aktiiviseksi toimijaksi omaan hoitoonsa antamalla laadukasta ja ajantasaista tietoa omasta tilanteestaan. Potilaan vakaumuksellisuutta kunnioitetaan ja mahdollistetaan sen toteuttaminen. Psykososiaalista tukea voidaan tarjota esimerkiksi järjestöjen tarjoamalla vertaistuellä sekä psykoterapeuttisilla interventioilla. Myös vaihtoehtohoitoja, jotka eivät ole potilaalle haitallisia ja joista potilas kokee subjektiivista hyötyä, voidaan hyödyntää. (Väänänen 2024.)

3.4 Muita yleisiä oireita

Palliativisesti hoidettavalla potilaalla voi olla useita elämän laatua heikentäviä oireita, joita voidaan hoitaa lääkkeellisesti sekä lääkkeettömästi. Yleisimmät oireet ovat hengenahdistus, pahoinvointi, suun oireet, suolisto-oireet, kuivuminen sekä psyykkiset oireet. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus 2019.)

Hengenahdistus

Hengenahdistus on tyypillinen oire pitkälle edenneissä sairauksissa. Sen syinä voi olla esimerkiksi kasvaimesta johtuva hengitystieobstruktio, askiteksen tuoma hengitystilavuuden pieneneminen tai ahdistuneisuus. Pleuraneste voidaan poistaa punktuomalla tai dreenaamalla. Kasvaimen ahtauma voidaan poistaa tähystyksellisillä tekniikoilla tai sädehoidolla.

Myös opioidien käyttö voi vähentää hengenahdistusta. Bentsodiatsepiineja, kuten loratsepaamia, voidaan käyttää yksin tai yhdessä opioidien kanssa, jos muut keinot eivät tuo hengenahdistukseen riittävää apua. Kasvoin asetetun tuulettimen käyttöä hengenahdistuksen helpottamiseksi suositellaan. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito –suositus 2019.) Hengenahdistusta voidaan helpottaa myös asento- ja rentoutushoidolla sekä lisähapen ja höyrystetyn keittosuolaliuoksen annolla (Korhonen ym. 2013). Lisähappea voidaan hyödyntää yksilöllisesti, jos siihen ei ole vasta-aiheita ja potilas kokee hapen helpottavan oloaan. Potilaan oloa arvioidaan selvittämällä potilaan kokemus hengenahdistuksesta sekä havainnoimalla. (Väänänen 2023b.)

Pahoinvointi

Palliativisista potilaista 30 % esiintyy loppuvaiheessa oksentelua ja 60 % pahoinvointia. Pahoinvoinnin esiintymisestä tulee selvittää sen kesto ja provosoivat tekijät, suolen toiminta, ruokailun sujuvuus, mahdollinen oksentaminen, limaisuus ja kiputilanne. (Väänänen 2023c.) Pahoinvointia lievitetään syynmukaisella hoidolla ja pahoinvointilääkityksellä. Pahoinvoinnin syistä esimerkiksi hengitysteiden lima poistetaan imulla, ummetus hoidetaan laksatiiveilla ja suolen tyhjentämisellä ja ascites dreenaamalla. Lääkkeistä johtuva pahoinvointi hoidetaan lääkkeen lopetuksella, vaihdolla tai annoslaskulla. Solunsalpaaja- tai sädehoitoon käytetään pahoinvoinnin estävää lääkitystä. Pahoinvoinnin lääkehoitoon käytetään esimerkiksi metoklopramidia, ondansetronia, levomepromatsiinia, deksametasonia, haloperidolia ja olantsapiinia. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito –suositus 2019.)

Suun oireet

Nielemisvaikeudet liittyvät neurologisiin vaurioihin, aliravitsemustilaan, limakalvon vaurioihin tai pään, kaulan ja ruokatorven alueen kasvaimiin. Soseutettu ruoka ja nesteiden saakeutus nesteiden nielemisen vaikeuksissa helpottavat nielemistä. Nielemistä voidaan helpottaa myös invasiivisillä toimenpiteillä, kuten ruokatorveen asennettavalla stentillä tai PEG-letkulla, jonka asennus harkitaan potilaan kokonaistilan pohjalta. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito –suositus 2019.)

Suun kuivuminen ja syljen erittymisen väheneminen johtuvat yleensä lääkkeistä (opioidit, antikolinergit, diureetit), pureskelun heikkenemisestä, suun kautta hengittämisestä tai lisähapestä. Altistus sieninfektioille ja hampaiden reikiintymiselle lisääntyvät kuivan suun takia. Suuta voidaan kostuttaa esimerkiksi ruokaöljyllä tai suun kostutustuotteilla, ja suuhygieniasta tulee huolehtia. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito –suositus 2019.)

Suolisto-oireet

Noin puolet palliatiivista hoitoa saavista potilaista kärsii ummetuksesta, ja lähes kaikki opioidilääkityt syöpäpotilaat kärsivät ummetuksesta. Opioidien aiheuttama ummetus onkin erotettava toiminnallisesta ummetuksesta. Yhdistelmähoito suolta pehmittävästä ja suolta stimuloivasta laksatiivista on suositeltavaa, jos toisella valmisteella yksinään ei ole riittävää tehoa. Bulkkilaksatiiveja ei suositella palliatiivisen tai saattohoidon potilaan ummetuksen hoitoon. Oksikodonin ja naloksonin yhdistelmävalmisteella voidaan lievittää laksatiiveille huonosti vastaavaa opioidiummetusta. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito –suositus 2019.) Ummetuksen paras hoito on sen ennaltaehkäisy. Nesteiden nauttiminen on tärkeää ummetuksen hoidossa, ja potilaalle tulee tarjota mieluista juotavaa. Potilaan fyysisistä aktiivisuutta tuetaan hänen voimavarojensa rajoissa, ja mahdollisuus vessassa käymiseen annetaan niin kauan kun potilaan tilanne sen sallii. (Väänänen 2023c.)

Kuivuminen

Yleisimmät syyt kuivumiselle ovat elimistön nesteiden menetykset esimerkiksi oksentelun, ripulin tai kuumeen tai niiden riittämättömän saannin takia. Nesteytys ei paranna yleistilaa, sillä saattohoitopotilaan dehydraatio voi johtua kiertävän nestetilavuuden siirtymisestä solujen väliseen tilaan. Tutkimustietoa saattohoitopotilaiden nesteytyksestä ei ole paljoa, ja saattohoidossa suun kautta otettujen nesteiden saanti on yleensä riittävää. Saattohoidossa annettu 1 000–1500 ml nesteytys vuorokaudessa suonensisäisesti tai ihonalaisesti voivat lievittää jonkin verran sedaatiota ja janon tunnetta mutta haittavaikutukset lisääntyvät merkittävästi. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito –suositus 2019.) Kirjallisuuskatsauksessa ei löydetty parenteraalisen nesteytyksen tuovan merkittävää hyötyä palliatiivisesti hoidettavilla potilailla, eikä nesteytyksen hyödyistä ole tarpeeksi tutkimustietoa, jotta parenteraalisesta nesteytyksestä voitaisiin antaa yleistä ohjeistusta palliatiivisessa hoidossa (Good ym. 2014).

Palliatiivinen sedaatio

Palliatiivinen sedaatio tarkoittaa sitä, että kuolevan potilaan tajuntaa alennetaan ja häntä rauhoitetaan lääkkein oireiden lieventämiseksi, eikä tarkoituksena ole nopeuttaa kuolemaa vaan vaikeiden oireiden vuoksi rauhoittaa potilas jopa uneen saakka (Tarnanen ym. 2019). Useita tutkimuksia tarkastellessa tärkeimmät löydetty indikaatiot palliatiiviselle sedaatiolle ovat delirium, hengenhädistys ja kipu. Myös psykoeksistentiaalinen kriisi ja kärsimys fyysisien oireiden lisäksi antaa tarvetta palliatiiviselle sedaatiolle. (Arantzamendi ym. 2020.) On selvitettävä ja varmistettava, että ennen sedaation aloitusta kaikki muut keinot oireiden lievittämiseksi on kokeiltu ja että potilas, omaiset ja hoitohenkilökunta ymmärtävät hoidon tavoitteet ja toteutuksen (Tarnanen ym. 2019).

Sedaatioon käytetään yleisimmin bentsodiatsepiineja kuten midatsolaamia, mutta myös anesteetteja, kuten propofolia (Arantzamendi ym. 2020). Myös haloperidoli tai esketamiini voidaan yhdistää midatsolaamiin, jos potilas on deliriöottinen tai kivulias (Holma 2021, Chernyn ym. 2009 mukaan). Potilaan vointia ja oireiden lievittymistä seurataan arvioimalla muun muassa hengitystä ja tajunnantasoja. Arviointiin ja kirjaamiseen voidaan käyttää strukturoituja asteikkoja tai yksinkertaista kuvailua sanallisesti. Tärkeintä on vasteen kirjaaminen lääkitykselle selkeästi. (Hamunen 2012.)

Suomessa ei ole virallisia hoitosuosituksia palliatiivisesta sedaatiosta. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon Käypä hoito –suositus (2019) kuvailee aihetta lyhyesti. Saattohoitoa tarjotaan yksiköihin tehdyn tutkimuksen mukaan palliatiivista sedaatiota käytetään Suomessa vähän. Tutkimuksen mukaan 77 % yksiköistä sedaatiota käytettiin alle viisi kertaa vuodessa. (Ruoppa ym. 2018.)

3.5 Oirehoidon arviointi

Palliatiivisen hoidettavan potilaan ja saattohoidettavan potilaan oireita tulee arvioida systemaattisesti ja oireiden hoitovastetta, vaikeusastetta ja haittaavuutta tulee seurata aktiivisesti. Arvioinnissa ja seurannassa voidaan käyttää apuna oirekartoituskartoituslomakkeita. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito –suositus 2019.) Saattohoidossa ja kuoleman lähes työssä oireita arvioidaan laboratorio- ja kuvantamistutkimusten sijaan kliinisillä löydöksillä. Huomio kohdennetaan erilaisten mittausarvojen sijasta potilaaseen. Kipua, hengenahdistusta, hengitysteiden eritteitä, oksentelua, pahoinvointia ja levottomuutta tulisi arvioida säännöllisesti, vähintään neljän tunnin välein. (Korhonen ym. 2013.) Erityisesti kivun säännöllinen arviointi ja kirjaaminen ovat hyvän hoidon perusedellytykset; kirjata tulisi ainakin kivun voimakkuus, vaikutus toimintakykyyn, luonne, esiintymisaika ja läpilyöntikivun esiintyminen. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito –suositus 2019.)

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) -lomake (Bruera ym. 1991) kehitettiin yhtenä ensimmäisenä oirearviointilomakkeena, joka mahdollistaa yksinkertaisen ja nopean kartoituksen monioireisesta potilaasta. ESAS-lomaketta käytetään nykyisin laajasti oireiden kartoittamiseen ja monitorointiin palliatiivisilla potilailla sekä syöpä- ja munuaistautien potilailla. (Hui ym. 2017.) Lomakkeella kartoitetaan kymmentä tavallisesti esiintyvää ja haitalliseksi koettua oiretta syöpäpotilailla asteikolla 0–10. Oireiden vakavuutta ja hoidon onnistumista kartoittaessa käytetään asteikkoa 0, 1–3 ja 4–10. Viimeisintä asteikkoa käytettäessä tulisi selvittää, haluaako potilas tilanteen parantamiseksi lääkitystä tai muuta hoitoa. (Salminen ym. 2007.)

PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale) on validoitu kivunhoidon mittari, joka on suunnattu dementiapotilaille. Mittaria voidaan käyttää sekä verbaalisilla että non-verbaalisilla potilailla, jotka eivät sanallisesti pysty ilmaisemaan kipuaan. Kipua arvioidaan havainnoimalla potilasta mittarin avulla. (Warden ym. 2003.) Suomenkielisessä versiossa havainnoidaan hengitystä, negatiivista ääntelyä, ilmeitä ja elekieltä sekä lohduttamisen tarvetta asteikolla 0–2. Kokonaispistemäärä 10 vastaa voimakasta kipua, 0 kivuttomuutta. (Hagelberg & Finne-Soveri 2015.)

3.6 Omaisten huomiointi palliatiivisessa hoidossa

Hoitohenkilökunta kulkee omaisten rinnalla vaikean ajan läpi ollen saatavilla ja läsnä. Potilaan perhettä huomioidaan kokonaisvaltaisesti. Sen kaikki jäsenet kohdataan yksilöllisesti tarpeisiin perustuvasti auttaen sekä kunnioittaen perheen yksilöllisiä toiveita. (Kritz & Aho 2020.)

Potilaan omaisille tulee mahdollistaa läsnäolo ja kuulluksi tuleminen potilaan hoidon päätöksen tekoilanteissa, sillä omaiset haluavat olla siinä mukana. Omaiset kokevat tämän voimaannuttavana ja hoitotyytyväisyyttä lisäävänä. Tiedon antaminen on päätöksentekoilanteissa tärkeää, sillä se auttaa heitä osallistumaan päätöksentekoon. Omaisille täytyy antaa aikaa päätöksentekoprosessissa, sillä päätökset ovat isoja. (Hotus-hoitosuositus 2023).

Potilaan omaisille tulee antaa potilaan luvalla tietoa kattavasti, ymmärrettävästi ja monipuolisesti, sillä omaiset haluavat saada tietoa. Tietoa tulee antaa sairaudesta, tilanteesta ja ennusteesta, hoidosta, hoitolinjauksista- ja rajauksista, keinoista potilaan olon helpottamiseen sekä kuolemasta ja sen jälkeisestä ajasta. (Hotus-hoitosuositus 2023). Omaiset toivovat hoitohenkilökunnalta tiedon tarpeeseen vastaamista, varsinkin rehellistä tietoa saattohoidosta ja kuolemasta (Kritz & Aho 2020).

Omaiset tulee kohdata arvostavasti, kunnioittavasti ja myötätuntoisesti. Omaiset kokevat palliatiivisessa hoidossa oman roolinsa ja asiantuntijuutensa huomioon ottamisen tärkeäksi. (Hotus-hoitosuositus 2023). Omaisten huomioimiseen palliatiivisessa hoidossa kuuluu asiantuntemuksen ja henkisen tuen antaminen. Näihin kuuluu hoidollisen ja tiedollisen asiantuntemuksen antaminen, tuen piiriin ohjaus sekä keskusteluapu, apu henkisen kuorman kanssa sekä voimaantumista edistävä tuki. (Kritz & Aho 2020).

Omaiset toivovat tuen antamista avun vastaanottamiseen kuoleman jälkeen: omaisen voi tarvita hoitokontaktia ja vertaistukea kokiessaan menetyksen. (Kritz & Aho 2020.) Omaiset toivovat huomioimista ja yhteydenottoa ammattilaisilta kuoleman jälkeen. Omaiset tulee ohjata vertaistuen piiriin, sillä vertaistukea arvostetaan ja se koetaan tärkeänä. Yhteydenotto voi olla esimerkiksi puhelinoitto tai kirje. (Hotus-hoitosuositus 2023).

Tärkeimmäksi elementiksi elämän loppuvaiheen hoidossa potilas ja hänen läheisensä kokevat olevan toimiva kommunikaatio sekä yhteinen päätöksenteko potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan välillä. Muita tärkeitä elementtejä ovat asianmukainen palliatiivinen hoito, kunnioittava ja myötätuntoinen hoito sekä luottamus hoitohenkilökuntaan. (Virdun ym. 2015.)

4 Toteutus

4.1 Menetelmän esittely ja kuvaus

Laadullinen tutkimus eli kvalitatiivinen tutkimus on yksi keino ymmärtää todellisuutta. Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistämään asioita, vaan pyritään kuvaamaan tapahtumaa tai ilmiötä, ymmärtämään sitä tai antamaan teoreettinen tulkinta ilmiölle. Henkilöt, joilta tietoa kerätään, tulisi olla tutkittavan ilmiön asiantuntijoita tai heillä tulisi muuten olla koke-musta asiasta, jotta ilmiötä ymmärrettäisiin laadullisessa tutkimuksessa. Koska laadullisessa tutkimuksessa keskitytään ilmiöön eikä määrällisen tutkimuksen yleistämiseen, voi aineiston koko olla pienempi. (Pitkäranta 2014.) Koska opinnäytetyön kohderyhmän määrä ei ollut suuri ja kyse oli ilmiön tarkastelusta, oli opinnäytetyö lähestymistavaltaan tutkimuk-sellinen laadullinen opinnäytetyö. Lisäksi koska opinnäytetyössä selvitettiin ihmisten kerto-muksia ja niiden merkityksiä eikä tilastollisesti yleistettävää tietoa saatu, oli lähestymistapa laadullinen.

Opinnäytetyössä palliatiivista oirehoitoa selvitettiin oirehoidon toteuttajien eli hoitajien nä-kökulmasta. Ihmisten subjektiivisia kokemuksia ja näkemyksiä tarkasteltiin, mikä on laadul-lisen tutkimuksen keskeinen ominaispiirre. (Juuti & Puusa 2020.) Tavoitteena oli opinnäy-tetyössä suoritettavan kyselyn avulla selvittää todellisuutta paremmin ymmärrettävämpään muotoon (Kylmä & Juvakka 2007, 17, Leino-Kilpin 1997 mukaan), jotta saadaan vastaukset tutkimuskysymyksiin. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat: miten palliatiivinen oire-hoito toteutuu hoitajien näkökulmasta, mitkä asiat vaikuttavat sen toteutumiseen sekä miten palliatiivista oirehoitoa tulisi kehittää. Palliatiivinen oirehoito pyrittiin opinnäytetyössä ym-märtämään osallistujien näkökulmasta. Osallistujiksi laadulliseen tutkimukseen valittiin sel-laiset henkilöt, joilla on kokemusta tutkittavasta ilmiöstä (Kylmä & Juvakka 2007, 26). Tässä opinnäytetyössä palliatiivisen osaston lähihoitajat ja sairaanhoitajat olivat tarkoituksenmu-kaisesti parhaimmat osallistujat kyselyyn. Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteenä on in-duktiivinen päättely, joka on aineistolähtöistä. Opinnäytetyössä tehtiin siis havaintoja yksit-täisistä tapahtumista eli oirehoidon toteutumisesta, josta jokaisella palliatiivisia potilaita hoi-tavalla hoitajalla oli oma henkilökohtainen käsityksensä. Nämä havainnot yhdistettiin laa-jemmaksi kokonaisuudeksi sisällönanalyyssissa (Kylmä & Juvakka 2007, 29), joka esitellään luvussa 5.

Hoitajien kokemuksia, ajatuksia, käsityksiä, näkemyksiä ja asenteita selvitettiin Webropol-kyselyllä (Liite 1), jossa oli miksi-, mitä- ja miten-kysymyksiä hoitajien näkökulmasta; miten palliatiivinen oirehoito toteutuu ja mitä tekijöitä siihen kuuluu. Tehdyn kyselyn tavoitteena oli tuottaa tietoa ja aineistoa tutkimusongelman vastaamiseksi, ilman että

tutkimuskysymyksiä kysytään sellaisinaan suoraan vastaajilta. Teemahaastattelun (Hyväri-
nen ym.) mukaisesti Webropol-kyselyyn valittiin keskeiset teemat tutkimusaiheesta kirjalli-
suuteen perustuen, ja palliatiivisen osaston hoitajat vastasivat näihin kysymyksiin vapaasti
omin sanoin. Näin teemahaastattelulla oli pyrkimys löytää merkityksellisiä vastauksia tutki-
muskysymysten mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2018). Kyselyssä oli kysymyksiä keskeisistä
etukäteen valituista teemoista ja niihin liittyviä tarkentavia kysymyksiä (Tuomi & Sarajärvi
2018, Hirsjärven & Hurmeen 2007 mukaan), kuten oirehoidosta ja sen toteutumisesta ja
niihin vaikuttavista tekijöistä. Kysymykset pohjautuivat tehtyyn tietoperustaan ja erityisesti
Käypä hoito –suositukseen. Palliatiivisen osaston esihenkilö sai kyselyn nähtäväkseen ja an-
toi kysymyksille hyväksyntänsä ennen aineiston keruuta.

4.2 Aineiston keruu

Opinnäytetyön aineisto kerättiin tutkimusluvan myöntämisen jälkeen palliatiivisen osaston
sairaanhoitajilta ja lähihoitajilta nimettömästi laadullisella kyselyllä (Liite 1). Kyselyyn vas-
tattiin kirjallisesti ja sen vastaukset talletettiin sähköisesti. Ero kyselyllä ja haastattelulla on
se, että haastatteluun vastataan suullisesti, kyselyyn kirjallisesti (Pitkäranta 2014). Vaikka
haastattelulla voidaan katsoa olevan enemmän etuja, kuten tarvittaessa oikaista, selventää
ja kysyä uudelleen ja saada enemmän aineistoa (Pitkäranta 2014), päädyttiin kyselyyn sen
helppouden takia. Haastattelun tekeminen sairaalaympäristössä, jossa hoitajat ovat hoita-
massa potilaita, olisi hoitajien työajan puitteissa vaikea yhtälö.

Osallistujat saivat kyselylinkin (Webropol 2024) työ sähköposteihinsa osaston esihenkilöltä.
Näin opinnäytetyön tekijälle ei tullut tietoon osallistujien henkilötietoja. Lyhytaikaisille sijai-
sille (alle 2 kuukautta palliatiivisella osastolla töissä olleet) ja keikkatyöntekijöille kyselylink-
kiä ei jaettu. Tällä rajauksella sai linkin sähköpostiinsa yhteensä 15 osastolla työskentele-
vää hoitajaa. Hoitajia informoitiin kyselystä saatekirjeellä (Liite 2), ja hoitajat antoivat vapaa-
ehtoisesti suostumuksensa Henkilötietolain mukaisesti (523/1999, 8 §) kyselyyn osallistu-
miseen Webropol-kyselylomakkeen ensimmäisellä sivulla (Liite 1). Aineistoa kerättiin kol-
men viikon ajan. Kyselyssä kysyttiin tutkimuksen kohteena olevan ilmiön kannalta tärkeim-
piä taustatietoja (Kylmä & Juvakka 2007, 76), jotka opinnäytetyössä olivat hoitajan työuran
pituus, työsuhteen kesto palliatiivisella osastolla sekä erikoistavat opinnot tai lisäkoulutus
palliatiivisesta hoidosta tai saattohoidosta.

Webropol-kyselyaineisto säilytettiin LAB-ammattikorkeakoulun tietoturvaisilla palvelimilla
opinnäytetyön tekijän henkilökohtaisella tietokoneella, johon vain opinnäytetyön tekijällä oli
pääsy. Kyselyssä kerättyä aineistoa säilytettiin opinnäytetyön julkaisemiseen asti, ja ai-
neisto hävitettiin kunnes se ei ollut enää tarpeellinen (Henkilötietolaki 523/1999, 14 §).

4.3 Aineiston analysointi

Kyselyllä saadulle aineistolle tehtiin sisällönanalyysi, joka on yleinen laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä (Tuomi & Sarajärvi 2018). Analyysissä etsittiin vastausta tutkimuskysymyksiin ja tutkimuksen tarkoitukseen (Kylmä & Juvakka 2007, 112, Hsiehin & Shannonin 2005 mukaan). Tutkimuskysymyksiä olivat: miten palliatiivinen oirehoito toteutuu hoitajien näkökulmasta, mitkä asiat vaikuttavat oirehoidon toteutumiseen sekä miten palliatiivista oirehoitoa tulisi kehittää.

Aineistonanalyysissä käsitellään tutkimuskysymystä ”mitkä asiat vaikuttavat oirehoidon toteutumiseen”, sillä Webropol-kyselyssä (Liite 1) annettiin kattavasti vastauksia tutkimuskysymykseen ”miten palliatiivinen oirehoito toteutuu hoitajien näkökulmasta”. Nämä vastaukset on esitelty luvussa 5.5. Oirehoitoon vaikuttavat tekijät on esitelty sisällönanalyysissa (Liite 3). Koska kolmatta tutkimuskysymystä (miten palliatiivista oirehoitoa tulisi kehittää) ei kysytty suoraan vastaajilta, jätettiin se aineistonanalyysistä pois. Kolmannen tutkimuskysymyksen tulokset esitellään luvussa 5.6.

Ennen varsinaista analyysin tekoa valmisteluvaiheessa valitaan analyysiyksikkö (a meaning unit) (Elo ym. 2022 Graneheimin & Lundmanin 2004 mukaan). Se on sana, lause tai ajatuskokonaisuus, jota aineistosta lähdetään etsimään. Sen tarkoituksena on vastata tutkimuskysymykseen aineistosta saatujen vastausten kautta. Sen jälkeen perehdytään aineistoon, eli luetaan ja käydään aineisto huolellisesti läpi. Jo tässä vaiheessa tarkastellaan, miten aineisto vastaa tutkimuskysymykseen. Kun aineiston yleiskuva on hahmoteltu, poimitaan aineistosta ne ilmaisut, jotka olivat analyysiyksikön mukaisia ja vastaavat tutkimuskysymykseen. (Elo ym. 2022.) Analyysiyksiköksi valitsin ajatuskokonaisuuden ”miten palliatiivinen oirehoito toteutuu ja mitkä asiat siihen vaikuttavat”. Kyselyyn saatuja vastauksia oli monenlaisia, usean virkkeen mittaisia mutta myös yhden sanan mittaisia vastauksia. Joihinkin kysymyksiin oli myös jätetty vastaamatta. Suurin osa vastauksista oli monisanaisesti perusteltuja ja ne vastasivat kattavasti kysytyyn kysymykseen. Saatu Webropol-kyselyaineisto oli sähköisessä muodossa, ja merkitsin analyysiyksikön mukaisia ilmaisuja aineistosta Word-tekstinkäsittelyohjelmalla yliviivaten.

Kun alkuperäisilmaukset on poimittu aineistosta, pelkistetään ne niin, että niiden olennainen sisältö pysyy samana. Ylimääräiset täytesanat poistetaan ja varotaan, ettei ilmaisun merkitys muutu ja ettei tutkija tee omaa tulkintaa. (Elo ym. 2022 Kylmän & Juvakan 2014 mukaan.) Seuraavaksi aineisto koodataan, jossa luokittelua edeltävästi jäsennellään aineistoa sitä koodaavilla merkinnöillä esimerkiksi eri värejä käyttämällä (Elo ym. 2022 Graneheimin & Lundmanin 2004 mukaan). Koodauksen avulla muodostetaan ensituntuma aineistoon ja helpotetaan kokonaisuuden hahmottamista (Elo ym. 2022). Pelkistetyt ilmaisut kirjoitin

käsin paperille, jotta kokonaisuuden hahmottaminen olisi alusta lähtien helpompaa. Ilmausten pelkistäminen oli haastavaa varsinkin monien sanojen tai virkkeiden mittaisissa vastauksissa. Toisaalta runsas aineiston määrä teki analysoinnista mielekäästä, ja tutkimuskysymyksen löytäminen aineistosta alkoi hahmottua koodaamisella. Koodauksen tein myös paperille erilaisilla merkinnöillä.

Seuraavassa vaiheessa pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään ja luokitellaan. Samaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaisut yhdistetään samaan alaluokkaan ja alaluokka nimetään. Alaluokan nimen tulee olla mahdollisimman tarkasti ja konkreettisesti ilmaisuja kuvaava. (Elo ym. 2022.) Sitten muodostettuja alaluokkia vertaillaan keskenään ja sisällöltään samanlaiset alaluokat yhdistetään keskenään ryhmäksi eli yläluokaksi. (Elo ym. 2022 Graneheimin & Lundmanin 2004, Elon & Kyngään 2008, Kyngään 2020 mukaan). Abstrahointi jatkuu niin pitkälle kun se on tutkimuskysymysten ja tutkimuksen tarkoituksen osalta oleellista (Elo ym. 2022), joten aineistolähtöinen sisällönanalyysi perustuu induktioon (Kylmä & Juvakka 2007). Näin sisällönanalyysiin tuli 10 alaluokkaa, neljä yläluokkaa ja pääluokka (Kuvio 1). Miten palliatiivinen oirehoito toteutuu hoitajien näkökulmasta? -tutkimuskysymyksen aineistonanalyysi on esitelty taulukon muodossa liitteessä 3.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Monin keinoin hoidettavissa olevat oireet	Helposti hoidettavissa olevat oireet	Palliatiivinen oirehoito hoitajien näkökulmasta
Fyysiset oireet		
Vaikeasti lääkittävissä olevat oireet	Vaikeasti hoidettavissa olevat oireet	
Oireet osana kuolemaa		
Psykosomatiikka	Ihminen psykofyysisenä kokonaisuutena	
Hoitajan antama psyykinen tuki		
Lääkkeetön hoito osana palliatiivista hoitoa		
Oirehoidon seuranta ja raportointi	Oirehoidon toteutuminen	
Oirehoidon toteuttamista helpottavat tekijät		
Oirehoidon toteuttamista vaikeuttavat tekijät		

Kuvio 1. Sisällönanalyysin yhteenveto

5 Tulokset

5.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselyyn vastasi kolmen viikon aikana 7 hoitajaa, joka on noin puolet osaston henkilökunnasta. Kaikki heistä antoivat vapaaehtoisesti suostumuksensa kyselyyn osallistumiseen ja vastausten käsittelyyn opinnäytetyön raportissa. Jokainen vastaaja oli toiminut nimikesuojattuna ammattihenkilönä (lähihoitajana) tai laillistettuna ammattihenkilönä (sairaanhoitajana) yli 10 vuotta.

Osallistujille kertyneiden työvuosien lukumäärä palliatiivisella osastolla vaihteli. 1 – 3 vuotta ja 3 – 5 vuotta osastolla työskennelleitä oli kumpaakin yksi vastaaja, kun taas enemmistö (n=5) oli ollut palliatiivisella osastolla töissä yli 5 vuotta. Vastauksissa ei tullut ilmi, oliko vastaaja hankkinut työkokemusta jostain muusta palliatiiviseen hoitoon keskittyneestä yksiköstä.

Jokainen vastaaja oli hankkinut erityisosaamista palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. Osaamista oli hankittu ammattikorkeakoulujen tarjoamista erikoisopinnoista (n=3) sekä hyvinvointialueen (aiemmin Eksoten) tarjoamasta saattohoitopassikoulutuksesta (n=4). Myös muuta hankittua erikoisosaamista mainittiin, kuten työharjoittelu saattohoitokoti Terhokodissa sekä psykososiaalisen tuen antamisen koulutus.

5.2 Helposti hoidettavissa olevat oireet

Helposti hoidettavina oireina osaston henkilökunta koki erityisesti oireet, joiden hoitamiseen on olemassa paljon keinoja. Näiksi oireiksi hoitajat nimesivät ummetuksen, kivun, suun ongelmat ja hengenahdistuksen. Esimerkiksi kivun hoitoon käytetään palliatiivisessa hoidossa opioideja tarvittaessa eri antoreitein (p.o, s.c, i.v, kipukumpun kautta).

Helposti hoidettavina oireina hoitajat pitivät fyysisiä oireita. Fyysisiin oireisiin on olemassa enemmän lääkevaihtoehtoja ja niihin usein saadaan vaste. Fyysisiin oireisiin saatiin hoitovaste myös lääkkeettömillä hoitokeinoilla.

Fyysiset oireet on helpompia tai nopeampia saada hoidettua.

Fyysiset oireet ovat helpommin hoidettavissa, koska niihin on käytettävissä oirehoidon lääkkeellisiä ja lääkkeettömiä hoitokeinoja.

5.3 Vaikeasti hoidettavissa olevat oireet

Vaikeasti hoidettavissa olevina oireina henkilökunta koki oireet, joihin on vaikea saada vastetta lääkkein (Liite 3). Nämä oireet hoitajien mukaan ovat ruokahalu ja kuihtuminen, pahoinvointi sekä sairauten, oireisiin ja lähestyvään kuolemaan liittyvät hyvinkin vaikeat psyykkiset oireet. Oire voi vaatia usean lääkkeen yhdistelmän tai invasiivisiä toimenpiteitä, kuten pahoinvoinnin hoito.

Voimakas pahoinvointi vaatii usean lääkkeen kombinaation tai nenämahaletkun.

Ruokahalua on vaikea saada paremmaksi.

Vastauksissa tuotiin esiin myös sitä, että kuolemaan johtavassa sairaudessa kaikkia oireita ei pystytä hoitamaan tai oireen etenemiseen ei pystytä vaikuttamaan. Lisäksi esimerkiksi ruokahaluun ja kuihtumiseen vaikutetaan eri tavoin riippuen missä vaiheessa palliatiivista hoitoa tai jopa saattohoitoa ollaan. Potilaan kokonaistilanne siis vaikuttaa hyväksyttävään hoidon vasteen tasoon. Oireet nähdään osana kuolemisen prosessia.

Kaikkia oireita ei pystytä hoitamaan pois, vaan ne kuuluvat osana kuolemisen prosessiin.

5.4 Ihminen psykofyysisenä kokonaisuutena

Hoitajien vastauksista tuli ilmi, että palliatiivisessa hoidossa ihminen nähdään psykofyysisenä kokonaisuutena. Palliatiivisessa hoidossa ei enää keskitytä parantamaan sairautta ja hyväksytään se fakta, että ihminen kuolee. Nämä seikat tekevät hoidosta entistä sensitiivisempää ja lisäävät hoitohenkilökunnan merkitystä erityisesti psyykkisen tuen antamisessa. Osassa vastauksia tuli ilmi, että somaattisten oireiden hoito ja hallinta voi olla helpompaa ja että psyykkisten oireiden hoito on vaativampaa. Psykofyysinen näkökulma huomioidaan myös somaattisten oireiden ilmenemisessä ja hoidossa. Näin myös lääkkeetön hoito integroituu palliatiiviseen hoitoon. Ihmisen huomioiminen psykofyysisenä kokonaisuutena edesauttaa palliatiivisen oirehoidon toteutumista (Liite 3).

Somaattinen oire voi myös aiheuttaa psyykkistä oireilua.

Välillä somaattisia oireita esim. hengenahdistusta hoidetaan psyykkiseen oireiluun tarkoitetulla lääkkeillä.

Hoitajan antama psyykkinen tuki ja läsnäolo on tärkeä osa kärsimyksen ja oireiden lievittämisessä sekä sairauden ja kuoleman käsittelyssä. Erään vastauksen mukaan lääkkeettömiä keinoja käytetään luontevammin psyykkisten oireiden hoidossa, mutta hoitajalla tulee olla valmiuksia kohdata ja keskustella kuolevan potilaan kanssa, sillä tunteiden ja ajatusten sanoittaminen voi olla potilaalle hankalaa.

Joskus pelkkä – läsnäolo lievittää kärsimystä/oireita.

Psyykkisten oireiden sanoittaminen on usein potilaille vaikeampaa joten niitä ammattilaisten tulee osata enemmän kysyä.

Potilas saattaa myös sairastaa salassa läheisiltään tai itseltään, kun valmiuksia käsitellä omaa kuolevaisuutta ei ole riittävästi. Tällöin hoitajan antama psyykkinen tuki on merkittävässä osassa potilaan surutyölle tämän luopuessa omasta elämästään.

Yritetään sairastaa itseltään taikka läheisiltään salassa, kun ei pysty käsittelemään sairautta ja sen mukaan tulevia oireita taikka lähestyvää kuolemaa.

Webropol-kyselyn vastauksissa tuotiin ilmi lääkkeettömän hoidon merkitystä yhdessä lääkehoidon kanssa. Hoitajien vastauksissa tuli esiin lääkkeettömän hoidon tärkeys osana palliativista hoitoa. Yhdessä lääkehoidon kanssa ne tukevat toisiaan ja tuovat hyviä tuloksia. Pelkkä lääkkeetönkin hoito tuo hyötyä potilaalle, ja erään vastaajan mukaan lääkkeettömiä keinoja tulisi käyttää, jotta ammattilaisten lisäksi myös potilaat ja omaiset huomaisivat niiden hyödyt.

Monesti lääkkeettömät hoitokeinot yhdistettynä lääkkeelliseen hoitokeinoon tuo hyviä tuloksia.

Joskus pelkkä lääkkeetön hoito lievittää oireita/kärsimystä.

Kumpikaan ei sulje toista pois, vaan on keskeinen osa palliativista hoitoa.

5.5 Oirehoidon toteutuminen

Yleisesti hoitajat kokevat oirehoidon toteutuvan osastolla hyvin. Myös numeraalisia arvoja kerrottiin; oirehoito toteutuu 97- ja noin 95-prosenttisesti. Luvut perustuvat vastausten mukaan osastolla käytössä olevaan päivittäisen oirehoidon toteutumisen mittariin. Kivunhoidon kerrottiin onnistuvan parhaiten oirehoidossa.

Oireiden seuranta osastolla tapahtuu säännöllisesti joka vuorossa mittarein, keskustellen ja havainnoiden. Validoituja kipumittareita on osastolla käytössä NRS (Numeric Rating Scale) ja VAS (Visual Analogue Scale) sekä nonverbaalisilla potilailla PAINAD-mittari (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale). Arkipäivisin osastolla käydään taulupalaverissa moniammatillisesti läpi potilaiden vaikeat oireet ja mietitään tarvittavia muutoksia hoitokeinoihin. Kirjaaminen on kuvaavaa ja tapahtuu joka vuorossa.

Oirehoidon toteutumista helpottaviksi tekijöiksi hoitajat nimesivät muun muassa ammattitaidon, tiimityön, nopean reagoinnin ja oirehoidon seurannan, potilaan kokonaistilanteen kartoittamisen ja potilaan tuntemisen sekä potilaan ottamisen mukaan hoitoonsa aktiiviseksi tekijäksi. Myös läheisten tulee potilaan luvalla olla tietoisia potilaan hoidosta ja hoidon keinoista.

Riittävä ymmärrys palliatiivisesta hoidosta, hyvä tiimityö, sitoutuminen työhön ja halu auttaa.

Hoitavan tiimin pitää olla oireista ajantasalla ja hoitokeinoista tulee puhua avoimesti potilaan ja läheisten (potilaan luvalla) kanssa.

Potilas tulee ottaa aktiivisena toimijana mukaan hoitoon ja hänen kokonaistilanne tulee kartoittaa sekä kuunnella hänen toiveita ja mahdollisia pelkoja.

Oirehoidon toteutumista vaikeuttavaksi tekijöiksi nimettiin esimerkiksi tiedonkulun ongelmat ja kiire. Osaston potilasmäärän kasvaessa kiirekin kasvaa. Tiedonkulun ongelmat tulevat esiin esimerkiksi potilaan siirtyessä osastolle jatkohoitoon virka-ajan ulkopuolella, esimerkiksi kun lähettävä osasto ei ole lisännyt lääkelistalle tarvittavia oirehoitolääkkeitä. Lääkettä, jota lääkäri ei ole määrännyt, ei saa antaa. Näin ennakkoinnin puute lisää hoitajien työmäärää ja viivästyttää potilaan hoitoa. Myös hoitohenkilökunnan ammattitaidon puute nimetään oirehoidon onnistumista estäväksi tekijäksi.

”Edellinen osasto ei ole lisännyt tarvittavia oirehoito lääkkeitä. Tämä vaikeuttaa esim. iltaisin / viikonloppuisin hoitoa.

Liian kova kiire vaikeuttaa hoitotilanteita.

Eriyispätevyyden puute, samoin hoitajan koulutuksen puute.

Myös potilaaseen tai hänen omaisiinsa liittyvät syyt vaikeuttavat oirehoidon toteutumista. Lääkevastaisuutta esiintyy vastausten mukaan potilaissa sekä omaisissa. Potilas voi myös salata tuntemuksensa esimerkiksi kivusta, jolloin kivunhoito ei toteudu. Potilaan voi myös olla vaikeaa hyväksyä lähestyvää kuolemaa, mikä aiheuttaa kärsimystä niin potilaalle itselleen kuin tämän läheisille.

Jotkut potilaat tai omaiset ovat lääkevastaisia.

Potilas salaa tuntemuksiaan.

5.6 Oirehoidon kehittäminen

Vaikka hoitajilta ei suoraan kysytty oirehoidon kehittämisen kohteista ja tarpeista, hoitajien kuvauksissa tuli esiin asioita, joita voisi kehittää. Nämä kehityskohteet ilmenevät erityisesti oirehoidon toteutumiseen negatiivisesti vaikuttavista tekijöistä. Osa oirehoitoa vaikeuttavista tekijöistä oli henkilökuntaan ja työympäristöön liittyviä asioita. Hoitajien kuvauksissa kerrottiin esimerkiksi tiedon kulun ongelmista ja ennakkoinnin puutteesta (Liite 3). Myös liian kova kiire tuotiin esiin merkittävänä hoitotyön vaikeuttajana. Myös hoitohenkilökunnan ammattipätevyyden puute kerrottiin oirehoitoa vaikeuttavana tekijänä, johon kuuluu lääkärin erityispätevyyden tai hoitajan koulutuksen puute.

Toinen oirehoitoa vaikeuttava kokonaisuus oli hoitajien vastausten mukaan potilaaseen tai omaisiin liittyvät tekijät. Näitä tekijöitä oli vaikeus hyväksyä lähestyvää kuolemaa, tuntemuksien salaus tai lääkevastaisuus ja lääkkeitä kieltäytyminen. Jotta oirehoito voisi toteutua ja onnistua paremmin, voisi myös näitä tekijöitä kehittää.

6 Yhteenveto ja pohdinta

6.1 Tulosten arviointi

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoa palliatiivisen oirehoidon toteutumisesta osastolla. Osastolla on jo ennen opinnäytetyön toteutusta ollut omat keinonsa oirehoidon toteutumisen selvittämiseen ja seurantaan, joten aihe ei ollut hoitajille uusi. Tutkimuksellista näkökulmaa oirehoidon toteutumiseen ei ollut aiemmin osastolla tehty. Varsinkin oirehoidon toteutumista helpottavat ja haittaavat tekijät, joita tässä opinnäytetyössä pyrittiin selvittämään, tuovat osaston henkilökunnalle luotettavaa tietoa ja osoittavat mahdollisten kehittämiskohteiden tarpeen. Hoitajat vastauksissaan toivat ilmi tekijöitä, jotka helpottavat ja haittaavat oirehoidon toteutumista sekä toivat ilmi oman kokemuksensa oirehoidon toteutumisen tasosta. Tutkimuskysymyksiin saatiin siis vastaukset opinnäytetyön tarkoituksen mukaisesti. Kehitysideoita ei kyselyssä haettu suoraan hoitajilta, mutta niitä voidaan löytää heidän vastauksistaan varsinkin asioihin, jotka vaikeuttavat oirehoidon toteutumista.

Kyselyn tuloksia tarkasteltaessa tulee ilmi, että oirehoito toteutuu palliatiivisella osastolla hyvin. Tutkimustuloksia oirehoidon toteutumisesta Suomessa ei ole tehty, mutta erilaisia selvityksiä ja suosituksia palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta on tehty (ETENE 2012; Saarto ym. 2017; Salin ym. 2021). Palliatiivista hoitoa ohjaava laatusuositus on myös julkaistu (Saarto ym. 2022). Selvityksissä käsitellään enimmäkseen palliatiivisen hoitoketjun toimivuutta ja palliatiivisen hoidon integroimista osaksi sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää, ja selvityksissä on huomattu laadukkaan palliatiivisen ja saattohoidon saamisen riippuvan asuinpaikasta. Jokainen ammattilainen, joka opinnäytetyön kyselyyn vastasi oli toiminut ammatissaan yli 10 vuotta. Tämä ammattitaidon määrä näkyi vastauksissa selkeästi. Palliatiivinen hoito nähdään kokonaisvaltaisena ja ihminen tunnustetaan psykofyysisenä kokonaisuutena, ja potilasta hoidetaan näiden periaatteiden mukaisesti osastolla. Palliatiivisen oirehoidon toteutumisessa on osapuolina niin hoitajat, lääkäri, potilas itse sekä hänen läheisensä. Oirehoidon toteutumiseen liittyy asioita, joihin hoitohenkilökunta tai potilas ei pysty vaikuttamaan. Oirehoidon toteutuminen on siis kaikkien osapuolien vastuulla.

Ajankohtainen tieto ei jaottele palliatiivisessa hoitolinjassa esiintyviä oireita objektiivisesti helposti tai vaikeasti hoidettaviksi. Tiedetään kuitenkin, että joihinkin oireisiin on olemassa enemmän hoitokeinoja (esimerkiksi hengenahdistus, suolisto-oireet, kipu) ja joihinkin oireisiin vähemmän hoitokeinoja tai vasteeseen tarvitaan useamman keinon kombinaatio (pahoinvointi, kuihtuminen, psyykkiset oireet). Tutkimuksilla on myös osoitettu toimivia hoitokeinoja, kuten masennuslääkitys palliatiivisen hoidon aikana sairastettuun masennukseen (Rayner ym. 2010) ja omaisten kokonaisvaltainen huomiointi palliatiivisessa hoidossa

menetyksen käsittelyn apuna (Hotus-hoitosuositus 2023). Vastauksissa hoitajat toivat ilmi kysyttäessä heidän mielestään helposti hoidettavia oireita juuri näitä oireita (kipu, ummetus, hengenahdistus, suun ongelmat), joihin on olemassa useampi hoitokeino. Vastauksissa kuvattiin fyysisten oireiden olevan helpompia hoitaa kuin psyykkisten oireiden. Samalla tavalla hoitajat pitivät vaikeasti hoidettavina oireina niitä oireita (pahoinvointi, kuihtuminen), joihin tiedetään olevan vähemmän hoitokeinoja. Tietoperustassa tuli ilmi erityisesti psyykkisten oireiden esiintyvyys kuoleman lähestyessä ja kuolemaa käsiteltäessä (Väänänen 2024). Kyselyn vastauksissa tuli kuitenkin eritoten ilmi se, että vaikeasti hoidettavat oireet, erityisesti kuihtuminen ja ruokahaluttomuus, ovat osana kuoleamisen prosessia eikä niitä pystytä hoitamaan pois.

Vastauksissa tuotiin esiin näkemys ihmisestä psykofyysisenä kokonaisuutena ja siten palliatiivisen hoidon moniulotteisuudesta ja kokonaisvaltaisuudesta. Psykofyysisen kokonaisuuden huomioiminen näkyi hoitajien vastauksissa lääkkeettömien hoitomuotojen käyttämisellä, kuten sen tiedetään yksilöllisesti potilasta hyödyttävän (Halonen ym. 2021; Weaver ym. 2020). Hoitajien mukaan lääkkeettömien keinojen käyttö yhdessä lääkkeellisten hoitomuotojen kanssa luo hoitovasteen. Erityisesti potilaan psyykkisen hyvinvoinnin tukemisessa lääkkeettömät hoitomuodot tunnistetaan hyviksi keinoiksi (Väänänen 2024).

Oirehoidon arvioinnista kysyttäessä osastolla vastauksissa tuotiin esiin kipumittareiden (NRS, VAS, PAINAD) käyttö, oirehoidon säännöllinen seuranta säännöllisesti mittarein, keskustellen ja havainnoiden sekä säännöllinen ja kuvaava kirjaaminen. Tällaisia keinoja seurata oirehoidon toteutumista, oireisiin reagoimista ja vasteen seurantaa oli esitelty tietoperustassa. Käypä hoito -suosituksen (2019) mukaan oireiden arvioinnissa ja seurannassa voidaan käyttää oirekartoituslomaketta, ja potilaan kliinisiä löydöksiä havainnoidaan laboratorio- ja kuvantamistutkimusten sijaan. Näin osastolla toimitaan hoitajien vastausten mukaisesti.

Oirehoidon kehittämisestä ei kysytty suoraan potilailta, mutta kehityskohteina voidaan pitää varsinkin oirehoitoon negatiivisesti vaikuttavia tekijöitä. Näiksi tekijöiksi mainittiin hoitoketjuun ja henkilökuntaan liittyvät tiedonkulun ongelmat, ennakoimattomuus, kiire ja ammattitaidon puute sekä potilaaseen tai omaisiin liittyvät vaikeus hyväksyä kuolemaa, tuntemuksien kuten kivun salaaminen tai kertomatta jättäminen sekä potilaan tai omaisen lääkevastaisuus. Tiedonkulun ja ennakkoinnin ongelmat ovat asioita, joihin voitaisiin kehittää esimerkiksi sovittuja toimintatapoja ja strukturoituja malleja. Sairaanhoidajille teetetyn kyselyn (Saranto ym. 2021) mukaan tiedonkulun ongelmat oli eniten mainintoja saanut asia. Ongelman voidaan olettaa olevan koko hyvinvointialueen sisäinen, joten sovittuja ja strukturoituja toimintamalleja voitaisiin ottaa käyttöön koko Ekhvan alueella. Tiedonkulun ongelmat tulevat

esiin varsinkin potilaan siirtyessä jatkohoitoon palliatiiviselle osastolle. Tiedonkulkua helpottamalla voitaisiin helpottaa hoidon jatkuvuutta ja ennen kaikkea potilasturvallisuutta. Kiirettä voitaisiin helpottaa esimerkiksi hoitajamitoituksen nostamisella, mutta lisähenkilökunnan rekrytointi on nykyisessä hoitajapulassa (Keva 2023) hankalaa. Lain mukaan potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä itsemääräämisoikeus, joka toteutuu potilasta hoidettaessa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Siksi oirehoidon onnistuminen hankaloituu, jos potilas käyttää oikeuttaan kieltäytyä hoidosta. Esimerkiksi kipulääkkeen sivuvaikutusten, sekavuuden ja riippuvuuden pelossa potilas voi kieltäytyä lääkkeestä. Oirehoidon toteutumista haittaa myös, jos omainen kieltää jonkin lääkkeen käytön. Hoitotyö on näyttöön ja tutkittuun tietoon perustuvaa, joten lääkekielteisyyttä voitaisiin kitkeä esimerkiksi tiedon antamisella ja hyötyjen korostamisella. Potilaan kieltäytyessä lääkkehoidosta tulee oireiden lievittämiseen ja helpottamiseen käyttää erityisesti lääkkeettömiä keinoja.

6.2 Tulosten käytettävyys, luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyö kohdentui osaan hyvinvointialueesta ja sen henkilöstöstä. Opinnäytetyön toteuttamisesta sovittiin palliatiivisen osaston esihenkilön kanssa, ja hän oli myös opinnäytetyön nimetty yhteyshenkilö. Opinnäytetyön toimeksiantajan kanssa tulee tehdä yhteistyösopimus (Arene 2020), joten yhteistyösopimus tehtiin Palliatiivisen osaston kanssa. Opinnäytetyön toteuttamiselle tarvitaan Ekhvan alueella tutkimuslupa (Etelä-Karjalan hyvinvointialue b.), joten opinnäytetyö toteutettiin vasta kun tutkimuslupa oli myönnetty.

Hoitajia informoitiin saatekirjeellä (Liite 2) ja he antoivat ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettisten suositusten mukaisesti (Arene 2020) suostumuksensa kyselyyn ja opinnäytetyöhön osallistumiseen Webropol-kyselyn (Liite 1) alussa. Myös Henkilötietolaki (523/1999) edellyttää, että osallistujien vapaaehtoisuuteen ja tietoon perustuva suostumus saadaan, mieluiten kirjallisena. Tietosuojailmoitus (Liite 4) lähetettiin saatekirjeen ja kyselylinkin mukana hoitajille sähköpostiin. EU:n tietosuoja-asetus tekee henkilötietojen käsittelyn avoimeksi ja läpinäkyväksi sekä antaa rekisteröidylle mahdollisuuden henkilötietojensa valvontaan (Arene 2020).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä ovat uskottavuus, refleksiivisyys, vahvistettavuus ja siirrettävyys (Kylmä & Juvakka 2007, 128). Opinnäytetyön tuloksia voidaan tarkastella edellä mainituilla kriteereillä. Tutkimuksen uskottavuutta voidaan arvioida antamalla tulokset nähtäväksi osallistujille, jotta varmistetaan tuloksien vastaavan tutkittavien käsityksiä tutkimuskohteesta (Kylmä & Juvakka 2007, 128). Opinnäytetyön raportti esitellään toimeksiantajalle eli Palliatiivisen osaston henkilökunnalle opinnäytetyön raportin tarkastuksen jälkeen. Palliatiivisen osaston henkilökuntaan kuuluvia hoitajia, jotka olivat

opinnäytetyön kohteena, on 15. Vastauksia Webropol-kyselyyn kerättiin kolme viikkoa, jotta aineistoa saatiin tarpeeksi. Kohderyhmästä noin puolet ($n=7$) osallistui kyselyyn ja antoi vastauksensa. Määrä voi vaikuttaa tulosten luotettavuuteen; jos vastauksia olisi tullut enemmän, olisi niissä voinut tulla ilmi eri näkökulmia oirehoidon toteutumiseen. Hoitajia kasvotusten haastatteleamalla olisi voitu saada laajempia vastauksia ja siten enemmän tietoa, pohdintaa ja näkökulmia, ja vastaamatta jättäminen olisi todennäköisemmin jäänyt tekemättä.

Vahvistettavuuteen kuuluu kuvaus siitä, millä tavalla tuloksiin ja johtopäätöksiin tutkimuksen tekijä on päätenyt (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Nämä asiat esitellään opinnäytetyön raportissa luvuissa 5 ja 6. Opinnäytetyön tekijälle tämä oli ensimmäinen hyvällä tieteellisen käytännön ohjeella (Arene 2020) tehty AMK-opinnäytetyö, joten voi olla että kokeneempi tutkija saisi erilaisia tuloksia. Tuloksinvaraiset erot kuitenkin hyväksytään laadullisessa tutkimuksessa (Kylmä & Juvakka 2007, 133, Malterudin 2001 mukaan). Refleksiivisyydellä tarkoitetaan tutkimuksen tekijän tietoisuutta omista lähtökohdistaan (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Kuten edellä mainittu kokemattomuus toi omat haasteensa opinnäytetyön tekoon, oli opinnäytetyön aihe sairaanhoitajaopiskelijalle mielenkiintoinen ja kiinnostava. Opinnäytetyön tekijä on suorittanut täydentäviä AMK-opintoja palliatiivisesta hoidosta, mutta ei ole ollut työsuhteessa palliatiivisella osastolla. Osin jatkotutkimusaiheena voisi olla siirrettävyyteen (Kylmä & Juvakka 2007, 129) liittyvä asia, kuten samanlaisen kyselyn suorittaminen muissa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yksiköissä, jotka eivät ole erikoistuneet palliatiiviseen hoitoon ja joissa hoidetaan palliatiivista oirehoitoa tai saattohoitoa tarvitsevia potilaita vain satunnaisesti. Yksiköissä, joissa palliatiiviset potilaat ja saattohoidettavat potilaat ovat vain osa potilasainesta, voi oirehoidon toteutuminen tapahtua eri tavalla.

Hyvän tieteellisen käytännön ohjetta sovelletaan Suomessa kaikilla tieteenaloilla kaikissa tutkimusta harjoittavissa organisaatioissa, kuten ammattikorkeakouluissa ja tässä opinnäytetyössä (Arene 2020). Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) hyvän tieteellisen käytännön ohjeen mukaan tieteellisen tutkimuksen tulee olla suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla, jotta tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja sen tulokset uskottavia. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu muun muassa huolellisuus, tarkkuus ja rehellisyys tutkimusta tehdessä, eettisesti kestävät ja tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaiset tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät, asianmukaiset viittaukset muiden tutkijoiden töihin, aineistojen huolellinen tallennus ja säilytys sekä tarvittavien tutkimuslupien hankinta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Tämä opinnäytetyö on tehty hyvän tieteellisen käytännön ohjeen mukaan, ja ohjeen noudattaminen on jatkunut läpi opinnäytetyöprosessin.

6.3 Jatkotutkimusehdotukset

Oirehoito on palliatiivisella osastolla opinnäytetyön tulosten mukaan onnistunutta. Opinnäytetyö käsitti hoitajien näkökulman ja mielipiteet, joten jatkotutkimusaiheena voisi olla esimerkiksi potilaiden kokemus oirehoidon toteutumisesta ja siihen vaikuttavat tekijät. Potilaat ovat hoidon vastaanottajia, ja heidän kokemuksensa oirehoidon toteutumisesta voi olla eri. Kuten eräässä kyselyn vastauksessa kerrottiin, helposti hoidettavat oireet ovat helposti hoidettavia hoitajan näkökulmasta. Potilaalla voi kuitenkin olla eri näkemys siitä, mitkä ovat helposti hoidettavia oireita. Osastolla on omat keinonsa seurata oirehoidon seurantaan, jolla oirehoidon toteutumiselle saadaan määrällinen luku, mutta toteutumiseen vaikuttavia tekijöitä potilaiden näkökulmasta ei kyselyn vastauksissa tullut ilmi. Hoitajien nimeämät kiire, ennakoimattomuus, tiedonkulun ongelmat ja ammattitaidon puute vaikuttavat suoraan oirehoidon toteutumiseen ja näin oirehoidon keskiössä olevaan ihmiseen eli potilaaseen. Selvittämällä, miten nämä tekijät vaikuttavat oirehoitoon potilaan näkökulmasta voidaan saada parannettua hoidon laadukkuutta. Myös potilaasta itsestään johtuvia oirehoitoon vaikuttavia asioita voitaisiin selvittää, jotta saataisiin tietoa esimerkiksi potilasohjauksen tarpeesta.

Myös tulevaisuudessa oirehoidon toteutumista vaikeuttavia tekijöitä voitaisiin selvittää lisää ja etsiä niihin ratkaisuja ja keinoja. Yhtenä opinnäytetyön tutkimuskysymyksistä oli, miten palliatiivista oirehoitoa tulisi kehittää. Opinnäytetyössä tuli selville hoitajien kertomana tekijöitä, joihin voidaan löytää kehitysideoita. Esimerkiksi kiireestä ja tiedonkulun ongelmista johtuvat läheltä piti- tai haittatapahtumat voitaisiin kartoittaa ja selvittää niiden vaikutus potilaaseen. Pahimmillaan oirehoitoa vaikeuttavat tekijät heikentävät potilasturvallisuutta. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on käytössä oma läheltä piti- tai haittatapahtumien ilmoituskanava. Esimerkiksi tätä Hai-pro-järjestelmää voitaisiin hyödyntää yhdessä jo saatujen tietojen kanssa tekijöistä, joihin voitaisiin kehittää uusia toimintamalleja potilasturvallisuuden parantamiseksi.

Lähteet

- Ainali, A. & Kuorikoski, E. 2021. Palliatiivinen hoito kotona: Ohjeet Soiten kotihoidon henkilökunnalle. Centria-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 13.3.2024. Saatavissa <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2021121425812>
- Antonione, R., Fieramosca, M., Moroni, M., Nodari, S. & Valle, A. 2020. Giornale Italiano Di Cardiologia. Vol 21 (8), 629–638. Viitattu 17.1.2024. Saatavissa DOI [10.1714/3405.33897](https://doi.org/10.1714/3405.33897)
- Arantzamendi, M., Belar, A., Payne, S., Rjipstra, M., Preston, N., Menten, J., Van der Elst, M., Radbruch, L., Hasselaar, J. & Centeno, C. 2020. Clinical Aspects of Palliative Sedation in Prospective Studies. A Systematic Reviews. Journal of Pain and Symptom Management. Vol 61 (4), 831–844. Viitattu 27.2.2024. Saatavissa DOI <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.09.022>
- Arene. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. 2020. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. Viitattu 7.3.2024. Saatavissa <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULU-JEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf? t=1578480382>
- Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M., Selmser, P. & Macmillan, K. 1991. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): A Simple Method for the Assessment of Palliative Care Patients. Sage Journals. Vol 7 (2). Viitattu 27.2.2024. Saatavissa DOI <https://doi.org/10.1177%2F082585979100700202>
- Chapman, E. J., Pini, S., Edwards, Z., Elmokhallalati, Y., Murtagh, F. E. M. & Bennett, M I. 2022. Conceptualising effective symptom management in palliative care: a novel model derived from qualitative data. BMC Palliative Care. Vol 21 (17). Viitattu 18.1.2024. Saatavissa DOI <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00904-9>
- Cherny, N. I., Lukas, R. & The Board of the European Association for Palliative Care. 2009. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. Sagejournals. Vol 23 (7). Viitattu 14.3.2024. Saatavissa DOI <https://doi.org/10.1177/0269216309107024>
- Elo, S., Kajula, O., Tohmola, A. & Kääriäinen, M. 2022. Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. Hoitotiede. Vol 34 (4), 215–225. Viitattu 4.4.2024. Saatavissa <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128987/78028?acceptCookies=1>
- Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. Journal of Advanced Nursing. 62 (1), 107–115.

Etelä-Karjalan hyvinvointialue a. Palliatiivinen ja saattohoito. Viitattu 17.1.2024. Saatavissa <https://www.ekhva.fi/asiakkaalle/kanssasi/kuntoutuspalvelut/palliatiivinen-ja-saattohoito/>

Etelä-Karjalan hyvinvointialue b. Tutkimus- ja opinnäytetyöt. Viitattu 7.3.2024. Saatavissa <https://www.ekhva.fi/hyvinvointialue/tietoa-meista/hallinto/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimus-ja-opinnaytetyot/>

ETENE. 2012. Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012 – Suunnitelmat ja toteutus. ETENE-julkaisuja 36. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 26.2.2024. Saatavissa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3270-8>

Fairman, N. & Irwin, S. A. Diagnosis and Management of Depression in Palliative Care. Teoksessa Chochinov, H. M. & Breitbart, W. (toim.) Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine. Psychosocial Care of the Terminally Ill. 3. painos. New York: Oxford University Press. Viitattu 13.3.2024. Saatavissa <https://doi.org/10.1093/med/9780197583838.001.0001>

Good, P., Russel, R., Syrmis, W., Jenkins-Marsh, S. & Stephens, J. 2014. Medically assisted hydration for adult palliative care patients. Cochrane Library. Viitattu 25.1.2024. Saatavissa DOI <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006273.pub3>

Graneheim, U. H. & Lundman, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today. Vol 24, 105–112.

Hagelberg, N. & Finne-Soveri, H. 2015. Muistisairaahan kivun tunnistaminen. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Halonen, M. & Krogell, H. 2021. Menetelmiä lääkkeettömään kivunhoitoon. Suomen Kipury. Viitattu 16.1.2024. Saatavissa <https://bin.yhdistysavain.fi/1593165/0skwS6JF5VvKfpXQ05Ik0V-KjL/Menetelmia%CC%88-la%CC%88a%CC%88kkeetto%CC%88ma%CC%88a%CC%88n-kivunhoitoon.pdf>

Halperin, E., Wazer, D. & Perez, C. 2018. Clinical Radiation Oncology. Teoksessa Halperin, E. C., Perez, C. A. & Brady, L. W. (toim.) Perez & Brady's principles and practise of radiation oncology. 5. painos. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Hamunen, K. 2012. Palliatiivinen sedaatio. Finnanest. 45 (5), 470–473. Viitattu 26.1.2024. Saatavissa https://say.fi/files/hamunen_palliatiivinen.pdf

Hautakangas, L. 2023. Laadukas kivunhoito osana palliatiivista hoitotyötä. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 13.3.2024. Saatavissa <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202301231555>

Harris, D. 2019. Safe and effective prescribing for symptom management in palliative care. British Journal of Hospital Medicine. Vol 80 (12). Viitattu 20.1.2024. Saatavissa DOI <https://doi.org/10.12968/hmed.2019.80.12.C184>

Henkilötietolaki 523/1999. Viitattu 7.3.2024. Saatavissa <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1999/19990523>

Henson, L. A., Maddocks, M., Evans, C., Davidson, M., Hicks, S. & Higginson, I. J. 2020. Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue. Journal of Clinical Oncology. Vol 38 (9). Viitattu 19.1.2024. Saatavissa DOI <https://doi.org/10.1200/JCO.19.00470>

Hiltunen-Hahtola, R. 2022. Esihenkilö. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden osasto. Haastattelu 5.5.2022

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

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

Hotus-hoitosuositus. 2023. Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan läheisten kohtaaminen ja tukeminen. Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä: Aho, A-L., Eironen, S., Havusto, J., Hökkä, M. & Kritz, J. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 15.3.2024. Saatavissa <https://hotus.fi/wp-content/uploads/2023/09/pall-suositus.pdf>

Hotus-hoitosuositus. 2022. Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan suunhoito. Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä: Hävölä, H., Flinkkilä, M-L., Laine, S. & Nivala-Huhtaniska, N. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 18.3.2024. Saatavissa <https://hotus.fi/wp-content/uploads/2022/03/suositus-final.pdf>

Hsieh, H-F. & Shannon, S. E. 2005. Three approaches to qualitative content analysis. Qualitative Health Research. Vol 15 (9), 1277–1288.

Hui, D. & Bruera, E. 2016. The Edmonton Symptom Assessment System 25 Years Later: Past, Present, and Future Developments. Journal of Pain and Symptom Management. Vol 53 (3), 630–643. Viitattu 17.1.2024. Saatavissa DOI <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.10.370>

- Hyvärinen, M., Suoninen, E. & Vuori, J. Haastattelut. Teoksessa Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 28.1.2024. Saatavissa <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/>
- Kantola, P. 2023. Oirehoito ikääntyneiden saattohoidossa: hoitohenkilökunnan oirehoidon osaamisen kehittäminen. Oulun ammattikorkeakoulu. YAMK-opinnäytetyö. Viitattu 13.3.2024. Saatavissa <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2022111622866>
- Keva. 2023. Kuntien työvoimaennuste: Hoitajapula kaksinkertaistui kahdessa vuodessa. Artikkelit. Viitattu 5.4.2024. Saatavissa <https://www.keva.fi/uutiset-ja-artikkelit/kuntien-tyovoimaennuste-hoitajapula-kaksinkertaistui-kahdessa-vuodessa/>
- Kittelson, S. M., Elie M-C. & Pennypacker, L. 2015. Palliative Care Symptom Management. Critical Care Nursing Clinics of North America. Vol 27 (3), 315–339. Viitattu 17.1.2024. Saatavissa DOI <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2015.05.010>
- Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 129 (4) 440–5. Viitattu 26.2.2024. Saatavissa <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo10821.pdf>
- Koulutus.fi. Palliatiivisen hoidon asiantuntija -erikoistumiskoulutus. Viitattu 7.3.2024. Saatavissa <https://www.koulutus.fi/koulutukset/lab-ammattikorkeakoulu/palliatiivisen-hoidon-asiantuntija-erikoistumiskoulutus-30-op-1045733>
- Kritz, J. & Aho, A L. 2020. Vanhempien ammattihenkilöstöltä saama ja toivoma tuki lapsen saattohoidossa. Thanatos. Vol 9 (1). Viitattu 19.1.2024. Saatavissa <https://urn.fi/URN:NBN:fi:tuni-201907162607>
- Kuosmanen, I. 2023. Palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan hoitotyö : opas potilaalle ja hänen läheisilleen. Lapin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 18.3.2024. Saatavissa <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202402082686>
- Kuusela, S. 2023. Palliatiivinen hoitotyö. Hämeen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 14.3.2024. Saatavissa <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202305109180>
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2014. Laadullinen terveystutkimus. Porvoo: Edita Bookwell Oy
- Kyngäs, H. 2020. Inductive Content analysis. Teoksessa Mikkonen, K. & Kääriäinen, M. (toim.) Content Analysis in Systematic Reviews. Springer.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 785/1999. Viitattu 7.3.2024. Saatavissa <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lehto, J., Saarto, T., Hirvonen, O., Rahko, E., Lamminmäki, A. & Hökkä, M. 2021. Palliativisen lääketieteen erityistason koulutus Suomessa – Arvio koulutuksen tarpeesta sekä ehdotus sisällöstä ja kehittämisestä. Viitattu 7.3.2024. Saatavissa <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/132460/978-952-03-1997-7.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Leino-Kilpi, H. 1997. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus – yhdessä vai erikseen. Teoksessa Paunonen, M., Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 222–232.

Leppänen, E. & Hurtig, T. 2021. Muistisairaana palliativinen hoitotyö. Oulun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 13.3.2024. Saatavissa <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202201071086>

Malterud, K. 2001. Qualitative research: standards, challenges and guidelines. *Lancet*. Vol 358 (11), 483–488.

Miller, D. & Nevadunsky, N. 2018. Palliative Care and Symptom management for Women with Advanced Ovarian Cancer. *Hematology/Oncology Clinics of North America*. Vol 32 (6). Viitattu 17.1.2024. Saatavissa DOI <https://doi.org/10.1016/j.hoc.2018.07.012>

Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C. & Meader, N. 2011. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet*. Vol 12 (2), 160–174. Viitattu 13.3.2024. Saatavissa [https://doi.org/10.1016/S1473-2045\(11\)70002-X](https://doi.org/10.1016/S1473-2045(11)70002-X)

Mäenpää, H. 2023. Palliativinen sädehoito. *Duodecim*. Vol 139 (8), 645–650. Viitattu 14.3.2024. Saatavissa <https://www-duodecimlehti-fi.ezproxy.saimia.fi/xmedia/duo/duo17651.pdf>

Niskanen, S. & Pyykkönen, P. 2022. Opas palliativisen osaston toiminnasta Kainuun keskussairaalaan – osaston potilaille ja heidän omaisilleen. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 13.3.2024. Saatavissa <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2022091320111>

Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito- suositus. Suomalaisen lääkäriseura Duodecim ja Suomen palliativisen lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki:

Suomalainen lääkäriseura Duodecim. 2019. Viitattu 26.2.2024. Saatavissa <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063#K1>

Pihlainen, A. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 26.2.2024. Saatavissa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3033-9>

Pitkäranta, A. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Työkirja ammattikouluun. Jokioinen: e-Oppi Oy.

Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Munyoro, E., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K., Goh, C., Gomez-Garcia, W., Harding, R., Khan, Q. T., Larkin, P., Leng, M., Luyirika, E., Marston, J., Moine, S., Osman, H., Pettus, K., Puchalski, C., Rajagopal, M. R., Spence, D., Spruijt, O., Obs, D., Venkateswaran, C., Wee, B., Woodruff, W., Yong, J. & Pastrana, T. 2020. Redefining Palliative Care - A New Consensus-Based Definition. Journal of Pain and Symptom management. Vol 60 (4), 754–764. Viitattu 26.2.2024. Saatavissa DOI <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>

Rayner, L., Price, A., Evans, A., Valsraj, K., Hotopf, M. & Higginson, I. J. 2010. Antidepressants for the treatment of depression in palliative care: systematic review and meta-analysis. Sage Journals. Vol 25 (1). Viitattu 16.1.2024. Saatavissa DOI <https://doi.org/10.1177/0269216310380764>

Ruoppa, N., Heiskanen, T., Hamunen, K. & Kalso, E. 2018. Palliativista sedaatiota käytetään Suomessa vähän. Suomen lääkäri-lehti. Vol 73 (14), 863–864. Viitattu 20.1.2024. Saatavissa <http://hdl.handle.net/10138/301397>

Saarto, T. 2015a. Mitä palliativisella hoidolla tarkoitetaan? Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliativinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 10.

Saarto, T. 2015b. Palliativisen hoidon asema Suomessa. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliativinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 23.

Saarto, T. & Lehto, J. 2019. Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Suomessa – kolmiportainen malli. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 135 (6) 534–41. Viitattu 17.1.2024. Saatavissa <https://www.duodecimlehti.fi/duo14834>

Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Junntila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammar, T. & Forsius, P. 2022. Palliatiivisen ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. THL. Viitattu 17.1.2024. Saatavissa <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-824-8>

Saarto, T., muu asiantuntijaryhmä. 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44. Viitattu 17.1.2024. Saatavissa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3896-0>

Salin, S., Melender, H-L., Lehto, J.T. & Hökkä, M. 2021. Asiantuntijoiden näkemyksiä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämistä ja tutkimustarpeista. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. Vol 58 (2), 143–157. Viitattu 16.1.2024. Saatavissa DOI <https://doi.org/10.23990/sa.94374>

Salminen, E. & Salmenoja, H. 2007. Tunnistammeko syöpäkipupotilaan oirekirjon? Viitattu 19.1.2024. Saatavissa <https://www.duodecimlehti.fi/duo96389>

Saranto, K., Koponen, S., Kivekäs, E. & Vehko, T. 2021 Käyttökokemusarvioita sairaanhoitajan näkökulmasta asiakas- ja potilastietojärjestelmistä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisissä palveluissa ja yleensä terveydenhuollossa. Finnish Journal of eHealth and eWelfare. Vol 13 (4), 332–346. Viitattu 5.4.2024. Saatavissa DOI <https://doi.org/10.23996/fjhw.109932>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2023. Hyvinvointialueet vastaavat sote-palvelujen ja pelastustoimen järjestämisestä. Viitattu 17.1.2024. Saatavissa <https://stm.fi/hyvinvointialueet>

Tarnanen, K., Saarto, T. & Laukkala, T. 2019. Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliatiivinen hoito ja saattohoito). Käyvän hoidon potilasversiot. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 17.1.2024. Saatavissa <https://www.kaypahoito.fi/khp00072>

Tilastokeskus. Statfin-tietokanta. Viitattu 26.2.2024. Saatavissa <https://pxdata.stat.fi/PxWeb/pxweb/fi/StatFin/>

Tuffnell, R., Sayers, P., Davis, E., Chan, E., Burkin, J., Moffat, C., Traub, C., Sheldon, M., Booth, S. & Spathis, A. 2023. BMJ Supportive & Palliative Care. Vol 13 (1). Viitattu 19.1.2024. Saatavissa DOI <https://doi.org/10.1136/spcare-2022-004032>

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

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Viitattu 10.3.2024. Saatavissa https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

- Vihelä, M., Hökkä, M & Kaakinen, P. 2020. Potilaiden ja läheisten kokemukset sairaanhoitajan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. *Hoitotiede*. Vol 32 (4): 275-284. Viitattu 18.3.2024. Saatavissa <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128478/77601?acceptCookies=1>
- Vattula, K., Rajala, M., Kuivila, H-M., Hökkä, M. & Kaakinen, P. 2020. Lähihoitajien kokemukset palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. *Hoitotiede*. Vol 32 (2): 122-133. Viitattu 18.3.2024. Saatavissa <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128467/77590>
- Virdun, C., Lockett, T., Davidson, P. M. & Phillips, J. 2015. Dying in the hospital setting: A systematic review of quantitative studies identifying the elements of end-of-life care that patients and their families rank as being most important. *Sage Journals*. Vol. 29 (9). Viitattu 16.1.2024. Saatavissa DOI <https://doi.org/10.1177/0269216315583032>
- Väänänen, M. 2023a. Saattohoitopotilaan kivunhoito. Sairaanhoitajan käsikirja. *Duodecim*. Viitattu 15.3.2024. Saatavissa <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk25135?toc=1123146>
- Väänänen, M. 2023b. Kuolevan potilaan hengenahdistuksen hoito. Sairaanhoitajan käsikirja. *Duodecim*. Viitattu 15.3.2024. Saatavissa <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk25140?toc=1123146>
- Väänänen, M. 2023c. Saattohoitopotilaan pahoinvoinnin hoito. Viitattu 15.3.2024. Saatavissa <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk25139?toc=1123146>
- Väänänen, M. 2024. Psykkisten oireiden arviointi ja hoito saattohoidossa. Sairaanhoitajan käsikirja. *Duodecim*. Viitattu 15.3.2024. Saatavissa <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk25163?toc=1123146>
- Warden, V., Hurley, A. & Volicer, L. 2003. Development and Psychometric Evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale. *The Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine*. Vol 4 (1). Viitattu 20.1.2024. Saatavissa DOI <https://doi.org/10.1097/01.JAM.0000043422.31640.F7>
- Webropol. 2024. Kysely- ja raportointityökalu oppilaitoksille. Viitattu 27.1.2024. Saatavissa <https://webropol.fi/akateemiset-ja-oppilaitokset/>
- Weaver, M. S., Robinson, J. & Wichman, C. 2020. Aromatherapy improves nausea, pain and mood for patients receiving pediatric palliative care symptom-based consults: A pilot design trial. *Palliative Support Care*. 2020 Apr: Vol 18 (2):158–163. Viitattu 16.1.2024. Saatavissa DOI <https://doi.org/10.1017/S1478951519000555>

WHO. 2020. Palliative Care. Viitattu 26.2.2024. Saatavissa <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Zeng, Y. S., Wang, C., Ward, K. & Hume, A L. 2018. Complementary and Alternative Medicine in Hospice and Palliative Care: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol 56 (8), 781–794. Viitattu 19.1.2024. Saatavissa DOI <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.07.016>

Liite 1. Webropol-kyselylomakkeen runko

Palliativisen oirehoidon toteutuminen hoitajien näkökulmasta Pakolliset kysymykset merkitty tähdellä (*)**1. Osallistun kyselyyn vapaaehtoisesti ja annan suostumukseni vastausteni käsittelyyn Palliativisen oirehoidon toteutuminen hoitajien näkökulmasta - opinnäytetyössä.**

- Annan suostumukseni
 En anna suostumustani

2. Kuinka monta vuotta olet toiminut nimikesuojattuna tai laillistettuna ammattihenkilönä? *

- alle 2 vuotta
 2-5- vuotta
 5-10 vuotta
 yli 10 vuotta

3. Kuinka kauan olet ollut palliativisella osastolla töissä? *

- alle vuoden
 1-3 vuotta
 3-5 vuotta
 yli 5 vuotta

4. Oletko hankkinut erityisosaamista palliativisesta hoidosta ja saattohoidosta (esimerkiksi opinnoissa harjoitteluiden kautta tai työnantajan tarjoamien koulutusten kautta)? *

- Olen
 En ole

5. Jos olet, niin millaista?

6. Palliativisessa oirehoidossa yleisiä oireita ovat esimerkiksi kipu, hengenahdistus, pahoinvointi, ummetus, yskä ja hengitysteiden eritteet, suun oireet, kuihtuminen ja ruokahaluttomuus sekä psyykkiset oireet. Mitkä näistä oireista ovat helpoiten hoidettavissa ja miksi? *

7. Mitkä näistä oireista (kipu, hengenahdistus, pahoinvointi, ummetus, yskä ja hengitysteiden eritteet, suun oireet, kuihtuminen ja ruokahaluttomuus sekä psyykkiset oireet) ovat vaikeasti hoidettavissa ja miksi? *

8. Miten koet lääkehoidon ja lääkkeettömien hoitokeinojen tukevan toisiaan oirehoidossa? *

9. Millaisia eroja koet somaattisten ja psyykkisten oireiden hoidossa olevan? *

10. Millaisia keinoja oireiden ja hoidon vasteen seurantaan osastolla käytetään? *

11. Kuinka hyvin palliatiivinen oirehoito mielestäsi toteutuu? *

12. Mitkä asiat vaikuttavat siihen että oirehoito toteutuu hyvin? *

13. Mitkä asiat vaikuttavat siihen ettei oirehoito toteudu hyvin? *

Liite 2. Saatekirje

Hyvä palliatiivisen ja saattohoidon ammattilainen!

Olen Anna Paukkunen, sairaanhoitajaopiskelija LAB-ammattikorkeakoulusta. Teen opin-
näytetyötä, jonka aiheena on palliatiivisen oirehoidon toteutuminen hoitajien näkökulmasta
palliatiivisella osastolla. Tämän selvittämiseksi olen tehnyt Webropol-kyselyn, johon toivon
teistä mahdollisimman monen vastaavan. Kysely on tarkoitettu osastolla työskenteleville
lähihoitajille ja sairaanhoitajille. Alle 2 kuukautta osastolla työsuhteessa olleet hoitajat ja
keikkatyöntekijät eivät vastaa kyselyyn.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää oirehoidon toteutumista juuri työnsä asiantuntijoi-
den, hoitajien näkökulmasta. Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten palliatiivinen oirehoito toteutuu hoitajien näkökulmasta?
2. Mitkä asiat vaikuttavat oirehoidon toteutumiseen?
3. Miten palliatiivista oirehoitoa tulisi kehittää?

Näihin kysymyksiin tämä kysely auttaa löytämään vastauksia.

Vastaaminen Webropol-lomakkeelle tapahtuu nimettömästi. Vastaaminen ja kyselyyn
osallistuminen on vapaaehtoista. Kyselyyn vastaaminen tapahtuu tämän linkin kautta:
<https://link.webpolsurveys.com/S/208DA6F9A472A6C2>

Lomakkeelle vastaamisessa kestää 20–30 minuuttia. Pakolliset vastaukset ovat merkitty
lomakkeelle *-merkillä. Taustatiedot annetaan lomakkeelle monivalintana ja avoimiin kysy-
myksiin vastataan omin sanoin. Vastausaikaa kyselyyn on 2 viikkoa, 12.2-25.2.2024.
Ohessa myös EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen mukainen tietosuojailmoitus opinnäyte-
työn aineiston keräämisestä.

Ystävällisin terveisin

Anna Paukkunen

Sairanhoitajaopiskelija, LAB-ammattikorkeakoulu

Anna.paukkunen@student.lab.fi

XXX XXX XXXX

Liite 3. Oirehoidon toteutumiseen vaikuttavat tekijät

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
"suun ja hampaiden hyvä perushoito ja kosteuttaminen"	suun hoito		
"Ummetuksen hoitoon on runsaasti vaihtoehtoja"	paljon keinoja hoitaa ummetusta	monin keinoin hoidettavissa olevat oireet	helposti hoidettavissa olevat oireet
"Kipupumppu jos po tai pistettävät lääkkeet eivät auta"	paljon keinoja hoitaa kipua		
"Hengenhahdistukseen lisähappi / inhalaatiot"	paljon keinoja hoitaa hengenhahdistusta		
"fyysiset oireet on helpompia tai nopeampia saada hoidettua"	fyysiset oireet helpompia hoitaa		
"fyysiset oireet ovat helpommin hoidettavissa, koska niihin on käytävissä oirehoidon lääkkeellisiä ja lääkkeettömiä hoitokeinoja"	fyysisiin oireisiin enemmän hoitokeinoja	fyysiset oireet	
"ruokahalua on vaikea saada paremmaksi"	vaikeus hoitaa ruokahalua		
"voimakas pahoinvointi vaatii usean lääkkeen kombinaation tai nenämahaletkun"	vaikeus hoitaa pahoinvointia lääkkein tai invasiivisesti	vaikeasti lääkittävässä olevat oireet	vaikeasti hoidettavissa olevat oireet
"pahoinvointi, siihen ei ole samanlaisia lääkkeitä kuin kipuun"	lääkitsemisvaihtoehtojen vähyys pahoinvoinnissa		
"lähestyvä kuolema voi tuoda hyvinkin vaikeita psyykkisiä oireita"	kuolemaan kuuluvat psyykkiset oireet		
"kaikkia oireita ei pystytä hoitamaan pois, vaan ne kuuluvat osana kuolemisen prosessiin"	oireiden kuuluminen kuolemaan	oireet osana kuolemaa	

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
"väiillä somaattisia oireita esim. hengenahdistusta hoidetaan psyykkiseen oireiluun tarkoitetulla lääkkeillä"	psyykkisen oireen hoito somaattisesti	psykosomatiikka	Ihminen psykofyysisenä kokonaisuutena
"somaattisen oireen saattaa saada helpommin hallintaan"	somaattisen oireen parempi hoitovaste		
"somaattinen oire voi myös aiheuttaa psyykkistä oireilua"	psykosomaattinen oireilu		
"psyykkisissä oireissa hyödynnetään luontevammin lääkkeettömiä hoitokeinoja"	lääkkeettömät keinot psyykkisten oireiden hoidossa		
"psyykkisten oireiden sanoittaminen on usein potilaille vaikeampaa joten niitä ammattilaisten tulee osata enemmän kysyä"	potilaan kanssa keskustelu psyykkisten oireiden hoidossa	hoitajan antama psyykkinen tuki	
"yritetään sairastaa itseltään taikka läheisiltään salassa, kun ei pysty käsittelemään sairautta ja sen mukaan tulevia oireita taikka lähestyvää kuolemaa"	sairastaminen salassa kun on vaikeus käsitellä kuolemaa		
"Joskus pelkkä - läsnäolo lievittää kärsimystä/oireita"	läsnäolo lievittää kärsimystä		
"monesti lääkkeettömät hoitokeinot yhdistettynä lääkkeelliseen hoitokeinoon tuo hyviä tuloksia"	lääkkeetön hoito ja lääkehoito luo tuloksia		
"joskus pelkkä lääkkeetön hoito lievittää oireita/kärsimystä"	pelkkä lääkkeetön hoito on hyödyllistä		
"kumpikaan ei sulje toista pois, vaan on keskeinen osa palliativista hoitoa"	lääkkeetön hoito keskeinen osa palliativista hoitoa	lääkkeetön hoito osana palliativista hoitoa	
"molempia tulee osata hyödyntää - koska nimenomaan tukevat toisiaan"	lääkkeetön hoito ja lääkehoito tukee toisiaan		
"ne tukevat toisiaan"	tukee toisiaan		
"-- niin ammattilaiset kun potilaat ja omaisetkin oppivat huomaamaan niiden hyödyt"	lääkkeettömien keinojen hyödyntäminen		

Alkuperäisilmaukset

Pelkistetty ilmaus

Alaluokka

Yläluokka

"Osastolla käytössä NRS. Lisäksi VAS, hyödynnämme myös PAINAD-mittaria"	Kipumittarit NRS, VAS, PAINAD		
"oireita seurataan säännöllisesti joka vuorossa oirekaavakkeella --, keskustellen ja havainnoiden"	Oireiden seuranta säännöllisesti mittarein, keskustellen ja havainnoiden	Oirehoidon seuranta ja raportointi	
"Päivittäin palaverissa käydään monialaisesti (arkisin) läpi oireet ja mietitään tarvittavia muutoksia hoitokeinoihin"	Moniammatillinen palaveri potilaan tilasta arkisin		
"kirjaamisessa toteutetaan kuvaavaa kirjaamista"	Kuvaava kirjaaminen		
"Riittävä ymmärrys palliatiivisesta hoidosta, hyvä tiimityö, sitoutuminen työhön ja halu auttaa"	Ammattitaito, tiimityö, sitoutuminen ja auttamisen halu		
"Oirehoidon vaikuttavuutta tulee seurata ja reagoida herkästi jos hoidon teho tai vaikutus ei ole halutunlainen"	Oirehoidon seuranta ja nopea reagointi		Oirehoidon toteutumisen
"Hoitavan tiimin pitää olla oireista ajantasalla ja hoitokeinoista tulee puhua avoimesti potilaan ja läheisten (potilaan luvalla) kanssa"	Potilaan tunteminen sekä hänen ja läheistensä mukaan ottaminen hoitoon	Oirehoidon toteutumista helpottavat tekijät	
"Potilas tulee ottaa aktiivisena toimijana mukaan hoitoon ja hänen kokonaistilanne tulee kartoittaa sekä kuunnella hänen toiveita ja mahdollisia pelkoja"	Potilas aktiivisesti mukana hoidossaan kokonaistilanne kartoitettuna		
"Joskus katkokset tiedonkulussa"	Tiedonkulun ongelmat		
" edellinen osasto ei ole lisännyt tarvittavia oirehoito lääkkeitä. Tämä vaikeuttaa esim. iltaisin / viikonloppuisin hoitoa"	Ennakoinnin puute		
"Liian kova kiire vaikeuttaa hoitotilanteita"	Kiire	Oirehoidon toteutumista vaikeuttavat tekijät	
"lähestyvää kuolemaa on vaikea hyväksyä"	Vaikeus hyväksyä kuolemaa		
"Jotkut potilaat tai omaiset ovat lääkevastaisia"	Lääkevastaisuus		
"Potilas salaa tunteuksiaan"	Salaa tunteuksensa		
"erityispätevyyden puute, samoin hoitajan koulutuksen puute"	Hoitohenkilökunnan ammattitaidon puute		

Liite 4. Tietosuojailmoitus

**OPINNÄYTETYÖTÄ KOSKEVA
TIETOSUOJAILMOITUS**
EU:n yleinen tietosuoja-asetus (2016/679)
artiklat 13 ja 14

Laatimispäivämäärä: 22.1.2024

Ohje: Täytä ao. kohdat, laatikon alla olevasta sinisestä tekstistä löytyy ohjeistusta. LABin henkilökuntaa tai opiskelijoita koskevien opinnäytetöiden tietosuojailmoitukset lähetään opinnäytetyön tutkimuslupahakemuksen mukana yksikön johtajalle.

Mitä tarkoitusta varten henkilötietoja kerätään? / Henkilötietojen käsittelyn tarkoitus

Minä, sairaanhoitajaopiskelija Anna Paukkunen teen opinnäytetyötä nimeltä Palliatiivisen oirehoidon toteutuminen hoitajien näkökulmasta. Opinnäytetyössä tehdään nimetön Webropol-kysely Etelä-Karjalan hyvinvointialueen palliatiivisen osaston lähihoitajille ja sairaanhoitajille.

Mitä tietoja keräämme? / Tutkimusrekisterin tietosisältö

Opinnäytetyön kohteena olevien hoitajien työuraan liittyviä tietoja käsitellään kyseisessä Webropol-kyselyn alussa. Näitä tietoja ovat aika valmistumisesta, työsuhteen pituus sekä mahdollinen lisäkoulutus palliatiiviseen tai saattohoitoon liittyen. Loput kysymykset liittyvät palliatiivisen oirehoidon toteutumiseen ja siihen vaikuttaviin tekijöihin. Osaston esihenkilö lähettää kyselyn vastaamislinkin omalla työ sähköpostillaan osaston lähihoitajille ja sairaanhoitajille, joille kysely on osoitettu.

Millä perusteella keräämme tietoja? / Henkilötietojen käsittelyn oikeusperuste

Peruste henkilötietojen käsittelylle on kyselyyn vastaavan antama suostumus, jonka kyselyyn vastaava antaa kyselyn ensimmäisellä sivulla.

Mistä kaikkialta henkilötietoja keräämme / Tietolähteet

Henkilötietoja kerään ainoastaan rekisteröidyltä itseltään eli kyselyyn vastaavilta hoitajilta Webropol-kyselyssä.

Kenelle tietoja siirretään? / Tietojen siirto tai luovuttaminen ulkopuolelle

Henkilötietoja ei siirretä tai luovuteta ulkopuolisille.

Minne tietoja siirretään? / Tietojen siirto tai luovuttaminen EU:n tai Euroopan talousalueen ulkopuolelle

Kerättyjä henkilötietoja ei siirretä EU:n tai Euroopan talousalueen ulkopuolelle.

Kerättyjen tietojen turvallinen säilyttäminen / Rekisterin suojauksen periaatteet

Tietoja käsitellään ja säilytetään ainoastaan LAB-ammattikorkeakoulun ja Webropolin tietoturvalisilla palvelimilla sekä tutkimuksentekijän henkilökohtaisella salasanasuojatulla tietokoneella. Mahdolliset paperiset lomakkeet säilytetään lukollisessa kaapissa. Ainoastaan opinnäytetyön laatijalla on pääsy aineistoon. Aineiston anonymisointia ei tarvitse tehdä, sillä Webropol-kysely tehdään anonyymisti.

Kuinka kauan kerättyä aineistoa säilytetään? / Tutkimusaineiston käsittely tutkimuksen päättymisen jälkeen

Aineistoa säilytetään 31.5.2024 saakka, jonka jälkeen aineisto poistetaan LAB-ammattikorkeakoulun palvelimilta, Webropolista sekä rekisterinpitäjän henkilökohtaiselta tietokoneelta tuhoamalla tiedostot. Mahdolliset paperiset lomakkeet silputaan. Aineistoa ei arkistoida.

Millaista päätöksentekoa? / Automatisoitu päätöksenteko

Aineistoa käsiteltäessä ei tapahdu automaattista päätöksentekoa.

Oikeutesi / Rekisteröidyn oikeudet

Rekisteröidyillä on oikeus peruuttaa antamansa suostumus, milloin henkilötietojen käsittely perustuu suostumukseen. Tutkimuksen keskeyttämiseen ja suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja voidaan käyttää osana tutkimusaineistoja.

Rekisteröidyillä on oikeus tehdä valitus Tietosuojavaltuutetun toimistoon, mikäli rekisteröity katsoo, että häntä koskevien henkilötietojen käsittelyssä on rikottu voimassa olevaa tietolainsäädäntöä.

Rekisteröidyillä on seuraavat EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen mukaiset oikeudet:

- a) Rekisteröidyn oikeus tarkistaa itseään koskevat tiedot.
- b) Rekisteröidyn oikeus tietojensa oikaisemiseen.
- c) Rekisteröidyn oikeus tietojensa poistamiseen. Oikeutta henkilötietojen poistamiseen ei sovelleta, jos tietojen käsittely on tarpeen yleisen edun mukaisia arkistointitarkoituksia taikka tieteellisiä tai historiallisia tutkimustarkoituksia tai tilastollisia tarkoituksia varten, jos oikeus tietojen poistamiseen estää tai suuresti vaikeuttaa henkilötietojen käsittelyä
- d) Rekisteröidyn oikeus tietojen rajoittamiseen.
- e) Rekisteröidyn oikeus siirtää tiedot toiselle rekisterinpitäjälle.

Tutkimusrekisterin tiedot

Rekisterin nimi: Palliativisen oirehoidon toteutuminen hoitajien näkökulmasta. LAB-ammattikorkeakoulu, sairaanhoitaja (AMK), sosiaali- ja terveysala.
Rekisterinpitäjä: Anna Paukkunen, XXX XXX XXXX, anna.paukkunen@student.lab.fi
Tutkimus on kertatutkimus.
Tutkimuksen kestoaika 1.2.2024-31.5.2024.
Henkilötietoja säilytetään 31.5.2024 saakka, jonka jälkeen aineisto ja henkilötiedot poistetaan LAB-ammattikorkeakoulun palvelimilta, Webropolista sekä rekisterinpitäjän henkilökohtaiselta tietokoneelta tuhoamalla tiedostot. Mahdolliset paperiset lomakkeet silputaan.

Rekisterinpitäjän ja yhteys henkilön tiedot

Anna Paukkunen
puh. XXX XXX XXXX
s-posti: anna.paukkunen@student.lab.fi

Tutkimuksen suorittajat

Anna Paukkunen