



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fatemeh Ahmadi, Tiina Anttila & Sari Koski

Palliatiivisen hoitotyön toteutumiseen vaikuttavat tekijät Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen sisätautiosastoilla

Hoitohenkilökunnan näkökulma

Opinnäytetyö
Kevät 2025
Sairaanhoitaja (AMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidaja (AMK)

Tekijä: Fatemeh Ahmadi, Tiina Anttila & Sari Koski

Työn nimi alaotsikoineen: Palliatiivisen hoitotyön toteutumiseen vaikuttavat tekijät Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen sisätautiosastoilla: Hoitohenkilökunnan näkökulma

Ohjaaja: Niina Keskinen

Vuosi: 2025

Sivumäärä: 86

Liitteiden lukumäärä: 1

Palliatiivinen hoitotyö tulee koskemaan eri osastojen henkilökuntaa yhä useammin lähitulevaisuudessa, sillä Suomessa väestö ikääntyy ja krooniset sairaudet lisääntyvät. Palliatiivinen hoito tulisi olla osa perusterveydenhuoltoa, ja sen tulisi olla kaikkien saatavilla. Palliatiivisen hoidon koulutuksen varmistaminen luo hyvän pohjan palliatiiviselle hoitotyölle.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitohenkilökunnan palliatiivisen hoitotyön osaamista ja sitä, mitkä tekijät vaikuttavat palliatiivisen hoitotyön toteutumiseen Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen sisätautiosastoilla. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää kehittäessä palliatiivista hoitotyötä sisätautiosastoilla ja siihen liittyvää koulutusta. Tutkimusaiheen pyyntö on tullut Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen alueelliselta kotisairaaltalta ja palliatiiviselta keskukselta, johon vastataan tällä opinnäytetyöllä.

Opinnäytetyö toteutettiin monimenetelmätutkimuksena. Aineisto kerättiin Webropol-kyselylomakkeella, joka lähetettiin Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen kolmelle eri sisätautiosastolle. Kyselytutkimukseen vastasi osastojen hoitohenkilökuntaa, yhteensä 32 vastaajaa. Aineiston määrälliset kysymykset kuvattiin prosentteina. Aineiston laadulliset kysymykset analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, ja osa muutettiin määrälliseen muotoon.

Opinnäytetyön kyselytutkimuksessa nousi esiin, että palliatiivinen hoito nähtiin tärkeänä, sillä palliatiivisia potilaita hoidettiin sisätautiosastoilla vähintään kuukausittain. Suurin osa vastaajista piti tärkeänä palliatiivisen hoitotyön kehittämistä osastoilla. Lisäksi esille nousi, että yli puolet hoitohenkilökunnasta ei ollut saanut koulutusta palliatiivisesta hoidosta. Tärkeä huomio tuloksissa oli myös se, että palliatiivisen hoidon päätöksen pitkittäminen heikentää monella tavalla palliatiivista hoitotyötä.

Oikea-aikainen palliatiivinen hoito mahdollistaa potilaan paremman hoidon sekä vähentää terveydenhuollon kustannuksia. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää palliatiivisen hoidon peruskoulutuksen painottamiseen ja sen toteutukseen sekä palliatiivisen hoitotyön kehittämiseen ja osaamisen vahvistamiseen.

¹ Asiasanat: palliatiivinen hoito, hoitotyö, sisätaudit, osaaminen, kehittäminen

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Degree programme: Bachelor of Health Care, Nursing (AMK)

Author/s: Fatemeh Ahmadi, Tiina Anttila & Sari Koski

Title of thesis: Factors influencing the implementation of the palliative nursing care in internal medicine wards of the South Ostrobothnia wellbeing services county: The perspective of healthcare staff

Supervisor(s): Niina Keskinen

Year: 2025

Number of pages: 86

Number of appendices: 1

Palliative care will increasingly concern staff across various hospital departments in the near future, as Finland's population is aging and chronic diseases are becoming more prevalent. Palliative care should be an integral part of primary health care and accessible to everyone. Ensuring education in palliative care lays a strong foundation for effective palliative nursing.

The aim of this thesis is to describe the palliative care competencies of nursing staff and to identify the factors that influence the implementation of palliative care in internal medicine wards within the South Ostrobothnia wellbeing services county. The goal is to produce information that can be used to develop palliative nursing in internal medicine wards and to support related training. The research topic was requested by the regional home hospital and the palliative care centre of South Ostrobothnia, to which this thesis responds.

The thesis was conducted as a mixed-methods study. The data was collected using a Webropol survey, which was sent to three different internal medicine wards in the South Ostrobothnia wellbeing services county. A total of 32 nursing staff members responded to the survey. The quantitative data was presented as percentages. The qualitative data was analysed using inductive content analysis, and parts of it were converted into quantitative form.

The survey results highlighted that palliative care was considered important, as palliative patients were treated on internal medicine wards at least monthly. Most respondents regarded the development of palliative nursing on the wards as important. It was also revealed that more than half of the nursing staff had not received training in palliative care. A significant finding was that delays in making palliative care decisions negatively affect the quality of palliative nursing in many ways.

Timely palliative care enables better treatment for patients and reduces healthcare costs. The results of the thesis can be used to emphasize and implement basic education in palliative care, as well as to develop and strengthen competencies in palliative nursing.

¹ Keywords: palliative care, nursing, internal medicine, competence, development

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä	2
Thesis abstract	3
SISÄLTÖ	4
Kuvio- ja taulukkoluetelo	6
1 JOHDANTO	7
2 PALLIATIIVINEN HOITOTYÖ.....	8
2.1 Palliatiivinen hoito.....	8
2.2 Saattohoito	9
2.3 Hoitolinjat ja elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma (ACP).....	11
2.4 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tasot Suomessa	13
2.5 Palliatiivisen potilaan oirehoito	15
2.5.1 Kivunhoito	17
2.5.2 Hengitystieoireet	21
2.5.3 Ruoansulatuskanavan oireet.....	23
2.5.4 Väsymys, kuivuminen, kakeksia ja ruokahaluttomuus	24
2.5.5 Iho-oireet.....	26
2.5.6 Keskushermosto-oireet	28
2.5.7 Psykkiset oireet ja niiden psykososiaalinen tuki	30
2.6 Palliatiivisen hoitotyön arvot	31
3 SISÄTAUTIPOTILAAN HOITOTYÖ.....	33
3.1 Sisätautiosastot Seinäjoen keskussairaalassa	33
3.2 Potilasohjaus hoitotyössä.....	33
3.3 Sisätautisairaudet ja elintavat.....	34
3.3.1 Keuhkohtaumatauti (COPD)	35
3.3.2 Infektiot palliatiivisella potilaalla	36
3.3.3 Munuaisten vaajatoiminta	37
3.3.4 Sydämen vajaatoiminnan hoito elämän loppuvaiheessa	38
3.3.5 Leukemian palliatiivinen hoito	39
4 SAIRAANHOITAJAN OSAAMINEN PALLIATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ ..	41

4.1	Ammatillinen pätevyys.....	41
4.2	Vuorovaikutus ja kohtaaminen	42
4.3	Eettisyys ja tunteet	43
4.4	Moniammatillinen yhteistyö	45
4.5	Osaamisen kehittäminen	47
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	49
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	50
6.1	Tutkimusmenetelmä	50
6.2	Aineiston keruu.....	51
6.3	Aineiston analysointi.....	53
7	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	56
8	POHDINTA.....	66
8.1	Tulosten tarkastelu	66
8.2	Eettisyys ja luotettavuus	69
8.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	72
	LÄHTEET	75
	LIITTEET	86

Kuvio- ja taulukkoluetelo

Kuvio 1. Palliativisen hoidon järjestäminen	12
Kuvio 2. Palliativisen hoidon ja saattohoidon tasot	14
Kuvio 3. Total pain ja syöpä.....	16
Kuvio 4. ESAS-oirekysely	17
Kuvio 5. Kipumittareita	19
Kuvio 6. Kivunhoidon porrastus	20
Kuvio 7. Oireiden arvioinnissa käytössä olevat oire- ja kipumittarit.....	57
Kuvio 8. Henkilökunnan osaamisen arviointi eri hoitoalueilla.	58
Taulukko 1. Aineiston haku.....	52
Taulukko 2. Esimerkki aineiston analyysistä yhden alaluokan osalta.	54
Taulukko 3. Palliativisen hoidon integrointi osaksi sisätautiosaston hoitokäytäntöjä.....	60
Taulukko 4. Palliativisen hoitotyön toteutumiseen vaikuttavat tekijät.	60
Taulukko 5. Tuen tarpeet palliativisen hoidon toteutumisessa.	63

1 JOHDANTO

Palliativinen hoito on parantumaton sairaus sairastavan potilaan ja läheisten kokonaisvaltaista hoitoa (Saarto, 2015a, s. 10). Sen tarkoituksena on lievittää fyysistä, psykososiaalista ja henkistä kipua sekä vaalia potilaan ja läheisten hyvää elämänlaatua. Saattohoito on palliativisen hoidon viimeinen vaihe ja ajoittuu potilaan viimeisiin elinviikkoihin. Kuolemassa olevan potilaan yksilöllinen ja arvokas kohtaaminen ja hänen toiveidensa kunnioittaminen ovat erittäin merkityksellisiä myös läheisille ja heidän hyvinvoinnilleen (Aho, 2023, s. 16). Läheisten kohtaaminen on merkittävä osa palliativista hoitoa.

Palliativisen hoidon tarve on maailmanlaajuisesti suuri (WHO, 2020), sillä väestö ikääntyy niin Euroopassa kuin Suomessakin, elinajanodote nousee, ja kroonisten sairauksien määrä kasvaa (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019). Maailman terveysjärjestön (WHO) arvon mukaan Suomessa palliativista hoitoa elämänsä loppuvaiheessa tarvitsee vuosittain noin 30 000 ihmistä. Viime vuosina on noussut esiin Suomen palliativisen ja saattohoidon kehittäminen, sillä aiemmissa selvityksissä havaittiin suuria alueellisia eroja ja puutteita muun muassa palliativisen hoidon saatavuudessa ja osaamisessa (Saarto ym., 2022, s. 9–11). Palliativisen hoidon potilaalla on oikeus hyvään, laadukkaaseen ja yhdenvertaiseen terveyden- ja sairaanhoitoon ja kärsimyksen lievittämiseen, mikä ei riipu asuinpaikasta tai diagnoosista. Tälle ovat perusteet laissa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992), terveydenhuollon ammattilaisten toiminnassa (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994) sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Palliativisen ja saattohoidon kansallisessa laatusuosituksessa (Saarto ym., 2022). Uusien hyvinvointialueiden tulee vastata näihin tarpeisiin.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitohenkilökunnan palliativisen hoitotyön osaamista ja sitä, mitkä tekijät vaikuttavat palliativisen hoitotyön toteutumiseen Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen sisätautiosastoilla. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää kehittäessä palliativista hoitotyötä sisätautiosastoilla ja siihen liittyvää koulutusta. Tutkimusaiheen pyyntö on tullut Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen alueelliselta kotisairaaltalta ja palliativiselta keskukselta, ja siihen vastataan tällä opinnäytetyöllä.

2 PALLIATIIVINEN HOITOTYÖ

2.1 Palliatiivinen hoito

Palliatiivinen hoito on potilaan ja hänen läheistensä kokonaisvaltaista hoitoa ja tukemista tilanteessa, jossa potilas sairastaa parantumatonta, kuolemaan johtavaa sairautta (Saarto, 2015a, s. 10; 2018, s. 8; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019; WHO, 2020). Palliatiivisen eli oireenmukaisen hoidon keskeinen tavoite on lievittää fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja henkistä kärsimystä ja vaalia potilaan ja läheisten hyvää elämänlaatua. Läheisten huomioiminen ja tukeminen on tärkeä osa hoitoa. Palliatiivinen hoito on moniammatillista, johon osallistuvat ammattilaiset ja auttajat kuten lääkäri, sairaanhoitaja, depressiohoitaja, fysioterapeutti, sairaalapappi, vapaaehtoistyöntekijä (Blomqvist ym., 2022, s. 291; Saarto, 2018, s. 8; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019). Palliatiivinen hoito ei ole rajattu tiettyyn sairauteen eikä aikaan (Saarto, 2018, s. 8). Yli 60 % palliatiivisen hoidon saajista sairastaa muita kroonisia sairauksia kuin syöpää, kuten elinten vajaatoimintasairauksia ja neurologisia sairauksia. Palliatiivisessa hoidossa merkittävää on, että hoitohenkilökunnan tulee osata kohdata potilas ja hänen läheisensä ja antaa henkistä tukea (Blomqvist ym., 2022, s. 291; Korhonen ym., 2021; Terkamo-Moisio, 2018, s. 34–35). Myös eri kulttuuri- ja uskontotähtäiset tulee ottaa huomioon nykyisessä palliatiivisessa hoidossa.

Englantilainen Dame Cicely Saunders (1918–2005) on modernin palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perustaja ja edelläkävijä, joka kuuluu 1900-luvun merkittäviin naisiin (Dame Cicely Saunders, i.a.). Hän perusti ensimmäisen saattohoitokodin Lontooseen vuonna 1967, josta hospice-liike ja saattohoitokodit levisivät ympäri maailmaa (Vainio, 2015, s. 19). Hänen merkittävä saavutus on, että hän tunnusti kuolevaisten hoidon tärkeäksi osaksi terveydenhuollon kokonaisuutta (Dobson, 2017, s. 32). Se johti loppuelämän hoidon kehittymiseen omaksi erikoisalaksi. Palliatiivisesta hoidosta tuli Isossa-Britanniassa vuonna 1987 lääketieteen erikoisala (Vainio, 2015, s. 19). Dame Cicely Saunders ymmärsi palliatiivisen potilaan moniulotteisen kivun ja kehitti Total pain -teorian kokonaiskärsimyksestä (Dobson, 2017, s. 32). Hän oli löytänyt jotain uraauurtavaa.

Syntymä ja kuolema kunnioittavat ihmisen elämää. Kuolema on syntymän tavoin arvokas ja koskettaa meitä kaikkia. Palliatiivinen hoito on kaikille kuuluva ihmisoikeus. Palliatiivisen hoidon tarve on maailmanlaajuisesti suuri, sitä pystytään tarjoamaan vain 14 % palliatiivista

hoitoa tarvitsevalle potilaalle (WHO, 2020). Väestö ikääntyy niin Euroopassa kuin Suomessa, elinajanodote nousee, ja kroonisten sairauksien määrä kasvaa, mikä lisää palliatiivisen hoidon ja osaamisen tarvetta (Korhonen ym., 2021; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019; Tohmola ym., 2023, s. 13). Palliatiivista hoitoa on oltava saatavilla terveydenhuollon kaikilla hoidon tasoilla, erityisesti perusterveydenhuollolla on tärkeä merkitys palliatiivisen hoidon saatavuuden parantamisessa (WHO, 2020). Suomessa sote-uudistuksen ja uusien hyvinvointialueiden myötä palliatiivisen hoidon ja osaamisen tarve on ajankohtainen aihe.

Maailman terveysjärjestön (WHO) arvion mukaan Suomessa palliatiivista hoitoa elämänsä loppuvaiheessa tarvitsee vuosittain noin 30 000 ihmistä erilaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä (Saarto ym., 2022, s. 9–11). Viime vuosina on noussut esiin Suomen palliatiivisen ja saattohoidon kehittäminen, sillä aiemmissa selvityksissä havaittiin suuria alueellisia eroja ja puutteita muun muassa palliatiivisen hoidon saatavuudessa ja osaamisessa. THL:n uusimman palliatiivisen ja saattohoidon kansallisen laatusuosituksen ”tavoitteena on edistää yhdenvertaisen, laadukkaan ja hyvän palliatiivisen hoidon toteutumista kaikkialla Suomessa”. Kaikilla kansalaisilla tulee olla siihen oikeus, se ei riipu iästä, diagnoosista, asuinpaikasta tai kulttuuritaustasta (mts. 4). Jokaisen ihmisen elämänlaadun ja hyvän kuoleman edistämiseksi ihmislähtöisen palliatiivisen hoidon tulee lähteä henkilön omista kertomuksista, mieltymyksistä ja tarpeista, johon terveydenhuollon ammatillisen ja tieteelliseen tietoon perustuvan hoidon tulisi vastata (Schenell ym., 2023, s. 2).

2.2 Saattohoito

Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa ja ajoittuu viimeisiin päiviin ihmisen elämässä. Saattohoito on kuoleman läheisyydessä olevan ihmisen hoitamista, jolloin potilaan toiminta- ja terveydentila on merkittävästi heikentynyt (Hänninen, 2015b, s. 10–11; Saarto ym., 2022, s. 28). Saattohoito ei pääty potilaan kuolemaan, vaan se jatkuu potilaan kuollessa omaisten tukemisenä ja vainajan arvostavana huolehtimisena (Saarto ym., 2022, s. 28). Kiireettömyys on tärkeä edellytys laadukkaalle saattohoidolle.

Saattohoitopotilaat ovat lähempänä kuolemaa kuin palliatiivisen hoidon piirissä olevat potilaat (Hänninen, 2018a, s. 114). Potilaan yleistila on merkittävästi heikentynyt, hän on jatkuvasti vuoteessa, ei pysty enää ottamaan lääkkeitä suun kautta ja tajunnantaso on alentunut. Kun elimistö heikkenee, aiheuttaa se potilaalle erilaisia oireita, joita ovat muun muassa kipu,

tokkuraisuus, yleinen huono olo sekä kakeksia-anoreksia. Potilas kykenee enää huonosti ilmaisemaan tarpeitaan, joten oireiden säännöllinen seuranta nousee saattohoitovaiheessa erittäin tärkeään asemaan.

Saattohoitopäätös on tärkeä osa potilaan hoitosuunnitelmaa ja laadukkaan saattohoidon edellytys (Saarto ym., 2022, s. 29). Saattohoidosta tulee keskustella oikea-aikaisesti potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Keskustelu mahdollistaa, että potilas ja läheiset tulevat kuuluksi, ja että saattohoitopäätös on tehty yhteisymmärryksessä. Oikea-aikainen saattohoitopäätös antaa potilaalle ja läheisille mahdollisuuden valmistautua kuolemaan ja ajan järjestellä käytännön asioita ja tulevaa.

Saattohoitosuunnitelma laaditaan jokaiselle elämän loppuvaiheen potilaalle ja sitä voidaan päivittää tarvittaessa (Saarto ym., 2022, s. 29). Suunnitelmassa tulee huomioida potilaan tuen tarpeet jokaiselta elämän osa-alueelta sekä potilaan läheisten tuen tarpeet. Jos aiemmin on tehty elämän loppuvaiheen ennakoiva suunnitelma, niin sitä päivitetään vastaamaan paremmin potilaan saattohoidon tarpeita/toiveita. Kun hoitosuunnitelma on ajan tasalla, voidaan varmistua potilaan ja läheisten toiveista sekä tiedonkulusta hoitoon osallistuvien välillä.

Saattohoitopotilas pyritään hoitamaan elämän loppuun asti siinä yksikössä, missä potilas parhaillaan on (Saarto ym., 2022, s. 29). Turhia siirtoja on vältettävä, sillä ne saattavat rasittaa potilasta liikaa sekä heikentää hoidon laatua ja jatkuvuutta. Tässä kohtaa tulee tärkeään asemaan, että potilaan hoidolle luodaan tarvittavat puitteet ja tarvittaessa potilaan tilasta konsultoidaan osaavia yksikköjä. Siirto toiseen yksikköön tai osastoon tehdään ainoastaan siinä tilanteessa, jos potilaalla on oireita, joita on vaikea saada hallintaan nykyisessä hoitopaikassa. Saattohoitopotilaalle ja hänen läheisilleen on taattava yksityisyyttä kunnioittavat ja rauhalliset tilat. On tärkeää, että läheisillä on mahdollisuus yöpyä potilaan luona tai muuten viettää paljon aikaa yhdessä ollen, keskustellen ja hyvästiä jättäen.

Saattohoitopotilaan lääkityksen tavoitteena on oireiden lievitys (Poukka & Korhonen, 2018, s. 114–115). Lääkehoidon tarpeellisuutta arvioidaan usein, sillä on tärkeää, että lääkkeiden oireita helpottava hyöty on selvästi suurempi kuin niistä aiheutuva haitta. Oirelääkkeistä tärkeimmässä asemassa ovat kipu- ja pahoinvointilääkkeet. Annostelureitti voi olla suun kautta niin kauan, kuin potilas siihen kykenee, mutta sitä vaihdetaan tilanteen muuttuessa. Potilaan ja läheisten on tärkeä tietää, miksi lääkemuutoksia tehdään tai lääkkeitä lopetetaan, joten niistä on hyvä kertoa avoimesti.

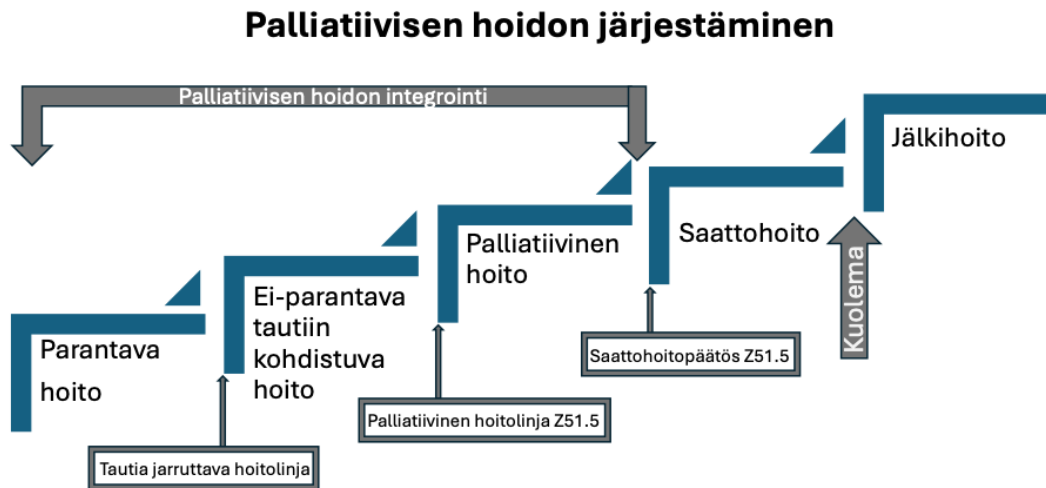
Kun saattohoitopotilaan tila heikentyy huomattavasti ja oireet vaikeutuvat, voidaan päätyä sedaatioon eli tajunnantason alentamiseen lääkkeellisesti (Pöyhiä, 2018b, s. 117). Tyypillisiä aiheita sedaatiolle ovat hengenahdistus, hallitsematon delirium, kipu, oksentaminen tai psyykkinen ahdistuneisuus. Sedaatio aloitetaan pienimmällä mahdollisella annostuksella. Vaikka potilas on sedaatiossa, on silti tärkeää huolehtia kipulääkityksestä sekä potilaan hyvästä perushoidosta. Omaisten kuuleminen ja hoitotiimin neuvottelut ovat myös tärkeä osa onnistunutta sedaatiota. Jossain tapauksissa sedaatiota voidaan keventää, mutta saattohoitopotilailla se kestää yleensä kuolemaan saakka.

Kun kuolema tapahtuu, on omaisille mahdollistettava riittävän pitkä aika olla vainajan luona (Saarto ym., 2022, s. 29). Lisäksi omaiset voi ottaa mukaan vainajan laittoon, heidän niin halutessaan. Kuolema on todettava viipymättä, joten lääkäri kutsutaan paikalle heti (Pöyhiä, 2018b, s. 117; Saarto ym., 2022, s. 29–30). Vainajan kunnioittava kohtaaminen on osa hyvää hoitoa ja ihmisarvon huomioimista. Kulttuurin huomioiminen on tärkeää myös kuoleman kohdatessa. Myös omaisia kohdellaan kunnioittavasti. Jos omaisia ei ole kuoleman hetkellä paikalla, niin henkilökunta on viipymättä yhteydessä heihin ja myös varmistaa heidän jaksamisensa.

2.3 Hoitolinjat ja elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma (ACP)

Kun sairauden ennusteeseen ei voida enää vaikuttaa, ja pitkälle edenneen sairauden hoidot eivät enää tehoa, vaan ne heikentävät potilaan terveydentilaa entisestään ja aiheuttavat enemmän kärsimystä potilaalle ja hänen läheisilleen, silloin viimeistään palliatiivisen hoitolinjan päätös tulee ajankohtaiseksi (Blomqvist ym., 2022, s. 292; Lehto, 2018, s. 9–10; Saarto, 2015b, s. 12–13; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019). Se tarkoittaa sitä, että sairauteen ei ole enää parantavaa eikä sairautta jarruttavaa hoitolinjaa. Hoitolinja määrittelee hoidon tavoitteen. Palliatiivinen hoitolinja on potilaan oireenmukaista kivunhoitoa, jossa huomioidaan palliatiivisen hoidon tavoitteet: fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja henkisen kärsimyksen lievittäminen, potilaan ja hänen läheistensä kokonaisvaltainen hoito ja hyvä elämänlaatu. Huomio ei keskity enää sairauden hoitoon vaan kivun lievittämiseen. Lääkäri keskustelee palliatiivisesta hoitolinjasta potilaan ja hänen halutessaan myös läheisten kanssa ja tekee päätöksen hoitolinjasta. Palliatiivinen hoito voi kestää jopa vuosia. Saattohoito ajoittuu kuoleman läheisyyteen, jolloin potilaan ja hänen läheistensä tukeminen ja kunnioittaminen ovat erittäin merkityksellisiä. Palliatiivinen hoitolinja ja

saattohoitopäätös käyttävät ICD-10-koodia Z51.5 (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019). Kuvio 1 selkeyttää edellä mainittuja tietoja.



Kuvio 1. Palliativisen hoidon järjestäminen (soveltaen Lehto ym., 2019, s. 337; Saarto, 2023, s. 86).

Palliativinen eli oireitä lievittävä hoito toteutuu kaikissa hoitolinjoissa (kuvio 1). On todettu, että ajoissa aloitettu palliativinen hoito syöpähoitojen rinnalla parantaa potilaan elämänlaatua, sillä on tehokkaampi vaikutus oirehoitoon, ja potilaat ja läheiset ovat tyytyväisempiä hoitoon (Saarto, 2023, s. 85–86). Ajoissa aloitettua palliativisen hoidon integrointia tulisi kehittää syöpätautien lisäksi myös kuolemaan johtavien kroonisten sairauksien hoitoon. Se tulee esiin myös keuhkosityövässä ja kroonisissa hengityselinsairauksissa kuten keuhkoah- taumataudissa, joiden oiretaakka on yhtä suuri (Walker ym., 2025, s. 1). Koska keuhko- syövässä ja kroonisissa hengityselinsairauksissa oireita on niin paljon, ja ne ovat saman- laisia, tarvitaan kokonaisvaltaista oirehoitoa ja palliativista hoitoa koko sairauden ajan, varsinaisen tautikohtaisen hoidon rinnalle (mts. 5, 9).

Palliativisen hoidon varhainen integrointi on haastavaa, sille se edellyttää hoitotiimiltä tie- tämistä perussairauksista sekä potilaan ja läheisten asiantuntevaa tukemista sairauden kanssa (Saarto, 2023, s. 85–86). Perussairauksien varhaisessa palliativisessa hoidossa on tärkeä huolehtia toimintakyvystä ja hyvästä ravitsemuksesta oirehoidon ja

psykososiaalisen tuen lisäksi. Varhainen palliatiivisen hoidon integrointi edellyttää selkeää työnjakoa ja hyvää yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja palliatiivisen hoitotiimin välillä, joka tällä hetkellä Suomessa toteutuu syöpäsairauksien hoidossa sekä Helsingin seudun yliopistollisen keskussairaalan (HYKS) ja Tampereen yliopistollisen sairaalan (Tays) palliatiivisten keskusten toiminnassa.

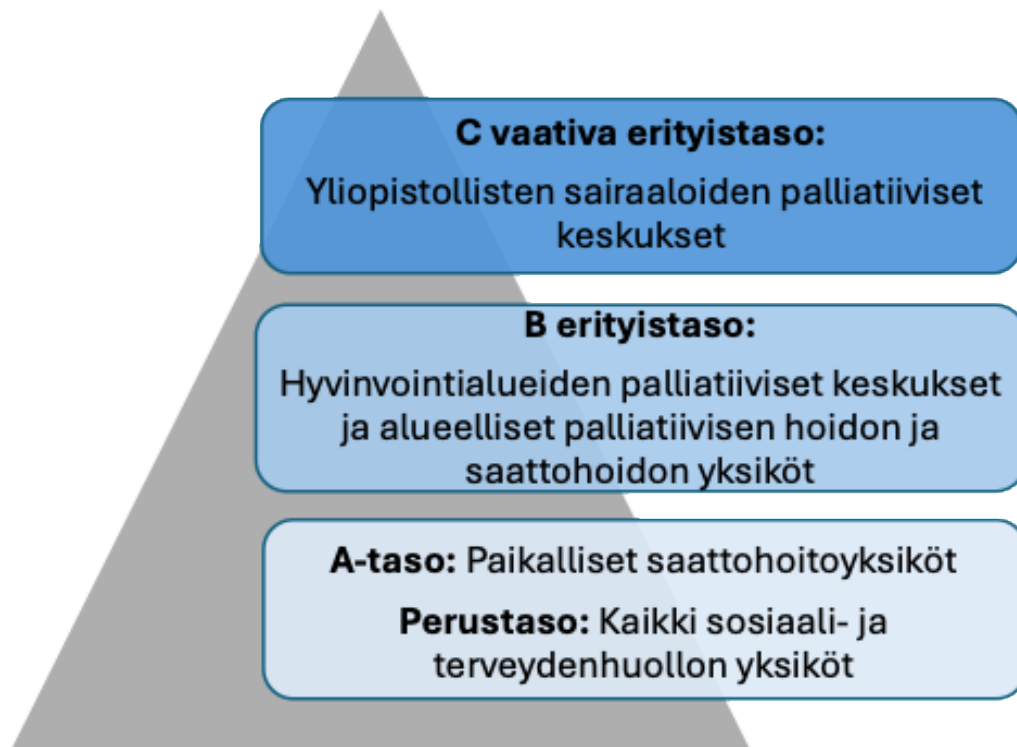
Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma (advance care planning, ACP) tulee puheeksi viimeistään silloin, kun parantumaton sairaus on edennyt pitkälle, ja sairauden hoidot eivät enää tehoa (Lehto ym., 2019, s. 335–336). On tärkeää varautua sairauden äkillisiin muutoksiin ja tilanteisiin, kuten silloin jos potilas menettää kommunikointikykynsä. Elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman tarkoitus on taata, että potilaan toiveiden mukainen hoito toteutuu mahdollisimman hyvin (Terveyskylä, 2021a). Sillä on todettu olevan monia hyötyjä kuten lisäävän palliatiivista hoitoa, parantavan potilaan hoitotyytyväisyyttä ja vähentävän läheisten henkistä taakkaa (Lehto ym., 2019, s. 336; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019). Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma muodostuu lääkärin, potilaan ja hänen toiveestaan läheisten, usein myös omahoitajan, kanssa käytyjen hoitoneuvottelujen perusteella, ja se tarkentuu taudin edetessä (Lehto ym., 2019, s. 336–337, 340; Terveyskylä, 2021a). Ennakoiva hoitosuunnitelma on yksilöllinen ja riippuu sairaudesta. Siihen sisältyvät hoitolinjaus, potilaan toiveet ja pelot, mahdollinen kirjallinen tai suullinen hoitotahto, tämänhetkiset hoitomenetelmät muun muassa oirehoidosta, hoidon rajaukset koskien elvytystä, toimenpiteitä tai sairaalasiirtoja, elämän loppuvaiheen hoidon toteutus käytännössä kuten hoidosta vastaava yksikkö, suunniteltu saattohoitopaikka, edellytykset hoitaa kotona ja sinne saatu tuki sekä suunnitelma pahenemisvaiheesta (Lehto ym., 2019, s. 337–338; Terveyskylä, 2021a). Tärkeintä on, miten elämän loppuvaiheen hoidon suunnitteleminen toteutetaan käytännössä (Lehto ym., 2019, s. 336).

2.4 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tasot Suomessa

Laadukas ja turvallinen terveyden- ja sairaanhoito kuuluu kaikille, mikä koskee myös palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa. Se ei riipu iästä, asuinpaikkakunnasta, sairaudesta, varallisuudesta tai kulttuuritaustasta. Se on säädetty Suomen perustuslaissa ja sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevassa lainsäädännössä. Sote-uudistuksen jälkeen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kuuluu toteutua tasavertaisesti myös Suomen hyvinvointialueilla. Ylen Aamun haastattelussa Tampereen yliopiston palliatiivisen lääketieteen professori ja Pirkanmaan

palliatiivisen keskuksen sivuvirkainen ylilääkäri Juho Lehto (17.12.2019) korostaa, että palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta tulisi normaali osa terveydenhuoltoa kuten ortopedian ja keuhkosairauksien kohdalla, joiden hoito on järjestetty ihmisen tarpeen mukaan.

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen osaksi nykyistä terveydenhuoltojärjestelmää alkoi sosiaali- terveysministeriön (STM) vuonna 2017 julkaisemasta suosituksesta (Saarto & Asiantuntijaryhmä, 2017). STM:n palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämistyö on jatkunut vuonna 2019 julkaistuissa suosituksissa (Saarto & Finne-Soveri, 2019; Saarto ym., 2019). Vuonna 2022 THL julkaisi palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallisen laatusuosituksen, jonka tarkoituksena on taata laadukas ja yhdenvertainen hoito koko Suomessa (Saarto ym., 2022, s. 11). Nämä loivat pohjan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportaiseen malliin, joka koostuu perustasosta (A), erityistasosta (B) ja vaativasta erityistasosta (C) (kuvio 2; Saarto & Lehto, 2019, s. 537–540).



Kuvio 2. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tasot (soveltaen Saarto & Lehto, 2019, s. 539).

Perustaso ja A-taso. Perustasaan kuuluvat kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt, joissa hoidetaan kuolevia asiakkaita (Saarto & Lehto, 2019, s. 538). Näitä yksiköitä ovat kotihoito, tehostettu palveluasuminen, muut ympärivuorokautisen hoidon yksiköt ja sairaaloiden tavalliset vuodeosastot. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla on palliatiivisen ja

saattohoidon perusopetuksen osaaminen. Perustasolle kuuluvat paikalliset saattohoitoyksiköt (A-taso), kuten ympärivuorokautiset yksiköt perusterveydenhuollossa tai terveyskeskukset, joissa on saattohoitopaikkoja. Näissä yksiköissä henkilöstöllä on lisäkoulutusta saattohoidosta.

Erytystaso B. Erytystaso B:hen kuuluvat hyvinvointialueiden (entisten sairaanhoitopiirien) palliatiiviset keskuksset ja alueelliset palliatiivisen ja saattohoidon hoidon yksiköt, joita ohjaa palliatiivinen keskus (Saarto & Lehto, 2019, s. 538–539). Erytystason yksiköitä ovat palliatiiviset osastot, saattohoito-osastot ja -kodit, palliatiiviset poliklinikat ja kotisairaala. Erytystaso tukee perustason yksiköitä. Tärkeässä asemassa ovat erityistason palliatiiviset kotisairaalat, jotka tukevat perustason yksiköitä ja vastaavat myös kotisaattohoidosta. Henkilöstö on moniammatillista ja erityiskoulutettua.

Vaativa erityistaso C. Vaativaan erityistasoon kuuluvat yliopistosairaaloiden palliatiiviset keskuksset (Saarto & Lehto, 2019, s. 539). Ne vastaavat vaativan erityistason palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta, kuten lasten ja nuorten palliatiivisen hoidon toiminnasta ja toteuttamisesta yhdessä alueellisten toimijoiden kanssa. Yliopistojen palliatiiviset keskuksset toimivat yhteistyössä erityisvastuualueiden muiden toimijoiden kanssa ja vastaavat niiden vaativan erityistason palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta sekä oman hyvinvointialueensa palliatiivisesta hoidosta. Heille kuuluu myös opetus, koulutus ja tutkimustyö. Henkilöstö on moniammatillista ja erityiskoulutettua.

Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen (entisen sairaanhoitopiirin) palliatiivisen ja saattohoidon palveluketju (perus- ja A-taso, erityistaso B) toteutuu kolmiportaisen mallin mukaan. Seinäjoen keskussairaalan alueellisen kotisairaalan ja palliatiivisen keskuksen yksikkö (erityistaso B), johon kuuluvat poliklinikka, palliatiivinen osasto ja kotisairaalamoduuli, tekee yhteistyötä Taysin palliatiivisen yksikön kanssa, joka vastaa vaativasta erityistasosta C.

2.5 Palliatiivisen potilaan oirehoito

Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa oleva potilas kärsii monista oireista. Tyypillisiä oireita ovat kipu, pahoinvointi ja oksentelu, hengenahdistus ja univaikeudet. Sairaudesta riippumatta eniten esiintyy uupumusta (60–70 %) ja toimintakyvyn heikkenemistä (65 %) (Hänninen, 2015a, s. 32). Oireisiin vaikuttavat monet tekijät kuten potilaan siviilisääty, ikä ja sosiaaliset suhteet.

Englantilainen Dame Cicely Saunders ymmärsi sen, että kipu on enemmän kuin fyysistä, se on kokonaisvaltaista (Dobson, 2017, s. 32). Hän näki potilaiden hoitamisen kokonaisuutena, potilaalle on tärkeää tulla kuulluksi. Dame Cicely Saunders osoitti palliatiivisen potilaan kipukokemuksen moniulotteisuuden ja esitteli 1960-luvulla Total pain -käsitteen. Total pain eli kokonaiskärsimys pitää sisällään fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja henkisen tai hengellisen kivun ulottuvuuden, joka ilmenee monella tavalla parantumatonta sairautta sairastavan ihmisen elämässä kuten syövässä (kuvio 3). Syöpää sairastava ihminen voi kokea fyysistä kipua syövästä tai sen hoidoista ja psyykkistä kipua masennuksesta. Sosiaalista kipua hänelle voivat aiheuttaa taloudelliset huolet, ja henkistä ja hengellistä kipua hän voi kokea vihana jumalaa kohtaan.



Kuvio 3. Total pain ja syöpä (soveltaen International Association for the Study of Pain (IASP), 2009).

Palliatiivisen hoidon yksi keskeinen tavoite on oireenmukainen hoito ja kivun lievitys. Palliatiivisessa hoidossa oireet ovat yksilöllisiä ja vaihtelevat sairaudesta ja tilanteesta riippuen (Hänninen, 2018b, s. 16–17). Oireiden selvittämisessä ja arvioinnissa käytetään apuna erilaisia oiremittareita. Palliatiivisen potilaan oireita on hyvä arvioida Edmontonin oirekyselyllä (ESAS), jossa selvitetään kattavasti eri oireita kuten pahoinvointia ja hengenahdistusta ja arvioidaan ne oireen voimakkuuden mukaan samalla numeroasteikolla 0–10 (kuvio 4). Arvo 0 tarkoittaa, että oiretta ei ole lainkaan, ja arvo 10, että oire on pahin mahdollinen. Oirehoitoa täytyy tehostaa, jos oireen arvo on 4 tai yli. Mittareiden avulla on helpompi arvioida oireita, toteuttaa oirehoitoa ja seurata sen vaikutusta ja tehoa sekä saada tietoa sairauden tilasta.

ESAS-oirekysely (Edmonton Symptom Assessment System)

Nimi & henkilötunnus:
Pvm:

Arvioi oireita asteikolla 0–10 (ei lainkaan–pahin mahdollinen):

	Ei lainkaan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen
Kipu levossa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Kipu liikkeessä	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Väsymys	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Hengenahdistus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Pahoinvointi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Ruokahaluttomuus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Masennus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Ahdistuneisuus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Ummetus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Muu oire, mikä? _____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

Millaiseksi koette kokonaisvointinne (paras 0–10 heikoin mahdollinen):

	Paras mahdollinen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Heikoin mahdollinen

Kuvio 4. ESAS-oirekysely (soveltaen Hänninen, 2018b, s. 17).

Tärkeää on oirehoidon suunnitelmallinen toteutus. Huono oirehoito heikentää elämänlaatua ja -halua (Hänninen, 2015a, s. 33). Palliatiivisessa hoidossa olevalla potilaalla on usein muita sairauksia parantumattoman sairauden lisäksi, ja sen vuoksi myös lääkityksen määrä on suuri. Sairauden edetessä oireiden määrä kasvaa, lähellä kuolemaa tyypillisiä oireita ovat ruokahaluttomuus, väsymys, kipu, hengenahdistus ja nielemisvaikeudet (Hänninen, 2018b, s. 18). Hengityskatkokset ja hengitystiheyden muutokset kertovat lähestyvistä kuolinhetkeistä.

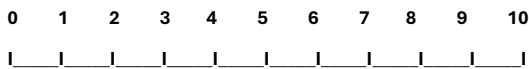
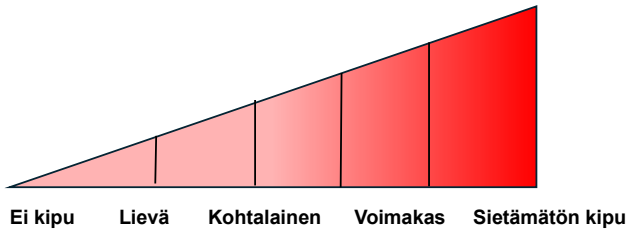
2.5.1 Kivunhoito

Palliatiivisessa hoidossa kipu on yleisimpiä oireita. Kipu on jokaiselle pelottava asia. Noin kolmasosa syöpäpotilaista kokee kipua ensimmäisen vuoden aikana, pitkälle edenneessä syövässä 50–90 % potilaista (Vainio & Vuorinen, 2015, s. 45–47). Myös kroonisissa sairauksissa kuten keuhkohtaumataudissa sekä sydämen ja munuaisten vajaatoiminnassa palliatiivisen hoidon merkitys on suuri, sillä niissä kipu ja muut oireet ovat yhtä yleisiä kuin syöpäsairauksissa.

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys IASP (International Association for the Study of Pain) määrittää kivun ”epämiellyttäväksi sensoriseksi ja emotionaaliseksi kokemukseksi, joka liittyy todelliseen tai mahdolliseen kudosaan tai muistuttaa siitä” (IASP, 2020). Sen mukaan kipu on henkilökohtainen kokemus, johon vaikuttavat erilaiset syyt kuten psykologiset ja

sosiaaliset tekijät sekä yksilön elämänkokemusten kautta opittu käsitys kivusta. Henkilön kipukokemusta tulee kunnioittaa, ja sanat eivät ole ainoa keino ilmaista kipua. Kipu on epämiellyttävä ja yksilöllinen kokemus, ja se heikentää elämänlaatua (Blomqvist ym., 2022, s. 282–283; Saano & Taam-Ukkonen, 2020, s. 477–478). Aiheuttajan mukaan kipua on monenlaista: nosiseptiivistä eli kudosisäilytyksestä, neuropaattista, viskeraalista ja idiopaattista kipua sekä psyykkisistä syistä aiheutuvaa kipua. Kudosisäilytykskipua voivat aiheuttaa tulehdus tai kasvain, neuropaattinen kipu johtuu hermoratavauriosta tai -sairaudesta kuten MS-taudissa. Viskeraalinen kipu viittaa sisäelimiin ja voi aiheuttaa myös heijastekipua, niin kuin haimatulehduksessa ja suoliston syövässä. Idiopaattisen kivun syytä ei pystytä tunnistamaan. Pitkälle edenneessä syövässä voi olla monia kiputiloja yhtä aikaa (Rautava-Nurmi ym., 2020, s. 99).

Kivunhoitoon kuuluvat kivun arviointi, kipulääkityksen seuranta ja mahdollisten haittavaikutusten havaitseminen (Saano & Taam-Ukkonen, 2020, s. 478). Kivunhoidossa hoitotyön ammattilaisen kuuluu huomioida myös potilaan pelko ja aikaisemmat kipukokemukset. Kivun arviointi aloitetaan haastattelemalla ja kuuntelemalla potilasta ja mahdollisesti hänen läheisiään (Blomqvist ym., 2022, s. 283–287). Kivunhoidossa olennaista on potilaan oma arvio kivusta: sen voimakkuudesta levossa ja liikkeessä, sijainnista, kestosta, luonteesta, ja onko särkylääke lievittänyt kipua. On tärkeää selvittää, liittyykö kipuun myös muita oireita ja sitä helpottavia tai pahentavia tekijöitä. Kipumittarit helpottavat kivun arviointia (Hänninen, 2018b, s. 16–17). Niitä on erilaisia: numeerista, visuaalista VAS (visual analogue scale) eli kipujanaa ja verbaalista asteikkoa VRS (verbal rating scale) (kuvio 5). Kipumittareiden asteikko voi olla numeroasteikolla 0–10, jossa 0 tarkoittaa ei kipua ja 10 pahinta mahdollista kipua. Jos kivun voimakkuus on 4 tai yli, kivun hoitoa täytyy tehostaa. Kipumittareiden asteikko voi olla myös sanallisena ei kivusta–sietämättömään kipuun. Kipumittareina voidaan käyttää myös kivun voimakkuuden mukaan suurenevaa kipukiilaa väritehosteella tai kasvokuvia iloisesta ilmeestä–surulliseen ja itkevään ilmeeseen. Potilas valitsee hänelle sopivan mittarin hoitajan kanssa, ja hoitaja kirjaa sen potilastietojärjestelmään.

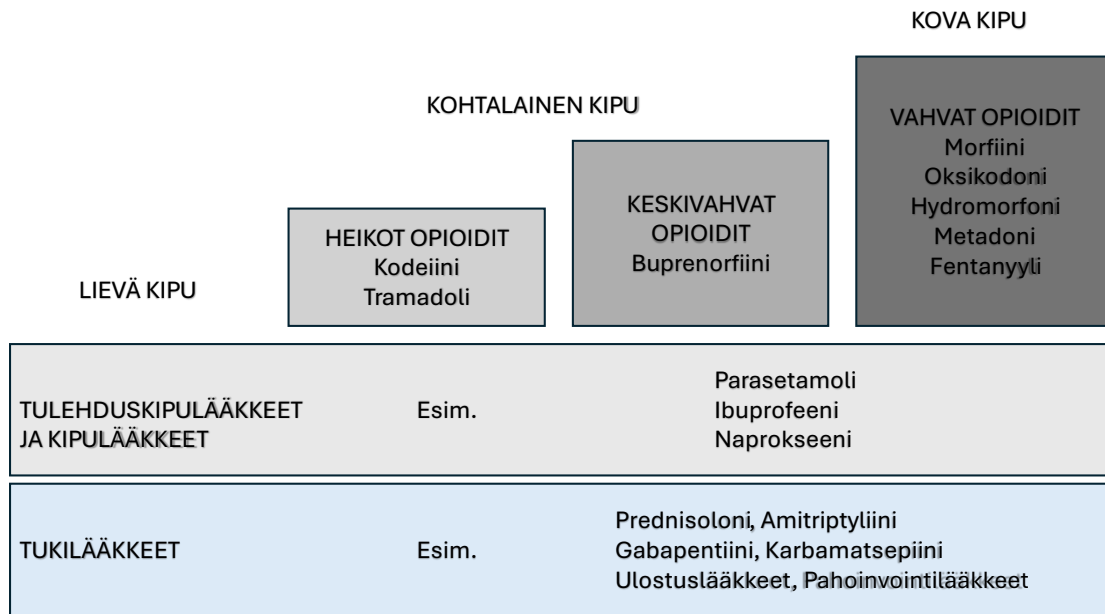
NRS (Numeric Rating Scale, kipumittari numeroilla)**Kipukiila ja sanallinen kipumittari VRS (Verbal Rating Scale)****Kipumittari kasvokuvilla**

0–1 Ei kipua	2–3	4–5	6–7	8–10 Sietämätön kipu

Kuvio 5. Kipumittareita (soveltaen Rautava-Nurmi ym., 2020, s. 100).

Kivunhoidossa kunnioitetaan potilasta eikä hänen kipuaan aliarvioida. Kivun arvioinnissa hoitaja tarkkailee potilaan käyttäytymistä, mahdollisia muutoksia vitaalitoiminnoissa ja tutkimustuloksissa (Blomqvist ym., 2022, s. 283–287). Kivunhoidossa hoitajan tehtäviin kuuluvat kivun arviointi, kivun hoito ja sen lääkehoidon suunnitelmallinen toteutus, potilaan ohjaus, kirjaaminen, kivun vasteen arviointi ja seuranta. Kivunhoito on jatkuvaa, ja kipua arvioidaan säännöllisesti.

Kivun lääkehoidossa noudatetaan alun perin syöpäkipuun kehitettyä kivunhoidon porrastusta WHO:n suosituksen mukaan (kuvio 6; Kontinen, 2018, s. 23; Rautava-Nurmi ym., 2020, s. 100–101). Kipu on jaettu kolmeen asteeseen: lievään, kohtalaiseen ja kovaan kipuun (Rautava-Nurmi ym., 2020, s. 100–101). Kivun lääkehoito määräytyy kivun voimakkuuden mukaan. Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli muodostavat porrastuksen perustan, josta porrastus nousee kivun voimakkuuden mukaan heikoista opioideista vahvoihin opioideihin. Opioideilla (heikot, keskivahvat ja vahvat) on huumaava eli euforisoiva vaikutus ja kipua lievitävä eli analgeettinen vaikutus (Saano & Taam-Ukkonen, 2020, s. 486). Kivun lääkehoidossa käytetään myös muita tukilääkkeitä kuten prednisolonia (kortisonia) syöpätautien hoitoon tai amitriptyliiniä (trisyklisiä masennuslääkettä) hermostoperäiseen kipuun.



Kuvio 6. Kivunhoidon porrastus (soveltaen Rautava-Nurmi ym., 2020, s. 101).

Palliativisessa hoidossa syöpään ja muihin parantumattomiin sairauksiin noudatetaan samaa kivunhoitoa kuin kroonisessa kivunhoidossa (Heiskanen, 2015a, s. 53). Kivunhoidon perustan muodostavat tulehduskipulääkkeet ja/tai parasetamoli (Kontinen, 2015, s. 59; 2018, s. 23). Opioidit ovat merkittävä osa palliativisen hoidon kivunhoitoa, ja vahvoihin opioideihin siirrytään jo varhaisessa vaiheessa (Heiskanen, 2015b, s. 62–64; 2018b, s. 25–28). Vahvoja opioideja käytetään pitkävaikutteisina, ja tarvittaessa lyhytvaikutteisina läpilyöntikipuun. Morfiinia, hydromorfonia ja oksikodonia suositellaan ensimmäiseksi opioidiksi, ne kaikki voidaan annostella suun kautta. Myös muiden antotapojen käyttö palliativisessa kivunhoidossa on tärkeää, jos potilaalla on vaikka nielemisvaikeuksia. Fentanyyli on lyhytvaikutteinen opioidi, ja se voidaan annostella myös laastarina ihon kautta tai suun tai nenän limakalvoilta (Saano & Taam-Ukkonen, 2020, s. 490). Opioidien tyypillisimmät haittavaikutukset ovat ummetus ja pahoinvointi, joten niiden hoito tulee myös huomioida (Heiskanen, 2018b, s. 25).

Neuropaattinen kipu johtuu kipuradan vauriosta tai sairaudesta ääreis- tai keskushermostossa eli puhutaan perifeerisestä ja sentraalisesta neuropaattisesta kivusta (Haanpää, 2018, s. 29; Mustonen & Harno, 2024, s. 733). Neuropaattinen eli hermoperäinen kipu tulee erottaa nosiseptiivisestä eli kudosaivuriokivusta lääkityksen takia, vaikka ne ilmenevät usein yhdessä (Haanpää, 2018, s. 29). Neuropaattinen kipu on yleistä diabeteksessa, ja syövässä se voi

johtua hoidoista, tai kasvain painaa hermoa, tai se ei liity syöpään ollenkaan (Haanpää, 2015, s. 68–69). Neuroopaattisen kivun lääkehoidossa käytetään ensisijaisesti trisyklisiä masennuslääkkeitä, SNRI-masennuslääkkeitä ja epilepsialääkkeitä (Haanpää, 2018, s. 30–31; Mustonen & Harno, 2024, s. 737–738; Saano & Taam-Ukkonen, 2020, s. 492–493). Mustosen ja Harnon (2024, s. 739) mukaan neuroopaattinen kivunhoito tarvitsee tällä hetkellä uusia keinoja, sillä vain alle puolet hyötyy sen lääkityksestä.

Sädehoito on merkittävä kivunhoitokeino luustoon ja pehmytkudoksiin levinneissä syövässä, ja sillä helpotetaan myös muita oireita palliatiivisessa hoidossa, kuten hengitystie- ja iho-oireita (Booker, 2022, s. 629; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019). Sädehoito on potilaalle kivuton, ja sen vaikutukset kivunhoidossa kestävät kuukausia (Terveyskylä, 2018). Palliatiivinen sädehoito antaa huomattavaa helpotusta potilaan oireisiin, pitää yllä toimintakykyä ja hyvää elämänlaatua (Booker, 2022, s. 630–631). Vaikeissa kiputiloissa, kuten neuroopaattisessa ja regionaalisessa kivussa, voidaan käyttää invasiivisia eli kajoavia menetelmiä, joita tyypillisesti ovat hermon puudutus ja kipulääkkeiden annostelu spinaali- ja epiduraalitalaan (Pöyhiä, 2015b, s. 74–75; 2018a, s. 32–33).

Hyvässä kivunhoidossa lääkehoidon rinnalla tulee huomioida myös lääkkeettömät kivunhoitokeinot. Niihin kuuluvat asentohoito, liikunta ja fysioterapian tarjoama yksilöllinen hoito ja ohjaus, kylmä- ja lämpöhoito, hieronta, akupunktio, lymfaterapia, unen tärkeys kivunhoidossa, rentoutus- ja läsnäoloharjoitukset, itselle mielekäs tekeminen, kuten musiikki ja lukeminen, kosketus ja läheisyys, perhe, läheiset ja ystävät, lemmikit, vertaistuki sekä potilaan ja läheisten ohjaus kivunhoidossa (Blomqvist ym., 2022, s. 286–288; Heiskanen, 2018a, s. 22–23).

2.5.2 Hengitystieoireet

Hengitystieoireet ovat yleisiä palliatiivisessa hoidossa. Niitä esiintyy erityisesti keuhkohtaumataudissa ja -syövässä, mutta myös muissa pitkälle edenneissä sairauksissa. Hengenahdistus (dyspnea) on yleinen oire näiden sairauksien loppuvaiheessa. Sitä esiintyy keuhkohtaumataudissa yli 90 %:lla, keuhkosityövässä 50–90 %:lla ja sydämen vajaatoiminnassa 60–80 %:lla potilaista (Lehto & Pöyhiä, 2015d, s. 92). Hengenahdistus tuntuu siltä, ettei saa riittävästi happea, hengitys ei kulje kunnolla ja se on raskasta. Se on potilaalle epämiellyttävää ja ahdistavaa. Hengenahdistus heikentää palliatiivisen potilaan oloa kokonaisvaltaisesti, siihen voivat vaikuttaa psyykkiset oireet ja kipu sekä sosiaaliset ja henkiset tekijät

kuten taloushuolet ja kärsimys (mts. 92, 94). Yhteenvedona voisi sanoa, että hengenahdistuksessa voi näyttäytyä Total pain -käsitteen monet ulottuvuudet (vrt. kappale 2.5).

Hengenahdistuksen hoidossa keskeistä on hengityksen tarkkailu, sillä se kertoo paljon hengitystaajuudesta ja -äänistä keuhkoista sekä hengityslihasten käytöstä (Lehto & Pöyhiä, 2015e, s. 95). Hengenahdistuksen syy tulee selvittää, sillä niitä voi olla monia: hengitystieobstruktio (COPD, kasvain), pienentynyt hengitystilavuus (kuten pleuraneste, askites), hengityslihasheikkous (kuten ALS), ongelma verenkierrossa (kuten keuhkoembolia, sydänsairaus) tai keuhkokudoksessa (kuten fibroosi, keuhkopöhö) (Lehto & Pöyhiä, 2015c, s. 97; 2018, s. 38; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019). Pleuraneste eli keuhkopussiin kertynyt neste on yleistä keuhko- ja rintasyövässä, sydämen vajaatoiminnassa ja maksakirroosissa (Lehto & Sioris, 2018, s. 43). Se poistetaan punktoimalla, tunneloidulla pleurakatetrilla tai laittamalla talkkia pleuratilaan (pleurodeesi) (mts. 43–45).

Hengenahdistuksen lääkehoitoon kuuluvat opioidit, mutta myös kortikosteroidit ja inhaloitu keittosuola ovat hyödyllisiä (Lehto & Pöyhiä, 2015b, s. 97–99; 2018, s. 40). Bentsodiatsepiinit voivat helpottaa hengenahdistusta paniikissa tai ahdistuneisuudessa, vaikka siitä ei ole selkeää tutkimusnäyttöä. Sädehoito on tärkeä palliatiivisessa oirehoidossa kuten keuhkosityövän aiheuttamassa hengenahdistuksessa ja yskässä (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019). Ilmavirtaa voi kokeilla kaikilla potilailla hengenahdistukseen, mutta happihoito saattaa lievittää oireita vain potilailla, joilla esiintyy hypoksiaa (happisaturaatio <90 %), tosin näyttö on ristiriitaista (Lehto & Pöyhiä, 2015a, s. 99–100; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019). Noninvasiivisesta ventilaatiosta (NIV) on hyötyä erityisesti ALS-potilaille ja osalle keuhkoah- taumatautia sairastaville. Myös palliatiivisessa hoidossa liikunta ja lihasvoima tukevat kokonaisvaltaista elämänlaatua ja lievittävät hengenahdistusta (Lehto & Pöyhiä, 2015a, s. 101). Lisäksi fysioterapian tarjoamat keinot kuten liike-, hengitys- ja asentohoito helpottavat hengenahdistusta.

Pitkälle edenneissä sairauksissa yskä on yksi hengitystieoire. Yskää esiintyy noin 50–60 %:lla keuhkoah- taumatautia ja noin 60–80 %:lla keuhkosityöpää sairastavilla, ja veriyskää noin 10–40 %:lla keuhkosityöpää ja joskus muita syöpiä sairastavilla (Lehto & Pöyhiä, 2015f, s. 102; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019). Yskä voi johtua monien hengenahdistuksen syiden lisäksi myös hengitystieinfektiosta tai refluksitaudista (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019). Yskän lääkehoitoon kuuluvat opioidit, mutta myös inhaloitu keittosuolaliuos on yksi vaihtoehto sitkeän liman ja kuivien hengitysteiden aiheuttamaan yskään (Lehto &

Pöyhiä, 2015f, s. 102–103). Inhaloituja puudutteita (kuten 2 % lidokaiinia) voidaan käyttää yksin hillitsemiseen, jotta hengitystiet eivät ärsyntyisi liikaa. Veriyksän hillitsemiseen käytetään traneksaamihappoa (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019).

Runsas ja sitkeä lima aiheuttaa monia hengitystieoireita, kuten edellä mainittuja oireita ja rohinaa (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019). Hengitystie-eritteiden hoitoon voi hyödyntää fysioterapian keinoja, kuten puhaltamalla ohuella letkulla pulloon, jossa on 10–15 cm vettä. Lääkehoitona juoksevaan limaun voidaan käyttää tiotropiinia inhaloituna tai glykopyrironia s.c./i.v., ja sitkeään limaun voi kokeilla mykolyyttejä kuten erdosteiniä. Kuolinhetken lähestyessä potilaan hengityksen korinaa (death rattle) voidaan lääkittää glykopyrironilla.

Hikka palliatiivisessa hoidossa voi johtua pallean ärsytyksestä, lääkkeitä tai metaboliasta niin kuin askiteksen, kortikosteroidien tai hypokalemian kohdalla (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019). Hikan hoito riippuu sen syystä. Maha-suolikanavasta peräisin olevan hikan lääkehoitona suositellaan omepratsolia tai metoklopramidia, vaikka lääkähoidosta ei olekaan luotettavaa näyttöä.

2.5.3 Ruoansulatuskanavan oireet

Elämän loppuvaiheessa suun alueen erilaiset ongelmat voivat lisääntyä (Terveyskylä, 2021c). Tavallisin oire on suun kuivuminen ja kipu, joka hankaloittaa nielemistä ja puhumista. Suun kuivumisen syyt ovat yleensä opioidit, antikolinergit ja diureetit (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019). Kun suu on kuiva, hampaiden reikiintymis- ja pinnalliset sieni-infektoriskit kasvavat. Jos potilaalla on pahoinvointia, voi antaa jääpaloja tai jäämurskaa, myös suun kosteudesta huolehditaan säännöllisesti. Suun limakalvoja voidaan pitää kosteutettuna ruokaöljyllä ja kostutusgeelillä (Sairaanhoitajan käsikirja 2024). Suun alueellisiin kipuihin voidaan käyttää lidokaiinisuuveä, nelosgeeliä sekä tapauskohtaisesti morfiinisuuveä, jota ei saa niellä (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019). Suun limakalvovaurioihin ja aftojen hoitoon voidaan hyödyntää paikallisantiseptejä, suojaavia geeliä sekä steroidisuspensiota tai nelosgeeliä.

Elämän loppuvaiheessa olevilla potilailla esiintyy 60 %:lla pahoinvointia ja 30 %:lla oksentelua (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019). Näitä oireita voidaan helpottaa pahoinvointilääkkeillä. Mahan liikkuvuutta lisää metoklopramidi, ja se on tehokas lääke myös syöpäpotilaan pahoinvointiin ja oksenteluun. On tärkeää huomata, että metoklopramidi-annosta tulee

pienentää potilailla, joilla on maksan tai vaikea munuaisten vajaatoiminta. Lisäksi serotoniini-antagonistit, kuten granisetroni, tropisetroni ja ondansetroni, auttavat syöpäpotilaan pahoinvoinnin helpottamisessa.

Ummetus tarkoittaa tilaa, jossa suolen toiminta hidastuu ja suoli tyhjenee harvemmin kuin kolme kertaa viikossa (Terveyskylä, 2023). Uloste on kovaa, ja ulostaminen aiheuttaa kipua. Sario (2021) toteaa, että opioideja kuten morfiinia käytettäessä tulee aina käyttää laksatiiveja. Suositusten mukaan on käytettävä pehmittävää laksatiivia ja suolta stimuloivaa laksatiivia yhdessä (Sario, 2021; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019). Pehmittäviä laksatiiveja ovat Pegorion, Duphalac ja Movicol, ja suolta stimuloivia laksatiiveja on Laxoberon. Sario (2021) muistuttaa, että on tärkeä huolehtia säännöllisestä ateriaritmistä ja liikkumisesta mahdollisuuksien mukaan sekä päivittäisestä nestemäärästä. Lisäksi, kun ummetus johtuu opioideista, voidaan niiden vaikutusta poistaa käyttämällä Relistor-injektiota.

Palliativisessa hoidossa ripulia esiintyy harvemmin kuin ummetusta (Terveyskylä, 2021b). Hoitoon vaikuttaa se, onko ripuli alkanut äkillisesti vaikkapa infektion aiheuttamana vai onko se kroonista ja liittyy potilaan perussairauteen. Usein ripulin aiheuttaa laksatiivien liikkakäyttö. Ohivirtausripuli johtuu ummetuksesta, solunsalpaajista tai suolen toiminnan ongelmista sekä antibioottien käytöstä. Tutkittua tietoa on niukasti palliativisen potilaan ripulin hoitamisesta, mutta yleisin käytetty lääke on Loperamidi (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019). Loperamidi lisää ulosteenpidätyskykyä ja vähentää suoliston rytmistä supistusliikettä. Tämän lisäksi myös oktreotidista sekä somatostatiinista voisi olla hyötyä kroonisen ripulin hoidossa.

2.5.4 Väsymys, kuivuminen, kakeksia ja ruokahaluttomuus

Palliativisessa hoidossa oleva potilas kärsii usein väsymyksestä, ruokahaluttomuudesta ja pitkälle edenneen nestehukan ja kakeksian oireista, erityisesti sairauden loppupuolella. Väsymys on yksi yleisempiä oireita palliativisessa hoidossa kuten keuhkohtaumataudissa ja sydämen vajaatoiminnassa (Hänninen & Pöyhä, 2015, s. 156). Se on kokonaisvaltainen voimattomuuden ja väsymyksen tila, joka ilmenee fyysisenä, henkisenä sekä yleisenä heikkoutena. Puhutaan myös väsymysoireyhtymästä (fatigue, uupumus). Tyypillisiä oireita ovat suorituskyvyn lasku, lisääntynyt unen tarve, muisti- ja keskittymishäiriöt ja apaattisuus. Väsymykseen ei ole selkeää lääkehoitoa (Hänninen & Pöyhä, 2018, s. 68). Väsymyksen hoidossa

huomioidaan palliatiivisen potilaan sen hetkinen vointi ja jaksaminen. Taustasyyt tulee selvittää kuten väsyttävät lääkkeet, alhainen Hb ja masennus.

Kuivumisessa (dehydraatiossa) on kyse elimistön nestehukasta, joka laajalle edetessään leviää kuivumiseen eli dehydraatioon solun sisälle ja ulos (Pöyhiä & Hänninen, 2015a, s. 159–161). Keho menettää nesteitä eri tilanteissa kuten ripulissa, diabeteksessa ja kuumeessa, ja nesteensaantia hankaloittavat monet syyt kuten oksentelu, nielemisvaikeudet ja delirium. Palliatiivisessa hoidossa kuivumista esiintyy erityisesti GI-syövissä ja vanhuksilla. Kuivuminen ilmenee ensin virtsan vähenemisenä tai loppumisena ja muuttumisena tummaksi, sen jälkeen oireena on jano. Myös muut kuivumisen oireet kuten syvälle painuneet silmät, kuivat limakalvot ja takykardia tulee huomioida palliatiivisessa hoidossa. Janon tunne on yleistä (25–83 %) ennen kuolemaa, myös kuivan suun oireita esiintyy palliatiivisessa hoidossa syöpäpotilailla 30–87 %:lla.

Parenteraalinen nestehoito tulee kyseeseen, jos nesteensaanti suun kautta hankaloituu, kuten nielemisvaikeuksissa, oksentelussa, ripulissa, infektiossa, elektrolyyttihäiriössä ja kirurgiassa (Pöyhiä & Hänninen, 2015b, s. 161–163). Nestehoito palliatiivisessa hoidossa arvioidaan tapauskohtaisesti. Jos elinajanodote on pitkä tai kohtalainen, nestehoitoa toteutetaan normaalisti. Nestehoito saattohoidossa herättää eettisiä kysymyksiä. On tutkittu, että nesteytys saattohoidossa lisää turvotusta ja askitesta sekä hankaloittaa kanylointia. Nestehoidossa huomioidaan yksilöllisesti potilas ja läheiset sekä senhetkinen sairaus- ja oiretilanne. Mahdollisesti voidaan kokeilla 2–3 päivän nesteytystä. Verensiirrot palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa harkitaan tapauskohtaisesti.

Solujen jatkuva ravinnon puute johtaa elimistön vakavaan näivettymiseen eli kakeksiaan (Pöyhiä, 2015a, s. 163–164). Kakeksia on hyperkatabolinen tila, ”johon kuuluvat tahaton painonlasku, luurankolihasen kiihtynyt kato, rasvakudoksen väheneminen, anoreksia eli ruokahaluttomuus ja laajat aineenvaihdunnan muutokset”. Se on yleistä monien sairauksien loppuvaiheessa (kuten munuaisten vajaatoiminnassa 40 %:lla) ja ikääntymisessä (10–50 %:lla). Kakeksian tunnusomaiset oireet ovat ruokahaluttomuus, vähentynyt energiansaanti, lihasheikkous, elimistön tulehdustila, uupumus ja psykososiaalisen toimintakyvyn lasku. Sekundaarikakeksiassa on kyse aliravitsemuksesta eli ravinnonsaannin estymisestä johtuvasta laihtumisesta kuten suun ja nielemisen ongelmista tai pahoinvoinnissa. Myös sairaudet, infektiot ja lääkkeet vaikuttavat siihen. Sekundaarikakeksia on palautuva tila, ja se tulee erottaa varsinaisesta primaarikakeksiasta eli tahattomasta laihtumisesta. Kakeksiaan ei ole

varsinaista hoitoa eikä vaikuttavaa lääkehoitoa. Sen etenemistä voivat hidastaa ravitsemus ja liikunta, mutta kakeksia on etenevä, palauttamaton tila.

Ruokahaluttomuutta esiintyy palliatiivisessa hoidossa usein ja monien sairauksien loppuvaiheessa, kuten syövässä 30–90 %:lla ja keuhkohtaumataudissa 35–67 %:lla (Pöyhiä ym., 2015, s. 165–166). Ensisijainen ruokahaluttomuus liittyy edellä mainittuun kakeksiaan. Toissijaisen ruokahaluttomuuden syitä ovat pahoinvointi, masennus, kipeä suu, ummetus, askites, elektrolyyttihäiriö, lääkkeet ja kemoterapia, jotka otetaan huomioon ruokahaluttomuuden hoidossa. Palliatiivisessa hoidossa potilas saa syödä omien mieltymysten ja lempiruokien mukaan. Myös pienemmät annokset useammin, miedot maut sekä kylmät ja viileät makupalat saattavat auttaa. Lääkehoitona voidaan kokeilla kortikosteroideja. Palliatiivisessa hoidossa ruokahaluttomuus aiheuttaa huolta läheisille. On tärkeää keskustella heidän kanssaan asiasta ja kääntää katsetta potilaan ja läheisten hyvään elämänlaatuun.

2.5.5 Iho-oireet

Palliatiivisessa hoidossa tyypillisiä iho-oireita ovat kutina, hikoilu, ihoinfektiot sekä erilaiset haavat ja niiden muut oireet, kuten verenvuoto. Myös lymfaturvotus on yksi iho-oire. Haavan hoidossa on tärkeää tutkia haava sekä sen syy ja tehdä hoidon tavoitteet sen perusteella (Isoherranen, 2015a, s. 182; 2018a, s. 84). Haavan hoito toteutetaan niiden mukaan ja huolehditaan haavan paikallishoidosta sekä muiden oireiden hoidosta kuten kivunhoidosta.

Painehaavojen hoidossa olennaista on niiden ehkäisy ja paineen vähentäminen erityisesti lonkan, ristiluun ja kantapään alueilta (Isoherranen, 2018a, s. 84). Asentohoito riittävän usein, erityispehmusteiden käyttö ja hyvä ravitsemustila ovat tärkeitä hoitokeinoja. Myös riittävä kipulääkitys edesauttaa liikkumista ja ehkäisee painehaavoja. Palliatiivisessa hoidossa on erityisen tärkeää huomioida nämä seikat, kun potilas on heikossa terveydentilassa, makoilee eikä pysty liikkumaan paljon, ja ruoka ei maistu. Painehaavat luokitellaan I–IV-asteeseen, ja paikallishoito toteutetaan sen mukaisesti.

Syöpäkasvaimet iholla voivat olla paikallisia, etäpesäkkeitä tai uusiutuvia, ja ne aiheuttavat haavoja iholle ja sen kerrostumiin (Isoherranen, 2015a, s. 182). Niitä esiintyy edenneissä syöpäsairauksissa noin 5–10 %:lla. Naisilla yleisin aiheuttaja on rintasyöpä ja miehillä keuhkosityöpä (Korhonen, 2015, s. 371). Tavallisin ihometastaasien esiintymisalue on rintakehä. Kasvainten aiheuttamissa haavoissa ja ihovaurioissa esiintyy anaerobisia ja aerobisia

bakteereja, jotka aiheuttavat epämiellyttävää tuoksua ja eritystä (Isoherranen, 2015a, s. 182; 2018a, s. 84). Haavat vuotavat verta ja ovat kipeitä.

Kasvainten aiheuttamien haavojen hoidossa pyritään ehkäisemään niiden leviämistä ja hoidetaan haavojen muita oireita, kuten epämiellyttävää tuoksua ja verenvuotoa (Isoherranen, 2018a, s. 84–85). Kasvainten eliminoinnissa käytetään syöpähoitoja, kuten kirurgiaa ja sädehoitoa. Haavojen kivunhoito on tärkeää, ja opioidina voidaan käyttää paikallisesti morfiinigeeliä. Haavojen paikallishoidossa olennaista on puhdistus ja kuolleen ihosolukon poistaminen, verenvuotoriskin takia tulee olla hellävarainen ja välttää teräviä hoitovälineitä. Hoitotuotteet valitaan tapauskohtaisesti, esimerkiksi erittävälle haavalle hydrofiilinen sidos. Epämiellyttävään tuoksuun ja eritykseen käytetään aktiivihiihi- tai hopeasidoksia, hunaja- tai pihkavoidetta sekä eritteitä imeviä sidoksia ja haavatyynyjä, joissa voidaan käyttää vaikkapa hajustettua talkkia (mts. 85; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019). Myös antibioottihoito on mahdollinen, ja sitä voidaan käyttää myös suoraan haava-alueelle, kuten metronidatsoliliuosta (Isoherranen, 2018a, s. 85). Ihottuman ja etäpesäkkeiden hoidossa voidaan käyttää perinteisiä kortikosteroidivoiteita. Sädehoito on yksi merkittävä hoitokeino potilaan palliativisessa hoidossa, myös kasvainten aiheuttamien haavojen verenvuodossa (Anttonen & Mäkelä, 2015, s. 387–388; Isoherranen, 2015b, s. 185; 2018a, s. 85). Verenvuodossa voi käyttää paikallisesti traneksaamihappoa tai adrenaliinia (taitoksiin imeytettynä) ja myös kylmäpakkausta voi kokeilla (Isoherranen, 2018a, s. 86).

Kutina on epämiellyttävä oire, sillä se häiritsee myös unta, sosiaalisia suhteita ja heikentää elämänlaatua (Isoherranen, 2018d, s. 86). Kutinaa esiintyy monissa syövässä, kuten melanoomassa ja kroonisessa lymfaattisessa leukemiassa, sekä maksasairauksissa ja uremiassa. Jopa 20–30 % syöpäpotilaista kärsii kutinasta. Kutina jaetaan perifeeriseen (nosiseptiiviseen) ja sentraaliseen (neuropaattiseen, neurogeeniseen ja psykogeeniseen) kutinaan. Perifeeristä on atooppinen ihottuma. Neuropaattinen kutina voi johtua vyöruususta, neurogeeninen syövästä tai opioideista ja psykogeeninen kutinaa aiheuttavasta harhaluulosta.

Kutinan paikallishoitona käytetään perus- ja kortikosteroidivoiteita. Muita hoitokeinoja ovat sinkkisalvasukat, keittosuolalla kostutetut kääreet ja mentoli sekoitettuna perusvoiteeseen (Isoherranen, 2018d, s. 86–87). UV-valohoito hillitsee tulehduksia iholla, ja sitä voidaan käyttää erityisesti munuaisten vajaatoimintapotilaiden kutinaan. Lääkehoitona kutinaan käytetään väsyttäviä antihistamiineja, kortikosteroideja, eri masennuslääkkeitä, gabapentiiniä (syövän ja

opioidien aiheuttamaan kutinaan), naltreksonia (spinaalisesta opioidista johtuvaan kutinaan) ja ondansetronia (kolestaasissa ja kroonisessa munuaisten vajaatoiminnassa).

Hikoilun syytä on monia. Palliatiivisen hoidon potilaalla perussairaus aiheuttaa lisääntyvää hikoilua, erityisesti rintasyövässä ja eturauhassyövässä esiintyy kuumia aaltoja usein (Isoherranen, 2018b, s. 87–88). Myös lääkkeet, kuten morfiini, aiheuttavat hikoilua. Ei-hormonaalisen hikoilun lääkehoitona käytetään SSRI- ja SNRI-masennuslääkkeitä sekä gabapentiiniä. Kuumessa hikoiluun tehoavat antipyreettiset lääkkeet. Kuumien aaltojen hormonaalisena hoitona käytetään estrogeeniä, kuitenkin huomioiden syöpäpotilaat.

Ihoinfektioita aiheuttavat bakteerit, virukset ja sienet. Stafylokokki (aureus) ja streptokokki (pyogenes) ovat yleisimpiä bakteereja, jotka aiheuttavat ihoinfektioita kuten ruusua, märkärupsea ja kynsivallitulehdusta (Isoherranen, 2018c, s. 88). Hoitona toimii mikrobilääkehoito. Tyyppisimmät virusinfektiot ovat herpes huulella ja Varicella zosterin aiheuttamat vesirokko ja vyöruusu, joihin lääkehoitona voidaan käyttää herpeslääkkeitä, kuten asikloviiriä (Saano & Taam-Ukkonen, 2020, s. 599). Sieni-infektioita aiheuttavat tavallisesti silsasienet kynsissä ja varvasväleissä. Myös hiivainfektiot kuuluvat sieni-infektioihin (Isoherranen, 2018c, s. 89–90). Näihin hoitona käytetään eri sienilääkityksiä.

Lymfaturvotus aiheuttaa turvotusta ja ihon pingotusta raajoissa ja kudoksissa. Se tuntuu painavalta ja rajoittaa liikettä sekä aiheuttaa helposti haavoja ja infektiota iholle (Kömi & Hänninen, 2015, s. 187–188). Imusuoniston lymfavirtaus ei kulje normaalisti, vaan kudosteneste jää kudoksiin ja aiheuttaa turvotusta. On tärkeää pitää iho kimmoisana rasvaamalla ja estää ihoalueen rikkoutumista, kuten välttämällä verenpaineen mittausta. Hoitona käytetään tukisukkia, -hansikkaita ja -sidoksia. Myös lymfahieronta helpottaa turvotuksia, vaikka siitä ei ole tutkimusnäyttöä.

2.5.6 Keskushermosto-oireet

Delirium eli sekavuusoireyhtymä on merkittävä keskushermosto-oire palliatiivisessa hoidossa. Kallion (2015d, s. 179) mukaan aiemmissä tutkimuksissa on käynyt ilmi, että jopa kolmannes palliatiiviseen hoitoon tulevista kärsii deliriumista. Pitkälle edenneessä syövässä deliriumia esiintyy 80 %:lla sairauden loppuvaiheessa (Janes, 2015a, s. 170). Epilepsia ja erilaiset halvausoireet kuuluvat keskushermosto-oireisiin palliatiivisessa hoidossa. Epilepsiaa hoidetaan asianmukaisella lääkehoidolla (Kallio, 2015a, s. 176). Halvausoireita eli motorisia ja

sensorisia keskushermosto-oireita hoidetaan ja kuntoutetaan fysioterapian avulla, johon kuuluvat asento- ja liikehoito sekä apuvälineet ja tuet (Kallio, 2015c, s. 177). Fysioterapia ja sen tarjoama kuntoutus on osa palliatiivista hoitoa, sillä se lisää potilaan elämänlaatua ja lievittää oireita.

Delirium on kokonaisvaltainen aivotoiminnan häiriö, joka voi johtua sairaudesta, kemiallisesta aineesta tai erilaisista elimellisistä syistä (Janes, 2015a, s. 170; 2018, s. 72). Tällaisia ovat aivokasvaimet tai -etäpesäkkeet, munuaisten vajaatoiminta, verenkierrosta, hapetuksesta ja metaboliasta johtuvat syyt kuten hypoksia tai hypoglykemia, elektrolyytti- ja nestetasapainohäiriöt kuten kuivuminen, vakavat tulehdus- tai kiputilat sekä lääkkeet kuten PKV-lääkkeet ja toksiinit. Vanhuksen delirium on yleistä iäkkäillä, jopa 80 % kärsii siitä saattohoidossa (Laurila, 2015, s. 172). Syynä on usein muistisairaus tai heikko neste- ja ravitsemustila.

Delirium on vakava tila, jossa henkinen suorituskyky laskee äkillisesti ja kokonaisvaltaisesti (Janes, 2018, s. 72). Se on havaittavissa neurokognition eli henkisen suorituskyvyn eri järjestelmissä, kuten vireystilassa, tiedonkäsittelyssä ja toiminnanohjauksessa mukaan lukien tunne-elämän säätelyn (mts. 72; Kallio & Vainio, 2018, s. 77). Potilas tuntee olonsa sekavaksi aikaan, paikkaan ja itseensä nähden ja käyttäytyy oudosti (Janes, 2015a, s. 170–171; 2018, s. 72). Lisäksi oireiden rajut ja äkilliset muutokset ovat tyypillisiä kuten vireystilassa, uni- ja valverytmisissä, kontakti- ja tarkkaavaisuuskyvyssä. Potilas voi kuljeskella ympäriinsä tai hypistellä jotain käsissään. Hyperaktiivisen deliriumin oireita ovat hallusinaatiot ja kiihtyneisyys, kun taas hypoaktiivisen deliriumin sekavuus ja tietoisuuden lasku (Janes, 2015a, s. 170–171; 2018, s. 72; Laurila, 2015, s. 173).

Deliriumin hoidossa huomioidaan syiden tunnistaminen ja mahdollisten lääkkeiden vähentäminen tai lopettaminen, myös rauhallinen hoitoympäristö on tärkeä (Janes, 2015b, s. 171–172; 2018, s. 73–74). Ensisijainen hoitokeino on lääkkeetön, mutta tarvittaessa lääkehoitona käytetään antipsykooteista eniten haloperidolia ja lisäksi bentsodiatsepiinia rauhattomuuteen. Myös läheiset tarvitsevat tukea ja tietoa deliriumista, sillä se voi olla heille ahdistava kokemus. Neurokognitiivisten keskushermosto-oireiden hoidossa on tärkeää, että potilas saa nukkua tarpeensa mukaan ja unettomuutta lääkitään (Kallio, 2015e, s. 179–180). Kommunikointitilanne ja -ympäristö pidetään rauhallisena, eikä paikalla ole hyvä olla liikaa ihmisiä. Yksi puhuu kerrallaan, ja puheen sijaan potilaan kanssa voidaan viestiä kirjoittamalla paperille.

Palliativisessa hoidossa potilailla esiintyy useita keskushermosto-oireita (Kallio, 2015b, s. 175). Ihmisen aivotoimintaa ja siksi myös keskushermosto-oireita on vaikea ja haastava ymmärtää, ja se näyttäytyy hyvin monella tavalla myös palliativisessa hoidossa. Kallion mukaan tietämys keskushermosto-oireista, niiden tunnistaminen, huomioiminen ja hoito voivat edistää hyvää palliativista hoitotyötä sekä potilaan, läheisten ja hoitohenkilöstön hyvää yhteistyötä ja hyvinvointia. Lisäksi se voi helpottaa hoitotyön kuormitusta.

2.5.7 Psykkiset oireet ja niiden psykososiaalinen tuki

Tieto vakavasta, erityisesti parantumattomasta sairaudesta, aiheuttaa ihmiselle ja hänen läheisilleen suuren kriisin ja psyykkisen kuormittumisen. Se tuo ajatuksen omasta kuolemasta lähelle ja ahdistaa ihmistä (Räsänen, 2019, s. 109–110). Pelko aiheuttaa monia psyykkisiä oireita, syöpäpotilaista noin kolmasosa kärsii niistä jossain vaiheessa (Idman, 2015, s. 218–219). Parantumaton sairaus muuttaa kehon toimintoja ja tuo mukanaan uhkakuvia, mihin mielen täytyy sopeutua. Palliativisessa hoidossa kuuntelu ja keskustelu hyvässä vuorovaikutuksessa ja ammattitaitoinen hoidon ohjaus tukevat potilaan psyykkistä tasapainoa (Idman, 2015, s. 219; Räsänen, 2019, s. 110).

Psyykkiset oireet lisääntyvät fyysisten oireiden ohella, ja palliativisessa hoidossa niiden havaitseminen on haastavaa, sillä ne sekoittuvat sairauden muihin oireisiin (Hänninen, 2015a, s. 33). Kuten keuhkosityövän ja kroonisten hengityselinsairauksien yksi yleisimmistä oireista on masennus ja ahdistuneisuus hengenahdistuksen, yskän ja väsymyksen lisäksi (Walker ym., 2025, s. 1).

Psyykkisiä oireita ovat masennus, ahdistus, väsymys ja unettomuus (Idman, 2015, s. 219–223; 2018, s. 104–106). On tärkeää löytää keinoja niiden helpottamiseksi. Psyykkisten oireiden hoidossa olennaista on, että potilaan kanssa keskustellaan, häntä kuunnellaan ja hänen voinnistaan kysytään. Palliativisessa psyykkisten oireiden hoidossa huomioidaan läheiset, potilaan arjen sujuminen, ja että oire- ja kivunhoito ja hoitosuunnitelma toteutuvat potilaan toiveita kunnioittaen. Lääkehoitona lyhytkestoisiin oireisiin käytetään nukahtamislääkkeitä ja anksiolyyttejä, sillä unenhoito on tärkeää. Masennus- ja ahdistusoireiden pitkittyessä käytetään mielialalääkkeitä yhdessä keskustelu- ja terapiapalveluiden kanssa. Tavallisimpia mielialalääkkeitä ovat mirtatsapiini, essitalopraami ja sertraliini, ja ne valitaan oireiden mukaan. Varhainen oireiden tunnistaminen ja lääkityksen aloitus on olennaista, sillä lääkävasteeseen

kuluu muutama viikko. Psykoterapia palliatiivisessa hoidossa voi lievittää potilaan masennus- ja ahdistusoireita ja kohentaa elämänlaatua, tutkimuksen mukaan erityisesti masennusta (Fulton ym., 2018, s. 1024).

Psykkiset oireet ovat yleisiä palliatiivisessa hoidossa, sillä masennusta esiintyy noin 25 %:lla ja ahdistuneisuutta noin 10 %:lla (Räsänen, 2019, s. 108). Siitä huolimatta nämä häiriöt palliatiivisessa hoidossa ymmärretään usein väärin, ne jäävät alidiagnosoiduiksi ja siten hoitamatta (Salman ym., 2019, s. 311). Siksi psykososiaalisen tuen merkitys on kasvanut palliatiivisessa hoidossa (Räsänen, 2019, s. 108). Syöpäjärjestöjen (i.a.) mukaan psykososiaalinen tuki tarkoittaa ”kokonaisvaltaista psyykkistä, sosiaalista ja henkistä tukea”, jolla autetaan potilaan sopeutumista ja selviytymistä sairauden eri vaiheissa ja sen tilanteissa. Psykososiaalinen tuki asiakkaan ja potilaan hoidossa on keskustelua, kuuntelua ja voinnin huomioimista. Palliatiivisen ja saattohoidon hoidon kolmiportaisen mallin mukaan se toteutuu kaikilla tasoilla ja kuuluu kaikkien hoitoon osallistuvien tehtäviin (Räsänen, 2019, s. 108–110). Ajatukset kuolemasta tuovat potilaan monet psykososiaalisen tuen tarpeet ja toiveet esiin, joissa tukena ovat sairaalapapit tai sielunhoitajat ja psykiatrian tarjoamat palvelut ja terapiat. Kaikessa tässä merkittävä tekijä on palliatiivinen yksikkö, jonka varhainen mukaantulo edistää palliatiivista hoitoa monella tavalla. Palliatiivisen yksikön hyödyntäminen vähentää masennusta, tarjoaa laajan osaamisen hoitojärjestelyissä, parantaa elämänlaatua ja siten mahdollisesti myös vähentää psykiatrian tarvetta.

2.6 Palliatiivisen hoitotyön arvot

Palliatiivisessa hoidossa ollaan elämän ja kuoleman lähellä. Ihmiselämän peruskysymysten äärellä nousee esiin eettinen ulottuvuus. Kuoleman ja syntymän hetkellä ihminen on muiden armoilla. Parantumaton sairas ihminen ja hänen läheiset haluavat tulla kohdatuksi ja hoivatuksi kunnioittavalla ja arvokkaalla tavalla (Terkamo-Moisio, 2018, s. 34–35).

Hoitaminen tarkoittaa inhimillistä ja eettistä toimintaa, jolla pyritään hyvään ja edistämään toisen ihmisen hyvää (Leino-Kilpi, 2014, s. 23). Ammatillinen hoitaminen on hoitotyötä, joka pohjautuu hoitotieteeseen. Hoitotyöntekijöitä ovat sairaan- ja terveydenhoitajat, lähihoitajat ja kättilöt. Sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävä ja toiminta perustuu etiikkaan, ja se koskee kaikkia siinä toimijoita (Kangasniemi ym., 2021, s. 4). Etiikka pohjautuu ”henkilökohtaisiin arvoihin, mutta työssä sitoudutaan yhteisiin arvoihin” (mts. 44). Eettiset ohjeet viestivät

ammattilaisille, potilaille ja asiakkaille mihin arvoihin toiminta perustuu. Etiikka toteutuu potilaan kohtaamisessa, ammattilaisten välisessä yhteistyössä ja potilaan hoidon päätöksenteossa (mts. 4). Sosiaali- terveydenhuollossa toimivilla on omat ammattieettiset ohjeet sekä yhteiset eettiset periaatteet, joihin ammattilaisten työ perustuu (mts. 17).

Suomessa valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE kokosi sosiaali- ja terveydenhuollossa toimiville yhteiset eettiset periaatteet, jotka muodostuivat eri ammattiryhmien eettisten ohjeiden keskeisistä periaatteista (ETENE, 2011). Tähän liittyen myös Louhiala ja Launis (2009, s. 30–37) tuovat esiin parantamisen ja hoitamisen kuusi periaatetta: ihmiselämän kunnioittamisen, ihmisarvon kunnioittamisen, itsemääräämisen (autonomian kunnioittamisen), hoitamisen, hyödyn maksimoimisen ja oikeudenmukaisuuden periaatteen.

Yhteisissä eettisissä periaatteissa kaiken perusta on ihmisarvon ja ihmisen kunnioittaminen (ETENE, 2011, s. 5–7). Niihin liittyvät keskeisesti ihmisen perusoikeudet, ihmisoikeudet, itsemääräämisoikeus ja valinnanvapaus. Ihmisarvoon ja perusoikeuksiin kuuluvat keskeisesti yhdenvertaisuus, tasapuolisuus ja -arvo ja syrjimättömyys. Näiden tulee toteutua myös potilaan läheisten ja omaisten kohtaamisessa. Eettisissä suosituksissa tulee esiin myös oikeus hyvään, oikeudenmukaiseen ja suhteellisen lähellä olevaan hoitoon, joka huomioi potilaan yksilöllisesti, suvaitsevaisesti ja kokonaisvaltaisesti. Suosituksissa korostetaan myös inhimillistä ja toista arvostavaa vuorovaikutusta potilaan ja ammattilaisen välillä sekä ammattilaisten kesken. Eettisissä suosituksissa painotetaan ammattilaisten vastuuta työnlaadusta, kuten huomioiden potilaan ikä ja haavoittuvat potilaat. Suosituksissa on huomioitu myös eettinen vastuu ja toimintakulttuuri koko sote-alalla.

Eettiset periaatteet näyttäytyvät myös elämän loppuvaiheen ennakoivassa hoitosuunnitelmassa (ACP). Se pohjautuu potilaan itsemääräämisoikeuden eli autonomian eettiseen periaatteeseen (Dahlin & Wittenberg, 2019, s. 66). ACP muodostuu käytyjen keskustelujen perusteella vaiheittainen, ja se on sosiaalinen prosessi, joka tukee potilaan hallintaa omasta terveydestään ja valmistaa häntä mahdolliseen tilanteeseen, jossa päätöksenteko puuttuu. Keskustelujen ja ACP:n lähtökohtana on selvittää potilaan arvot, tavoitteet, pelot ja huolet, huomioiden potilaan oikeuden kivun ja oireiden hallintaan ja lievitykseen. ACP helpottaa myös muiden vastuuta päätöksenteosta.

3 SISÄTAUTIPOTILAAN HOITOTYÖ

3.1 Sisätautiosastot Seinäjoen keskussairaalassa

Tämä opinnäytetyö kohdistettiin palliatiivisen hoitotyöhön toteutumiseen sisätautiosastoilla. Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue (Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue (HyvaEP), i.a.-b) on tehnyt lista yleisimmistä sisätautisairauksista, jotka ovat diabetes, endokrinologia (hormoneja tuottavien elinten sairaudet), infektiosairaudet, munuaissairaudet (nefrologia), sydänsairaudet (kardiologia), reumasairaudet (reumatologia) sekä sisätaudit.

Seinäjoen keskussairaalan sisätautien avohoitoyksikköjä ovat muun muassa sisätautien poliklinikka, hematologia, dialyysi ja diabeteskeskus (HyvaEP, i.a.-a). Näiden lisäksi potilaat, jotka tarvitsevat pitkäaikaista sairaalahoitoa, hoidetaan tarpeensa mukaan sisätautiosastoilla. Potilaat tulevat aina osastolle lääkärin läheteellä. Seinäjoen keskussairaalan sisätautiosastoja ovat keuhko- ja infektio-osasto, sydän- ja munuaissairauksien osasto sekä neurologian ja hematologian osasto. Usein myös sisätautien erikoisalojen potilaita, jotka ovat sairastuneet äkillisesti, hoidetaan myös päivystysosastolla.

Keuhko- ja infektiosairauksien osastolla tutkitaan ja hoidetaan potilaita, joilla on erilaisia keuhkosairauksia kuten keuhkohtaumatauti, hengitystieinfektio, astma, tuberkuloosi tai keuhkosityöpä (HyvaEP, i.a.-a). Lisäksi osastolla hoidetaan infektiosairauksien potilaita, joilla on esimerkiksi sepsis, virtsatieinfektio, ruusu tai tulehtuneet haavat. Sydän- ja munuaissairauksien osastolla hoidetaan sydänsairaita potilaita, joilla on esimerkiksi sepelvaltiotauti, sydäninfarkti, sydämen rytmihäiriö, sydämen vajaatoiminta, hengenahdistus, ja niitä potilaita, joille on tehty sydänleikkaus. Lisäksi osastolla hoidetaan ja tutkitaan munuaissairaita potilaita, joilla on akuutti munuaisten vajaatoiminta, peritoniitti, peritoneaalidialyysipotilaat tai myyräkuume. Neurologian ja hematologian osastolla hoidetaan potilaita, joilla on esimerkiksi aivoverenkiertohäiriöitä, epilepsia, MS-tauti, migreeni, Parkinsonin tauti tai leukemia.

3.2 Potilasohjaus hoitotyössä

Kun sisätautipotilas saa diagnoosin, ohjauksen merkitys korostuu (Holmström ym., 2022a, s. 64–94). Hoitohenkilökunnan tulee rohkaista potilasta muuttamaan elämäntapansa terveellisempään suuntaan. Esimerkiksi, kun potilaalle diagnosoidaan sepelvaltimotauti, on lääkärin

ja hoitohenkilökunnan tehtävä antaa potilaalle riittävästi tietoa taudin erityispiirteistä ja sen hoitovaihtoehtoista. Kun potilas saa alkuohjauksen ja hänen oireensa ovat hyvällä hoitotasapainolla, voidaan potilasta siirtää avoterveydenhuollon seurantaan, jolloin potilas käy säännöllisesti terveyskeskuksessa kontrollissa. Potilasta tulisi neuvoa hakeutumaan hoitoon, jos oireet muuttuvat, pahenevat tai akuutti kohtaaminen yllättää tai pitkittyy. Tällöin tilanne tulee arvioida ja hoitaa erikoissairaanhoidossa, kunnes saadaan korkean riskin tekijät hoidettua tai voidaan todeta, että tauti on edennyt niin pitkälle ja potilaan tila on sellainen, että ainoa mahdollinen vaihtoehto on oireenmukainenhoito.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjät ovat hyvin monimuotoinen ryhmä ja heidän tarpeensa tulee huomioida yksilöllisesti (Huovinen ym., 2023, s. 65–66). Palvelutarpeen tunnistaminen ja arvioiminen on tärkeä osa ammattitaitoa. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) yhteistyössä THL:n kanssa laativat yhtenäiset hoidon periaatteen ja ohjaavat niiden valtakunnallista toteutumista. Lisäksi THL seuraa ja arvioi hoidon periaatteiden toteutumista hyvinvointialueilla yhteistyössä hyvinvointialueiden eri toimijoiden kanssa.

3.3 Sisätautisairaudet ja elintavat

Monilla sisätautisairauksilla on samoja syitä tautien puhkeamiseen, kuten perinnölliset tekijät ja elämäntavat (THL, 2023c). Esimerkiksi sydän- ja verisuonitautissa perinnöllisten tekijöiden lisäksi sairastumisen riskiä lisää huomattavasti kohonnut verenpaine, tupakointi, korkea kolesterolipitoisuus sekä ruoasta saatu rasvanpitoisuus. Kansanväliset sekä suomalaiset tutkimukset ovat osoittaneet, että sydän- ja verisuonitautien aiheuttamaa sairastavuutta voidaan huomattavasti vähentää vaikuttamalla erilaisiin riskitekijöihin, jotka liittyvät elintapoihin ja elinympäristöön (Jousilahti ym., 2024). Sairauksien ennaltaehkäisy on erityisen tärkeää alueilla ja maissa, joissa hoitomahdollisuudet ovat rajalliset. Pelkästään yksilön tasolla elintapojen muuttaminen ei ole riittävä, vaan siihen tarvitaan yhteiskunta, joka tekee muutoksia terveyteen ja hyvinvoinnin tukemiseksi.

Monet sisätautisairaudet kuuluvat kansantauteihin kuten diabetes, sepelvaltimo- ja verenpainetauti (Oulun yliopistollinen sairaala, i.a.). Kansantaudit ovat hyvin yleisiä väestössä, ja ne aiheuttavat merkittävästi kuolleisuutta väestössä (THL, 2023d). Kansantaudilla on iso merkitys kansantalouteen, koska taudit vaikuttavat työkykyyn ja vaativat usein terveydenhuollon palveluiden pitkäaikaista käyttöä. Kansantautien taustalla on monia riskitekijöitä, jotka liittyvät

elintapoihin. Kansantautien riskitekijöitä ovat muun muassa epäterveellinen ruokavalio, alkoholin liikkäyttö, lihavuus sekä liikunnan puute.

Tyypin 2 diabeteksen riskiä lisää lihavuus, liikunnan puute ja rasva-aineenvaihdunnan häiriö eli metabolinen oireyhtymä (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2023). Kun sairaus etenee, diabeteksen luonne voi muuttua. Tämä takia on tärkeä hoitaa diabeteksen vaikeusastetta ja ehkäistä komplikaatioita, jotka vaikuttavat hyvin pitkään potilaan elämänlaatuun ja taudin ennusteeseen. Tämä vaatii moniammatillista tukea ja ohjausta sekä ennustetta parantavaa lääkehoitoa. Tyypin 2 diabeteksella on todettu olevan monia komplikaatioita (Diabetes ja sydän, 2019). Lisäsairauksien ja niiden ennaltaehkäisyn tuntemuksella voidaan tuoda merkittävästi hyötyä sekä yksilölle että yhteiskunnalle. Sisätautipotilaan sairauden ennusteeseen voidaan vaikuttaa liitännäissairauksien, muun muassa diabeteksen, verenpainetaudin, sydämen vajaatoiminnan ja sepelvaltimotaudin asianmukaisella hoidolla (Terveyskylä, 2020).

3.3.1 Keuhkohtaumatauti (COPD)

Keuhkohtaumatauti (COPD eli chronic obstructive pulmonary disease) on keuhkojen pitkäaikainen sairaus, jolle ovat yleisiä krooninen etenevä hengitysteiden ahtaus, keuhkoputkentulehdus ja keuhkolaajentuma (Lehto, 2015, s. 466). Yleisin aiheuttaja keuhkohtaumataudissa on tupakointi. Usein oireiden taustalla on keuhkoputkien ahtautuminen ja lisääntynyt limaneritys, joka johtuu tulehdussolujen kerääntymisestä ja aktivoitumisesta hengitysteiden limakalvolla. Toinen tärkeä tekijä on keuhkorakkuloiden tuhoutuminen eli emfyseema. Tämä heikentää hengityskaasujen vaihtoa ja pahentaa keuhkoputkien ahtautumista erityisesti, kun keuhkokudoksen juostavuus heikkenee. Nämä tekijät aiheuttavat hengenahdistusta ja limaista yskää, jotka ovat COPD-potilaiden tyypillisiä oireita. Sairauteen ei tunneta parantavaa hoitoa paitsi keuhkosiirtoa. Oireita kuitenkin voidaan helpottaa tupakoinnin lopettamalla, lääkehoidolla ja kuntoutuksella.

Vaikeassa keuhkohtaumataudissa potilaalla voi tulla esiin muitakin keuhkojen ulkopuolisia tauteja, kuten sepelvaltimotautia, valtimonkovettumatautia, osteoporoosia, diabetesta, kakeksiaa, uupumusta, masennusta sekä keuhkosityöpää (Lehto, 2015, s. 466). Keuhkohtaumataudin palliatiivisen hoidon tarve on suuri, koska taudin ennustetta on vaikea arvioida. Lehton (2015, s. 468) mukaan COPD:n kehittyminen on pitkä prosessi, joka kestää yleensä vuosia ja usein siihen kuuluu toistuvia pahenemisvaiheita, joista potilas voi joko selviä hyvin tai

kuolla niihin. Pitkälle edennyt COPD-potilas kärsii monista fyysisistä ja psyykkisistä oireista. Näistä yleisin ja hankalin oire on hengenahdistus. Pitkälle edenneessä keuhkohtaumataudissa on tärkeä tehdä ennakoiva hoitosuunnitelma (ACP), jossa käydään keskustelua potilaan toiveista ja peloista sairauden edetessä, taudin luonteesta ja ennusteesta, hoitomenetelmistä sekä mahdollisesti elämän loppuvaiheen hoidon suunnitelmista ja tavoitteista (Lehto, 2015, s. 468; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020).

Pahenemisvaiheessa lääkehoitoon kuuluvat bronkodilatoivat lääkkeet, systeemiset steroidit, antibiootit ja hapen anto varovasti (Lehto, 2015, s. 472). Jos näistä huolimatta hengenahdistus on hankalaa tai potilaalla ilmenee hengitysvajaus ja respiratorinen asidoosi, tulee miettiä NIV-hoidon aloitusta. COPD-potilaalla NIV-hoito korjaa hengitysvajasta, helpottaa hengenahdistusta ja vähentää intubaation tarvetta. Lisäksi sairaalahoidon aika lyhenee ja kuolleisuus pienenee. On syytä siirtyä palliatiiviseen hoitoon, jos potilas ei näytä toipuvan pahenemisvaiheesta. Tämä tarkoittaa oireiden, kuten hengenahdistuksen hoitamista esimerkiksi opioideilla, ja tarpeettomien hoitojen ja tutkimusten lopettamista. Kun kuolema lähestyy, on tärkeää noudattaa saattohoidon periaatteita.

3.3.2 Infektiot palliatiivisella potilaalla

Palliatiivisen hoidon pituus vaihtelee potilaiden välillä päivistä vuosiin riippuen potilaan sairauden ennusteesta (Anttila, 2015, s. 478). Tämän takia infektioiden hoito riippuu potilaan sairauden tilanteesta. Vakavan perussairauden lisäksi, usein elämänloppuvaiheessa olevalla potilaalla kehittyy infektio, joka on lopulta kuoleman aiheuttaja. Infektioiden hyvä hoito vähentää potilaiden oireita, helpottaa kipuja ja väsymystä, alentaa kuumetta sekä kohentaa yleisvointia. Infektioiden asianmukainen hoito on myös osa potilaan oireenmukaista hoitoa.

Anttila (2015, s. 478) korostaa, että palliatiivisessa vaiheessa hoitavan lääkärin on tärkeä miettiä, onko aktiivisesta infektioiden hoitamisesta potilaalle enemmän hyötyä vai haittaa. Jos potilas on kuolemaa lähellä, infektioiden hoidosta seuraa haittaa, koska se pitkittää vain potilaan kärsimystä. Lisäksi mikrobilääkkeillä on myös haittavaikutuksia, jotka voivat altistaa potilaan vielä hankalammille infektioille, esimerkiksi *Clostridium difficile* -antibiotiiripulille.

Infektion oireita voivat olla kuume, joskus myös alilämpö, Matala verenpainen, yleistilan ja tajunnantason aleneminen, ripuli ja oksentelu sekä yskä (Anttila, 2015, s. 479). On tärkeää huomioida myös ihon, suun, limakalvojen, vatsan alueen ja peräaukon alueen oireita, koska

niistä saadaan merkittävää tietoa, mikä on infektion aiheuttanut. On myös tärkeä erottaa, että esimerkiksi syöpäpotilaalla nämä oireet voivat johtua itse syöpätaudin etenemisestä eikä infektiosta. Ennen mikrobilääkityksen aloittamista tulisi ottaa tarvittavat mikrobiologiset näytteet, kuten veriviljelyt ja viljelynäytteet infektiopesäkkeistä esimerkiksi virtsasta ja märkäeriteistä. Näin saadaan tietoa, mikä antibiootti tehoaa parhaiten infektion hoidossa. Kun arvioidaan potilaan kokonaistilannetta ja päädytään lopettamaan mikrobilääkehoito, tulee myös lopettaa näytteidenotot, jotka eivät ole enää tarpeellisia tässä vaiheessa.

Anttilan (2015, s. 480) mukaan virusinfektiosta vyöruusu, hengitysteiden virusinfektiot ja ripulia aiheuttavat virukset, kuten norovirus, rotavirus ja enterovirukset ovat tyypillisiä palliatiivisilla potilailla. Vyöruusu syntyy, kun potilaan vastustuskyky heikkenee ja vesirokkovirus aktivoituu. Se ilmenee ensin paikallisella kivulla ja ihoärsytyksenä, johon syntyy rakkuloita muutamassa vuorokaudessa. Sen aiheuttama kipu voi jatkua vielä kuukausia. Tämän takia vyöruusua tulee hoitaa palliatiivisessakin hoidossa, jotta voidaan vähentää neuropaattisen kivun riskiä. Vyöruusussa varhain aloitettu hoito asikloviirilla tai valasikloviirilla voi vähentää kipua myöhemmin. Influenssa ja hengitystieinfektioiden diagnosointi perustuu näyteisiin, joita voidaan ottaa nenänielusta tai keuhkojen huuhtelunäytteistä. Influenssan hoidossa on käytössä asianmukaiset viruslääkkeet, kuten oseltamiviiri tai tsanamiviiri. Anttila (2015, s. 480) painottaa, että infektion hoidon valinnassa on tärkeä miettiä, onnistuuko infektion hoitaminen suun kautta otettavilla mikrobilääkkeillä vai tuleeeko lääke antaa laskimon sisäisesti. Usein potilaan vointi kertoo, mikä hoito hänelle sopii parhaiten ja voiko hoito tapahtua kotona.

3.3.3 Munuaisten vajaatoiminta

Väestön ikääntyessä, verenpainetaudin, lihavuuden ja 2 tyypin diabeteksen lisääntyessä myös munuaisten vajaatoiminta on yleistynyt (Martola & Wuorela, 2015, s. 484). Hoito on pitkälti oireenmukaista, ja sillä pyritään hidastamaan taudin etenemistä ja estämään sen aiheuttamat komplikaatiot. Sahan (2021) mukaan munuaistautia voidaan luokitella eGFR:n avulla. GFR (glomerular filtration rate) tarkoittaa glomerulusten eli hiussuonikerästen suodatusnopeutta munuaisissa (Tunturi, 2024). eGFR tarkoittaa laskennallista munuaisten suodattumisnopeutta. Munuaisten vajaatoiminnasta puhtaan silloin, kun eGFR on alle 60 ml/min, vaikeaasteinen, kun GFR on alle 30 ml/min (Saha, 2021). Edenneessä munuaisten vajaatoiminnassa GFR on alle 15 ml/min. Ikääntyessä GFR laskee 30–45 ml/min, vaikka ei olisi munuaistautia.

Martola ja Wuorela (2015, s. 484) toteavat, että munuaisten vajaatoiminta etenee usein hitaasti vuosien varrella ennen kuin varsinaiset oireet alkavat näkyä. Kun eGFR on alle 20 ml/min, alkaa potilaan toimintakyky ja yleistila heikentyä sekä kutina ja suonenvedot lisääntyä. Pahoinvoinnin myötä, ruokahalu vähenee ja paino alkaa laskemaan. On tärkeää myös huomata, että paino voi pysyä samana tai jopa nousta, jos nesteet alkavat kertymään elimistöön. Lisäksi mielialavaihtelut, seksuaalinen haluttomuus sekä unihäiriöt lisääntyvät taudin edetessä. Nämä oireet esiintyvät, kun kuona-aineiden eritysvähenee, hormonieritykseen tulee muutoksia ja happoemästasapaino sekä neste- ja elektrolyyttitasapaino häiriintyvät.

Munuaisten vajaatoiminnassa palliatiivinen hoito alkaa taudin toteamisesta ja jatkuu pitkään elämää (Martola & Wuorela, 2015, s. 484). Munuaistaudin etenemisen hidastamiseksi tärkeimmät keinot ovat verenpainetaudin, valtimotaudin ja diabeteksen tehokas hoito, munuaistoksisien lääkkeiden välttäminen, painnonhallinta, tupakoinnin lopettaminen, runsaan proteiinin saannin välttäminen sekä suolarajoitus (alle 5 g/vrk). Kun tauti etenee ja potilaan toimintakyky heikkenee, hoidon painopiste tulisi siirtyä pikkuhiljaa taudin etenemisen hidastamisesta oireiden hallintaan.

Martola ja Wuorela (2015, s. 485) toteavat, että hoidon valintaan vaikuttavat merkittävästi potilaan oireet ja perussairaudet, ikä, ravitsemustila sekä munuaisten vajaatoiminnan vaikeusaste. Esimerkiksi ikäihmisillä dialyysihoidon aloittaminen heikentää toimintakykyä merkittävästi eikä lievitä kaikkia oireita kuten univaikeutta, uupumusta, kylmän sietokykyä ja alaraajojen heikkoutta. Potilaalle tulisi antaa riittävästi tietoa sairaudesta ja sen etenemisestä sekä hoitovaihtoehdoista, sillä hoitopäätös tehdään yhdessä potilaan ja hoitavan lääkärin kanssa.

3.3.4 Sydämen vajaatoiminnan hoito elämän loppuvaiheessa

Sydämen vajaatoiminnassa eli sydäninsuffisienssissa, sydän ei pysty normaalisti pumppaamaan kehon vastaavaa minuuttitilavuutta (Holmström ym., 2022, s. 86). Kyseessä on oireyhtymä, joka on syntynyt sydän- ja verenkiertosairaudesta. Se voi johtua useista eri tekijöistä, kuten häiriintyneestä sepelvaltimovirtauksesta, epätavallisesta sydämen rytmistä, vaurioituneesta sydänlihaksesta tai sydänläppien toiminnan häiriöstä. Mustosen (2015, s. 494) mukaan tavallisimpia aiheuttajia ovat sepelvaltimotauti (70 %), verenpainetauti (10 %) sekä läppäviat (10 %).

Vajaatoiminnan oireita ovat usein alentunut suorituskyky, hengenahdistus ja turvotukset erityisesti nilkoissa (Mustonen, 2025, s. 494). Näiden oireiden lisäksi diagnoosi varmistuu vasta, kun todetaan sydämen toiminnassa ja rakenteessa poikkeavuutta. Sydämen vajaatoiminnassa hoidon valintaan vaikuttavat vajaatoiminnan syy tunnistaminen.

Mustosen (2015, s. 501) mukaan tuoreimmat hoitosuositukset kertovat sydämen vajaatoiminnan loppuvaiheen hoidon ongelmista. Terveystieteiden organisaatioilla ei ole riittävästi tietoa sydämen vajaatoiminnan palliatiivisesta hoidosta ja sen mahdollisuuksista. Palliatiiviseen hoitoon siirtyminen vaatii kokemusta sekä sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksista erikoisosaamista ja tuntemusta. Lisäksi on ollut haasteita hoitavien yksiköiden kanssa siinä, että kenen tulisi aloittaa keskustelu palliatiiviseen hoitoon siirtymisestä. Jos hoitosuunnitelma ja siihen liittyvät keskustelut siirretään liian pitkälle, se voi vaikuttaa negatiivisesti potilaan loppuvaiheen elämänlaatuun. On todistettu, että hyvä palliatiivinen hoito vähentää potilaan oireita ja lisää hänen ja omaistensa tyytyväisyyttä. Lisäksi sydämen vajaatoiminnan palliatiivinen hoito vaatii tiivistä yhteistyötä eri kardiologisen erikoissairaanhoidon ja palliatiivisen yksiköiden kanssa.

3.3.5 Leukemian palliatiivinen hoito

Leukemia on verisyöpä, joka johtuu valkosolujen muuttumisesta pahanlaatuisiksi verisyöpäsoluiksi (Kontro, 2022). Leukemiassa syöpäsolut kiertävät luuytimessä ja veressä. Niistä ei muodostu yksittäistä syöpäkasvainta, kuten monissa muissa syöpämuodoissa. Syöpäsoluja kerääntyy imusolmukkeisiin ja muihin elimiin kuten pernaan ja keskushermostoon. Leukemiat voidaan jakaa kahteen ryhmään, akuutit leukemiat ja krooniset leukemiat. Leukemian hoito riippuu sen tyypistä ja potilaan muista sairauksista.

Kontron (2022) mukaan akuutissa leukemiassa yleiset oireet ovat verenvuodot erityisesti limakalvoilta, tulehdukset, yleistilan lasku ja luukipu. Myös akuutissa leukemiassa on kaksi ryhmää, jotka ovat myeloinen ja lymfaattinen. Akuutti leukemia hoidetaan usein solunsalpaajayhdistelmillä. Hoitoon voi liittyä hankalia tulehduksia, ja siitä huolimatta hoitoa jatketaan, koska ilman hoitoa potilas voi menehtyä hyvinkin nopeasti. Hoidon tärkein osa on vähentää potilaan oireita esimerkiksi verensiirrolla, antibioottilähdöllä, pahoinvointi- ja kipulääkkeillä. Oireenmukainen hoito on myös tärkeä, kun leukemia etenemistä ei voida pysäyttää tai hidastaa leukemialääkkeillä.

Kroonisessa leukemiassa oireet kehittyvät hitaasti, sillä potilas voi olla pitkään oireeton (Kontro, 2022). Se voidaan sattumalta havaita esimerkiksi terveystarkastuksessa (Salonen, 2019). Krooninen leukemia esiintyy useimmin miehillä kuin naisilla. Tautiin liittyy punasolujen ja verihiutaleiden hajoamista elimistössä, jonka seurauksena voi esiintyä anemiaa tai trombositopeniaa ja mustelmataipumusta. Krooninen leukemia laskee elimistön puolustuskykyä, ja sairastavat voivat altistua herkemmin erilaiselle kuume- ja virustaudeille. Tutkimukset ovat osoittaneet, että hoidon aloittaminen oireettomalle potilaalle on haitallisempaa kuin pelkkä seuranta. Hoitaval lääkäri päättää, aloitetaanko hoitoa vai jäädäänkö seurantalinjalle. Seurantalinjaan vaikuttaa potilaan yleisvointi ja tautiin liittyvät muutokset. Hoidon aloittamisen tekijät ovat potilaan oireet, veritulosten selvä huononeminen, veren valkosolujen määrään nopea kasvu, imusolmukkeiden ja pernan suuri kasvu.

Leukemian palliatiivisen hoidon vaiheen määrittäminen on hankalaa, koska taudissa on yleistä nopeasti muuttuvat tilanteet (Terveyskylä, 2022). Välillä jopa haastavissa tilanteissa voidaan hematologisilla hoitovaihtoehtoilla vaikuttaa taudin etenemiseen. Usein oireita helpottavaa hoitoa annetaan saman aikaan hematologisten hoitojen kanssa ja sitä jatketaan niin kauan, kunnes hematologisista hoidoista ei ole enää vastetta. Tällöin siirrytään palliatiiviseen hoitoon.

4 SAIRAAHOITAJAN OSAAMINEN PALLIATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ

4.1 Ammatillinen pätevyys

Suomalaisia terveydenhuollon ammattilaisia arvostetaan maailmalla ja suomalaista ammatillista koulutusta pidetään myös korkeatasoisena (Surakka ym., 2015, s. 10). Pelkkä koulutus ei kuitenkaan tuo asiantuntijuutta vaan ammattilaiseksi kehitytään, mikä vaatii elinikäistä oppimista. Surakan mukaan tämä on juuri olennaista ymmärtää palliatiivisessa hoitotyössä, sillä vaikka tilanteet saattaisivat toistua samanlaisina, niin ihmiset ovat aina erilaisia. Samanlaiset tilanteet tuovat ammattilaiselle tunteen tilanteen hallinnasta, mutta jokaiseen tapaukseen täytyy osata suhtautua yksilöllisesti muistaen potilaan kunnioitus ja itsemääräämisoikeus.

Palliatiivisen hoitotyön asiantuntijan on tunnettava laidansäädäntö ja suositukset (Surakka ym., 2015, s. 11). Terveydenhuoltolain (1326/2010) lisäksi palliatiivista hoitoa ohjaa myös vanhuspalvelulaki (980/2012), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), Käypä hoito -suositus (2019) palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta sekä suositus palliatiivisen hoidon tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa (Blomqvist ym., 2022, s. 295). Lisäksi eutanasiaa keskustellaan hallituksessa tasaisin väliajoin (Surakka ym., 2015, s. 11). Sosiaali- ja terveysministeriön alaisuudessa toimiva sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta on myös laatinut palliatiiviseen ja saattohoitoon liittyviä julkaisuja, jotka ovat myös hyvää materiaalia hoitohenkilökunnalle. Kaiken työskentelyn pohjana hoitohenkilökunnalta vaaditaan teorian hallintaa sekä halua ja valmiuksia hankkia tutkimustietoa ja ennen kaikkea uutta tietoa palliatiivisesta hoidosta.

Hoitohenkilökunnan on todettu tarvitsevan laaja-alaista osaamista palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteuttamisessa (Vihelä ym., 2020, s. 275). Potilasta ja läheistä kohdatessa vuorovaikutus ja kohtaamistaidot nousevat erityisen tärkeään asemaan. Näiden lisäksi sairaanhoitajalla tulee olla hallussa potilaan oirehoito, riittävästi tietoa palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta sekä taitoa toteuttaa sitä yksilöllisesti ja ihmisläheisesti. Palliatiivisen potilaan kanssa työskentelevä tarvitsee näin ollen kokonaisvaltaista tietoa potilaan fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalisista ja henkisistä tarpeista, ja myös osaamista tarjota niihin apua (Vattula ym., 2020, s. 123).

Vuonna 2012 Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys (SPHY ry) on laatinut kriteerit palliatiivisen hoitotyön asiantuntijuudesta (Surakka ym., 2015, s. 9). Kriteerit edellyttävät ammattilaisilta hoitotyön auttamismenetelmien hallintaa. Auttamismenetelmiksi on määritelty läsnäolo, kuuntelu, kuuleminen, rauhoittaminen ja lohduttaminen. Asiantuntijatyössä on tärkeää kuunnella sairaan ihmisen toiveita ja mahdollistaa voimavarojen hyödyntäminen. Hoitotyöntekijä kannustaa parantumattomasti sairasta toimimaan oman elämänsä asiantuntijana loppuun asti eikä kyseenalaista häntä missään vaiheessa. Lisäksi tärkeäksi asiaksi määritellään potilaan lääkehoito-osaaminen sekä ennen kaikkea lääkkeettömien hoitokeinojen hyödyntäminen.

Vuonna 2022 on laadittu palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus, jonka tarkoituksena on taata laadukas ja yhdenvertainen hoito koko Suomessa (Saarto ym., 2022, s. 11). Laatusuositus on laadittu työkaluksi hoitohenkilökunnalle sekä avuksi myös potilaille ja läheisille. Hoitohenkilökunta pystyy suosituksen avulla tarkkailemaan, toteutuuko työssä riittävä laatu ja minkälaista hoidon tason tulisi olla. Suosituksesta selviää myös, mihin asioihin täytyy kiinnittää erityistä huomiota ja mitä asioita tulee kehittää.

4.2 Vuorovaikutus ja kohtaaminen

Palliatiivista hoitoa saava potilas kohdataan aina mahdollisimman kokonaisvaltaisesti, mikä tarkoittaa, että myös hänen läheisensä ja perheensä otetaan huomioon (Surakka ym., 2015, s. 35). Hoitotyön ammattilainen saattaa kohdata kuolemaa ajoittain lähes päivittäin, silti on tärkeää muistaa, että kuolema ja elämän loppuvaihe eivät koskaan ole arkipäiväinen asia potilaalle tai hänen läheisilleen (Surakka ym., 2015, s. 10).

Surakka ym. (2015, s. 68) mainitsevat, että hyvän vuorovaikutuksen lähtökohta on ”kysy, älä luule”-ohje. Palliatiivista hoitoa saavan kanssa on hyvä keskustella ja sopia jo alkuvaiheessa tulevista viestintäkeinoista ja siitä, miten tärkeää omista toiveistaan ja ajatuksistaan on keskustella esim. puolisolle tai hoitohenkilökunnalle. Puhe saattaa muuttua sairauden edetessä lyhyeksi, ja puheen eri vivahteet pikkuhiljaa hiipuvat sekä eleet ja ilmeet vähentyvät, silloin sovitut viestintäkeinot ovat apu vuorovaikutukselle. Tällä vältytään myös siltä, ettei parantumattomasti sairas koe, että hänet tulkitaan väärin.

Palliatiivisessa hoitotyössä joutuu kohtaamaan paljon sairauden tuomia ulkoisiakin muutoksia. Parantumattomasti sairaalla saattaa olla esimerkiksi paljon erittäviä haavoja, hänellä voi

olla jokin merkittävä muodonmuutos tai hän voi olla lähes luurankomainen olemukseltaan (Surakka ym., 2015, s. 69). Kokenut henkilökunta ei näistä välttämättä ylläty, mutta aina on tärkeää muistaa, että kunnioittava, luonnollinen ja neutraali kohtaaminen kaikenlaisissa tilanteissa on hyvän vuorovaikutuksen lähtökohta. Vuorovaikutuksessa ihmisestä paljastuu paljon asioita, vaikka ei puhuisi mitään. Potilas havaitsee hoitajan kasvoilta ilon, hämmästyksen, surun ja pahimmillaan myös säälön ja pelon. Lisäksi, jos hoitaja seisoo ovella selkä potilaaseen päin ja samalla vakuuttaa, ettei hänellä ole kiire muihin töihin, eivät puhe ja kehonkieli ole yhteydessä. Omaan käyttäytymiseen tulee kiinnittää huomiota, sillä turvallinen ja kiireetön vuorovaikutus on tärkeä lähtökohta palliatiivisessa hoitotyössä. Potilasta hoitavan tehtävä on myös informoida työtovereita sekä potilaan luona vierailevia olemuksen muutoksista ja korostaa arvostavaa, kunnioittavaa ja hyväksyvää toimintatapaa potilaan kohtaamisessa ja hoitamisessa.

4.3 Eettisyys ja tunteet

Hoitohenkilökunnan eettinen ja lainmukainen osaaminen ovat tärkeä lähtökohta hyvälle ja arvostavalle palliatiiviselle hoidolle ja saattohoidolle (Vattula ym., 2020, s. 123)

Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan.

Terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994). Terveydenhuollon ammattihenkilön on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti, jota hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Ammattitoiminnassaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koituva hyöty ja sen mahdolliset haitat.

Palliatiivinen hoitotyö saattaa herättää hoitajassa erilaisia tunteita (Terkamo-Moisio, 2018, s. 34). Toimintakyvyn ylläpito ja tunteiden säätelytaidot ovat tärkeässä asemassa palliatiivisessa hoitotyössä. Tämä saattaa ajoittain osoittautua hankalaksi, varsinkin jos kuolevan ja läheisten tarpeet osoittautuvat täysin erilaisiksi. Hoitajan tehtävä on kuunnella potilasta ja olla läsnä hoitotyössä, sillä ihminen saa voimaa siitä, että kokee tulevansa arvostetuksi (THL,

2023a). Kun potilas saa kokemuksen arvostuksesta, syntyy luottamus, jonka kautta on helpompaa lähteä etsimään ratkaisuja hankaliinkin elämäntilanteisiin. Potilas voi jossain tilanteessa kokea, että on itse tehnyt jotain väärin ja miettiä, että miksi juuri hänelle kävi näin, niin silloin on tärkeää, että ammattilainen pystyy antamaan hyväksyntää, ymmärrystä ja lohdutusta.

Empatia on tärkeä tunnetaito hoitajalle, mutta sillä ei yksinään pärjää palliatiivisessa hoitotyössä (Surakka ym., 2015, s. 88). Tärkeää on myös omata taito myötätunnon eli sympatian osoittamiseen. Potilasta auttaa, jos hoitaja pystyy tavallaan toimimaan potilaan peilinä, ja niin sanotusti palauttamaan havaitsemansa tunnetilat potilaalle. Potilaan asemaan asettumisen potilas voi kokea epämiellyttävänä ja loukkaavana, sillä terve hoitaja ei pysty samaistumaan missään tilanteessa kuolemansairaaseen potilaaseen. Liiallinen potilaan tunteiden myötäily ja tulkitseminen saattaa aiheuttaa potilaalle pelkoa ja epätoivoa.

Kukaan ei halua olla vuodepotilas, muuta kuin siinä tilanteessa, kun ei ole muuta vaihtoehtoa (Surakka ym., 2015, s. 70). Hoitotyössä on tärkeää, että koko ajan varmistetaan potilaslähtöisyys, toiveiden kuuntelu sekä potilaan ehdoilla toimiminen. Jos hoitaja haluaa hoitaa potilasta vaan sänkyyn päin ja ajattelee, että hyvää tarkoittava hoivavietti ohjaa hoitajaa hellimään ja hoivaamaan potilasta kuin pientä lasta, niin silloin ei voida puhua ammattitaidosta. Parantumattomasti sairasta hoitavan on erotettava hoitajan omat väsymyksen tunteet ja toiveet päästä lepäämään sekä se, että omat toiveet hoitamisesta saattavat olla erilaisia kuin mitä potilas toivoo.

Parantumattomasti sairaan kärsimys saattaa herättää ahdistusta potilasta hoitavassa ammattilaisessakin (Surakka ym., 2015., s. 93). Se ei ole ammattitaidon puutetta tai heikkoutta eikä myöskään hyvän hoidon este. Mutta jos hoitaja ei osaa käsitellä omaa ahdistustaan ja se voimistuu aina potilaan vierellä, niin ammattitaito ja hyvä hoito saattavat heikentyä. Potilas ja läheinen saattavat aistia hoitajan ahdistuksen eivätkä enää halua tuoda esiin omia tunteitaan, kärsimystään ja huoliaan säästääkseen hoitajan voimavaroja. Hoitajan onkin opittava erottamaan oma ja potilaan kärsimys toisistaan, sillä hoitotyössä on tärkeää, että hoitaja pystyy olemaan riittävän lähellä potilasta osoittaakseen hänelle riittävästi myötätuntoa ja aitoa välittämistä kuunnellen hänen toiveitaan ja huoliaan.

4.4 Moniammatillinen yhteistyö

Palliativisessa hoitotyössä ammattilaisen tulee arvostaa omaa työtään ja tätä kautta hän pystyy arvostamaan myös muita ammattiryhmiä ja heidän ammattituntemustaan (Surakka ym., 2015, s. 136). Parantumattomasti sairaan hoidossa tarvitaan asiantuntijoita laajalta alalta. Lääkärit, sairaanhoitajat ja lähihoitajat ovat osastolla ne, jotka ovat päivittäin potilaan hoidossa mukana, mutta näiden lisäksi on suuri joukko muita ammattilaisia, jotka osaltaan takaavat potilaan fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen, hengellisen ja kulttuurisen toimintakyvyn ylläpitämisen ja edistämisen.

Hoitavan lääkärin tehtävänä on määritellä yhdessä muiden alojen lääkäreiden kanssa potilaalle lääketieteellinen suunnitelma (Surakka ym., 2015, s. 136). Hän keskustelee ja potilaan ja läheisten kanssa hoitolinjoista, tutkimuksista ja hoitomuodoista. Kun hoitoa toteutetaan hoitolinjan mukaisesti, hoitajan vastuulla on kirjata hoidon toteutuminen ja vaikuttavuus asiakirjoihin, jota kautta taas lääkärit saavat tietoa asioista. Palliativisessa hoidossa työskenteleviltä lääkäreiltä edellytetään osaamista elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelman (ACP) laatimisesta ja päätöksenteosta (Melender ym., 2020, s. 1). Lisäksi heiltä edellytetään osaamista sosiaalisista vuorovaikutustilanteista sekä haastavien oireiden hallinnasta.

Fysio- ja toimintaterapeutit ovat mukana palliativisen potilaan hoitamisessa, jotta potilaan omat voimavarat löydetään ja jotta niitä saadaan edistettyä parhaalla mahdollisella tavalla (Surakka ym., 2015, s. 136). Hankitaan esimerkiksi apuvälineitä, sovitaan asentohoidosta ja toteutetaan ja arvioidaan liikuntasuunnitelmia. Yhdessä hoitajien kanssa arvioidaan, miten fyysistä toimintakykyä saataisiin ylläpidettyä sairauden edetessä ja miten toiminnot vaikuttavat potilaaseen.

Ravitsemusterapeutin ja puheterapeutin on myös hyvä olla mukana palliativisen potilaan hoidossa, kun mietitään ratkaisuja potilaan ruokahaluongelmiin (Surakka ym., 2015, s. 137). Puheterapeutin tehtävänä on tehdä kliininen arvio, joka koostuu haastattelusta, sensomotorisesta tutkimuksesta sekä nielemiskokeiluista erilaisilla ruuan koostumuksilla (Girod ym., 2024). Puheterapeutti antaa ohjeita potilaalle ja hänen läheisilleen, millaiseksi on hyvä muuttaa ruuan koostumusta sairauden edetessä, sekä ohjaa potilasta nielemistä helpottaviin keinoihin ja harjoituksiin. Ruokahaluttomuus voi johtua myös hoitamattomasta suusta, joten myös suuhygienistin palveluita voidaan tarvita vielä palliativisen hoidon vaiheessa.

Joskus parantumattomasti sairas voi olla myös hyvin masentunut, tällöin avuksi tarvitaan lääketieteellistä osaamista oikean lääkkeen löytämiseksi (Surakka ym., 2015, s. 137). Lääkehoidon ei katsota ainoana keinoa olevan toimiva, joten usein avuksi tarvittaisiin myös psykoterapiaa. Psykoterapeuttiin tulisi olla mahdollisuus lyhyeksikin aikaa tai ainakin tieto, mistä hänet tavoittaa, jos potilas kokee tarvitsevansa hänen apuaan.

Tulkkipalvelut ovat myös osa palliatiivista hoitoa, jos potilas on eri kulttuurista (Surakka ym., 2015, s. 139). Jokaisella ihmisellä täytyy olla mahdollisuus kertoa, millaista hoitoa hän haluaa ja mikä hänelle on tärkeää hyvässä hoidossa. Hoitajan tehtävä onkin selvittää, millaisia tulkkipalveluita alueella on saatavilla ja milloin tulkkipalveluita tarvitaan avuksi hyvään hoitoon.

Potilastyön keskellä kriisissä olevan ihmisen auttaminen saattaa olla välillä haastavaa, mutta hoitohenkilökunta voi tarjota potilaalle tai potilaan läheisille erityisesti palliatiivisen hoidon alussa tai sairauden pahenemisvaiheessa henkistä ensiapua (HEA) tai sairaalapapin palveluita (Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue, i.a.-b). Henkinen ensiapu on kriisissä olevan ihmisen kohtaamista ja keskusteluapua. HEA auttaa myös käytännön asioissa, kuten sukulaisten tavoittamisessa sairauden keskellä tai on apuna hakemassa tietoa mieltä askarruttaviin kysymyksiin. HEA ei kirjaa keskusteluja ja käyntejä potilaan luona potilastietojärjestelmään, mutta kertovat vierailustaan hoitohenkilökunnalle. HEA:n henkilökunta on terveydenhuollon koulutuksen saaneita kriisityön ammattilaisia.

Sairaalapappi voi olla kynnyškysymys monelle parantumattomasti sairaalle, sillä papin katsotaan kuuluvan ainoastaan kirkollisiin toimituksiin (Surakka ym., 2015, s. 138). Kuitenkin sairaalapapit ovat koulutettuja sairaalasielunhoitajia, jotka antavat ammatillista keskusteluapua (Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue, i.a.-a). Keskusteluapua voi pyytää tai sitä voidaan tarjota sekä potilaalle että hänen läheisilleen. Hoitajilla on velvollisuus tarjota potilaalle ja läheisille sairaalapapin palveluita, jos havaitsee, että he voisivat hyötyä siitä. Sairaus voi aiheuttaa potilaan tai läheisen mielessä paljon pelkoja ja kysymyksiä, joita on hyvä käydä läpi ulkopuolisen ihmisen kanssa. Sairaalapapin kanssa voi keskustella kaikista asioista, ei ainoastaan hengellisyydestä. Sairaalapappia sitoo samanlainen vaitiolovelvollisuus kuin kaikkia hoitotyöntekijöitäkin.

Hoitohenkilökunta voi tarjota potilaalle tai läheisille tietoa OLKA-toiminnasta, joka on osa hyvinvointialueen toimintaa (olkatoiminta, i.a.). OLKA-toiminta on vapaaehtoisvoimin järjestettyä tukitoimintaa, jonka avulla saa tietoa esimerkiksi vertaistukimahdollisuuksista ja

hyvinvointialueen palveluista. Lisäksi OLKA-toiminta tarjoaa kiireettömiä kohtaamisia, iloa ja apua, jos potilas tai läheinen sitä tarvitsee. Näiden lisäksi OLKA koordinoi Toivo-vertaistukisovellusta, jonka kautta sairastuneet, vammautuneet ja heidän läheisensä saavat vertaistukea ja tietoa.

4.5 Osaamisen kehittäminen

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) tekemän Palliativisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa -raportin mukaan osaamisvaje nousi suurimmaksi puutteeksi palliativisessa hoidossa (Saarto ym., 2019, s. 98–99). Tämä johtuu raportin mukaan kouluttamattomasta henkilökunnasta. Vuoden 2018 loppuun mennessä on myös puuttunut sairaanhoitajilta virallinen erikoistumiskoulutusohjelma, mikä on luonut omat puutteensa palliativisen hoidon osaamisen arvioinnissa. Raportissa kehittämiskohteiksi osaamisen osalta on määritelty:

moniammatillisen toiminnan kehittäminen, yhdenmukaisen palliativisen hoidon ja lääketieteen perusopetuksen varmistaminen valtakunnallisesti, yhdenmukaisen erikoistumiskoulutuksen ja sen alueellisen riittävyden varmistaminen palliativiseen hoitotyöhön ja lääketieteeseen sekä henkilökunnan osaamisen vahvistaminen suunnitelmanmukaisella säännöllisellä täydennyskoulutuksella perustasolla (saattohoitopassi) ja erityistasolla (täydennyskoulutusohjelmat).

Palliativisen laatusuosituksen mukaan laadukas hoito ja osaaminen edellyttää ammattilaisilta tarvittavaa koulutus pohjaa (Saarto ym., 2022, s. 32). Peruskoulutuksen lisäksi palliativisessa hoidossa työskentelevien tulisi saada järjestelmällisesti lisä- ja täydennyskoulutusta työhönsä laadun varmistamiseksi. Lisäksi systemaattinen perehdytys täytyisi kuulua kaikille palliativista hoitoa antaville yksiköille, jotta hoitohenkilökunta osaa ohjata potilasta ja läheisiä palliativiseen hoitoon oikeaan aikaan. Kun on selvitetty palliativisen hoidon ja saattohoidon koulutustarpeita, on selvinnyt, että kuolevan ihmisen ja hänen läheisensä kohtaaminen jännittää ammattilaisia, joten osaamisen vahvistaminen koulutuksella olisi yksi askel lähemmäs laadukkaampaa hoitoa (Koivisto ym., 2023). Myös palliativisen hoitotyön koulutuksen laatu vaihtelee paljon eri puolella Suomea, ja asiantuntijoista on puutetta. Tällä hetkellä on käynnissä koulutusten suhteen valtakunnallistaminen korkeakouluissa, jotta koulutus olisi jatkossa kaikille tuleville ammattilaisille yhtä laadukasta. Ja vaikka olisi saanut laadukkaan koulutuksen, niin ammattilaisuus ei kuitenkaan ole pysyvä tila, vaan sitä on kehitettävä ja arvioitava jatkuvasti (Surakka ym., 2015, s. 11).

Salinin ym. (2021, s. 149) tutkimuksesta käy ilmi, että palliatiivisen ja saattohoidon käsitteiden tunnetuksi tekeminen sekä terveydenhuollolle että yleisesti ihmisille toisi hoidon tarkoituksen ja tavoitteet selkeämmäksi kaikille. Se myös toisi ammattilaisten suhtautumisen kuolemaan osaksi ihmisen elämänkaarta. Kun ihmiset ymmärtävät, mitä palliatiivinen hoito ja saattohoito tarkoittavat, se saattaisi lisätä innokkuutta täyttää omaa hoitotahtoaan ja tätä kautta helpottaa ammattilaisten työskentelyä potilaan omien toiveiden mukaan elämän loppuvaiheessa. Salin ym. (2021) pohtivat tutkimuksessaan myös hoitohenkilökunnan työhyvinvoinnin tärkeyden tunnistamista osana palliatiivisen hoitotyön osaamista. Salin ym. (2021) pohtivatkin, että vaikuttavatko henkilökunnan jatkuva vaihtuminen ja jaksaminen sekä niiden yhteyteen kuuluvat tekijät myös potilaiden tilaan palliatiivisessa hoitotyössä.

Vuonna 2023 on tehty tutkimus, jossa on kartoitettu palliatiivisen hoidon osaamistarpeita tulevalle kymmenelle vuodelle (Tohmola ym., 2023, s. 12–19). Tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta tarvitsee lisää monikulttuuriosaamista, sillä ulkomaalaistaustaisten ja vieraskielisten potilaiden määrä on kasvussa. Väestön ikääntyessä kasvaa myös palliatiivisten potilaiden määrä, joten potilailla ja läheisillä on myös enemmän tietoa ja odotuksia hoitoa kohtaan. Tämä edellyttää hoitajilta vielä enemmän yksilöllisten tarpeiden mukaista ihmislähtöistä palliatiivista hoidon osaamista sekä hyviä vuorovaikutus- ja kohtaamistaitoja. Lisäksi kehittyvä teknologia ja robotiikka tuo hoitotyöhön omat kehittymistarpeensa esimerkiksi etähoitajapalvelut ja etävalvontalaitteet. Myös oirehoito ja lääkehoidon menetelmät kehittyvät jatkuvasti, joten niiden osaamisen kehittäminen on myös tärkeää.

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitohenkilökunnan palliatiivisen hoitotyön osaamista ja sitä, mitkä tekijät vaikuttavat palliatiivisen hoitotyön toteutumiseen Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen sisätautiosastoilla. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää kehittäessä palliatiivista hoitotyötä sisätautiosastoilla ja siihen liittyvää koulutusta.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä ovat:

1. Minkälaista on hoitohenkilökunnan palliatiivisen hoitotyön osaaminen sisätautiosastoilla?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat palliatiivisen hoitotyön toteutumiseen sisätautiosastoilla?
3. Mihin asioihin hoitohenkilökunta kokee tarvitsevänsä lisää tukea palliatiivisen hoidon toteutumisessa sisätautiosastolla?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö toteutettiin monimenetelmätutkimuksella eli *mixed methods* -menetelmällä. Monimenetelmätutkimus tarkoittaa, että tutkimuksessa käytetään kahta tutkimusmenetelmää, määrällistä eli kvantitatiivista ja laadullista eli kvalitatiivista, jolloin tutkimuskysymykseen saadaan kattavampi ja monipuolisempi vastaus (Vilkkä ym., 2024, s. 6). Monimenetelmätutkimuksen käyttäminen tuottaa tutkimukselle merkittävää lisäarvoa ja sillä voidaan tuottaa vahvempaa näyttöä, sillä laadullinen tutkimus tuottaa enemmän yksityiskohtaisempaa ja syvällisempää tietoa, kun taas määrällisellä tutkimuksella saadaan enemmän yleistettävää tietoa.

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus antaa määrällistä dataa, joka kutsutaan myös tilastolliseksi tutkimukseksi (Heikkilä, 2014, s. 15). Sen tavoitteena on selvittää erilaisia lukumääriin ja prosentteihin liittyviä kysymyksiä. Tämä edellyttää laaja ja edustavaa otosta, jonka pohjalta voidaan tehdä johtopäätöksiä. Aineistoa kerätään usein standardoitujen kyselylomakkeiden avulla, joissa vastausvaihtoehdot ovat ennalta määrättyjä. Tällaisesta aineistoista arvoja voidaan laskea numeerisina ja tulokset esitetään taulukoissa ja kaavioissa. Yleensä kvantitatiivisessa tutkimuksessa tarkastellaan asioiden välisiä riippuvuuksia ja muutoksia ajan kuluessa.

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus auttaa ymmärtämään tutkimuskohdetta ja sen käyttäytymistä sekä päätökseen vaikuttavia tekijöitä (Heikkilä, 2014, s. 15). Tässä tutkimusmenetelmässä usein keskitytään pieneen määrään tapauksia, joita analysoidaan tarkasti. Yleensä tutkittavat valitaan harkiten eikä tavoitteena ole yleistää tuloksia laajasti. Laadullinen tutkimus mahdollistaa paremmin kysymykset, miksi ja miten, ja sen avulla saadaan selvitettyä halutusta asiasta syvällisempää kuvailua ja tulkintaa (Åkerblad ym., 2024, s. 4–5). Laadullisen tutkimuksen avulla voidaan perehtyä tutkimusaiheisiin, joista ei vielä ole ennalta tutkittua tietoa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2017, s. 66). Lisäksi voidaan tutkia sellaisia aiheita, joita on jo tutkittu, mutta niihin halutaan uutta näkökulmaa.

Monimenetelmätutkimuksen valinta perustui siihen, että haluttiin saada mahdollisimman kattava tutkimusaineisto tämänhetkisestä palliatiivisen hoidon osaamisesta ja koulutustarpeista sekä tietoa tekijöistä, jotka vaikuttavat palliatiivisen hoidon toteutumiseen. Åkerbaldin ym.

(2024, s. 4) mukaan monimenetelmällisyyden valinta usein perustuukin siihen, että halutaan saada laajempi, syvempi tai kokonaisvaltaisempi kuva tutkittavasta asiasta. Pelkästään kvantitatiivisilla strukturoiduilla kysymyksillä tai havainnoinnilla ei olisi saatu tarpeeksi kattavaa ja luotettavaa kuvaa tutkittavasta aiheesta. Hoitotyöhön liittyvien ilmiöiden ymmärtämiseen tarvitaan myös ihmisten omia kuvailevia kokemuksia, jolloin pelkkä määrällinen tutkiminen ei riitä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2017, s. 74). Lisäksi haluttiin vahvistaa tutkimustulosten luotettavuutta sekä mahdollistaa moninäkökulmaisuutta.

6.2 Aineiston keruu

Aineiston kartoitus aloitettiin olemalla yhteydessä opinnäytetyön yhteyshenkilöön Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen alueelliseen kotisairaalaan ja palliatiiviseen keskukseseen ja kysyttiin, mihin asioihin he haluavat erityisesti perehdyttävän. Kun tieto saatiin, valittiin tutkimusaiheeksi palliatiivisen potilaan hoitaminen, kohderyhmäksi hoitohenkilökunta ja tutkimuskohteeksi sisätautiosastot. Tärkeää on saada tarpeeksi suuri otos tiedonantajista, jotta tutkimuksesta saataisiin laadukas, tieteellinen ja yleistettävä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2017, s. 110). Yhteistyökumppanin kanssa sovittiin, että he voivat tulevaisuudessa soveltaa tutkimusta myös toisilla osastoilla.

Aineiston keruu aloitettiin elokuussa 2024. Aineiston haussa käytettiin monipuolisesti eri tietokantoja: Terveysportin hoitotyön tietokanta, SeAMK-Finna, medic, ePress.fi, journal.fi, CINAHL Ultimate, Sage Journals ja WHO Palliative care (taulukko 1). On turvallista käyttää kaksoissokkoarvioinnin käyneitä tietokantoja, niin voidaan varmistua, että lähteet ovat tieteellisesti laadukkaita (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2017, s. 97). Lisäksi tietoa haettiin lainsäädännöstä, sosiaali- ja terveysministeriön (STM), sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valviran) ja THL:n sivuilta sekä aiheeseen liittyvistä hoitosuosituksista, muuan muassa THL Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallisesta laatusuosituksesta. Näiden lisäksi lähteenä käytettiin runsaasti aiheeseen liittyvää kirjallisuutta. Googlea on hyvä välttää tiedonhaussa, sillä se antaa usein lähteiksi paljon muutakin kuin tieteellisiä lähteitä (mts. 96).

Taulukko 1. Aineiston haku.

TIETOKANNAT	MUUT LÄHTEET	HAKUSANAT
SeAMK-Finna Medic ePress.fi Journal.fi CINAHL Ultimate Sage Journals WHO Palliative care	Kirjallisuus Hoitosuositukset Lainsäädäntö STM Valvira THL	Palliativinen hoito Sisätautipotilaan hoito Hoitotyö Osaaminen Kehittäminen Kokemukset Arvostus Kohtaaminen Tukeminen Hoitotyön etiikka Monimenetelmätutkimus Palliative care Nursing

Tutkimuskysymys pilkottiin käsitteiksi ja sanoiksi. Hakusanoina käytettiin muun muassa palliativinen hoito, sisätautipotilaan hoito, hoitotyö, osaaminen, kehittäminen, kokemukset, arvostus, kohtaaminen, tukeminen, hoitotyön etiikka, monimenetelmätutkimus, palliative care ja nursing. Tutkimuksessa käytettiin mahdollisimman uutta tietoa, korkeintaan 10 vuotta vanhaa, sekä teoksien uusimpia painoksia.

Aineiston laatiminen aloitettiin tutkimussuunnitelman luomisella. Suunnitelma auttoi tutkijoita ymmärtämään työn kokonaisuutta ja auttoi hahmottamaan esimerkiksi aikatauluja ja aiheen rajaamista. Huolellisesti toteutettu tutkimussuunnitelma on hyvä perusta koko opinnäytetyölle (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2017, s. 85). Tutkimussuunnitelman avulla luotiin tutkimuskysely ja haettiin opinnäytetyölle tutkimuslupa.

Opinnäytetyön tutkimuskysely koottiin teoriaan perustuen. Kyselyä varten tiedusteltiin yhteistyötaholta, mihin asioihin he haluaisivat erityisesti kiinnitettävän huomiota. On tärkeää, että tutkimuskysely on tarkasti laadittu, ja sen täytyy olla riittävän täsmällinen ja kattavasti mitaava (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2017, s. 114). Kysely sisälsi sekä monivalintakysymyksiä että avoimia kysymyksiä. Monivalintakysymykset koostuivat enemmän yleisestä tiedosta, ja avoimiin kysymyksiin vastaajat saivat vastata enemmän yksityiskohtaisemmin ja syvemmin. Opinnäytetyön tutkimuskyselyssä oli yhteensä 25 kysymystä, joista 21 oli monivalintakysymyksiä ja 4 avointa kysymystä. Kysely pilotoitiin opinnäytetyön opponenteilla ennen varsinaisen kyselyn lähettämistä, jotta varmistuttiin kyselyn toimivuudesta ja selkeydestä.

Opinnäytetyötä varten haettiin tutkimuslupa Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueelta, ja siinä noudatettiin tutkimustyötä koskevaa lainsäädäntöä, eettisiä periaatteita ja Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen antamia ohjeita (Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue, i.a.-c). Tutkimusluvan liitteenä toimitettiin opinnäytetyön yhteistyösopimukset, opinnäytetyön tutkimussuunnitelma sekä opinnäytetyön tutkimuskysely. Tutkimuslupa lähetettiin postitse ja sen valmistumiseen meni aikaa kolme viikkoa.

Opinnäytetyön saatekirje ja tutkimuskysely (liite 1) lähetettiin sähköisesti Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen sisätautiosastojen osastonhoitajille, jotka jakoivat kyselyn osastonsa hoitohenkilökunnalle sähköpostilla. Lisäksi osastojen taukotilaan vietiin linkki QR-koodin muodossa, missä hoitajat pystyivät vastaamaan kyselyyn älypuhelimien välityksellä. Tutkimuskysely lähetettiin osastoille joulukuun puolivälissä. Vastaamisaikaa kyselyyn oli kaksi viikkoa 10.12.-24.12.2024. Opinnäytetyön kyselyyn vastattiin anonyymisti ja jokainen kyselyyn vastaaja antoi suostumuksen, että kyselyssä käytettyjä vastauksia voidaan käyttää mukana opinnäytetyön tutkimusmateriaalissa. Kyselyyn saatiin yhteensä 32 vastausta.

6.3 Aineiston analysointi

Aineisto analysoitiin sekä tilastollisella menetelmällä että aineistolähteisellä eli induktiivisella sisällönanalyysillä. Tilastollisilla menetelmillä, eli prosentteilla ja frekvensseillä kuvattiin monivalintakysymyksiä (Heikkilä, 2014, s. 15). Tutkimusraportti kirjoitettiin niin, että lukija pystyy arvioimaan tilastollisten analyysien ja niiden perusteella tehtyjen johtopäätösten paikkansapitävyyden. Induktiivisen sisällönanalyysin avulla analysoitiin avoimia kysymyksiä ja muodostettiin niistä tuloksia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2017, s. 166).

Kaikki monivalintakysymykset sekä sekamuotoiset kysymykset määrällistettiin. Monivalintakysymysten ja sekamuotoisten kysymysten kuvaamisessa hyödynnettiin Webropolin omaa analyysityökalua, joka tuotti vastaukset frekvensseinä ja prosentteina (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2017, s. 132). Jokainen kysymyskohta käytiin tarkasti läpi ja jokainen prosentti kirjoitettiin auki tuloksiin. Prosentit pyrittiin kirjoittamaan auki suuruusjärjestyksessä ja selkeästi, jotta lukijan on helppo edetä tekstissä. Yhdestä avoimesta kysymyksestä tehtiin taulukko, johon kuvattiin frekvenssit.

Toinen tutkimustulosten analyysissa käytetty lähestymistapa oli induktiivinen eli aineistolähtöinen sisällönanalyysi. Induktiivinen sisällönanalyysi jaetaan viiteen vaiheeseen, jotka ovat

analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta ja luotettavuuden arviointi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2017, s. 166).

Analyysin ensimmäisessä vaiheessa tutustuttiin aineistoon ja luettiin se monta kertaa läpi. Jokainen tutkija luki sen itsenäisesti, ja lopuksi sitä luettiin vielä yhdessä ja tehtiin huomioita. Varsinainen analysointiprosessi lähti käyntiin siten, että aineistosta etsittiin ilmauksia, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Sen jälkeen alkuperäisilmaukset pelkistettiin ja muodostettiin tietokoneelle taulukoksi. Kun pelkistykset saatiin tehtyä, ne tulostettiin ja leikattiin suikaleiksi pöydälle. Samaa tarkoittavat pelkistykset järjesteltiin samoihin kasoihin ja niistä alettiin miettimään alaluokkia. Alaluokat nimettiin mahdollisimman hyvin, jotta ne vastaisivat aineiston sisältöä. Kun saatiin alaluokat mietittyä, järjestettiin ne taas samaa tarkoittaviin kasoihin ja muodostettiin yläluokkia (taulukko 2). Luokkien tekeminen on analyysin merkittävä vaihe, sillä tutkija päättää ja tulkitsee millä perusteella ilmaukset kuuluvat samaan luokaan (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 114). Palliatiivisen hoitotyön toteutumiseen vaikuttavat tekijät taulukkoon saatiin analyysin tuloksena yhteensä 11 alaluokkaa ja 2 yläluokkaa, ja tuen tarpeet palliatiivisen hoidon toteutumisessa taulukkoon saatiin yhteensä 9 alaluokkaa ja 2 yläluokkaa.

Taulukko 2. Esimerkki aineiston analyysistä yhden alaluokan osalta.

PELKISTYKSET	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Fyysinen hoitotyö sujuu	Hyvän perushoidon osaaminen	Palliatiivisen hoitotyön toteutumisesta edistävät tekijät
Hoitaminen on tuttua		
Osaamista löytyy		
Asioiden huomioiminen sujuu		
Osaan kuunnella potilasta		
Osaan hoitaa potilasta		
Osaan pysähtyä palliatiivisen potilaan äärelle		

Tutkimusprosessin tärkein osa on tutkimuksen tulosten raportointi, joka on tutkijan tärkein velvollisuus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2017, s.172–173). Tutkijan kyky tieteelliseen kirjoittamiseen on tutkimustulosten raportoinnin lähtökohta. Raportointiin käytettiin

paljon aikaa, jotta aineisto saariin raportoitua huolellisesti ja luotettavasti juuri niin kuin asiat tuotiin esille opinnäytetyön kyselylomakkeen vastauksissa.

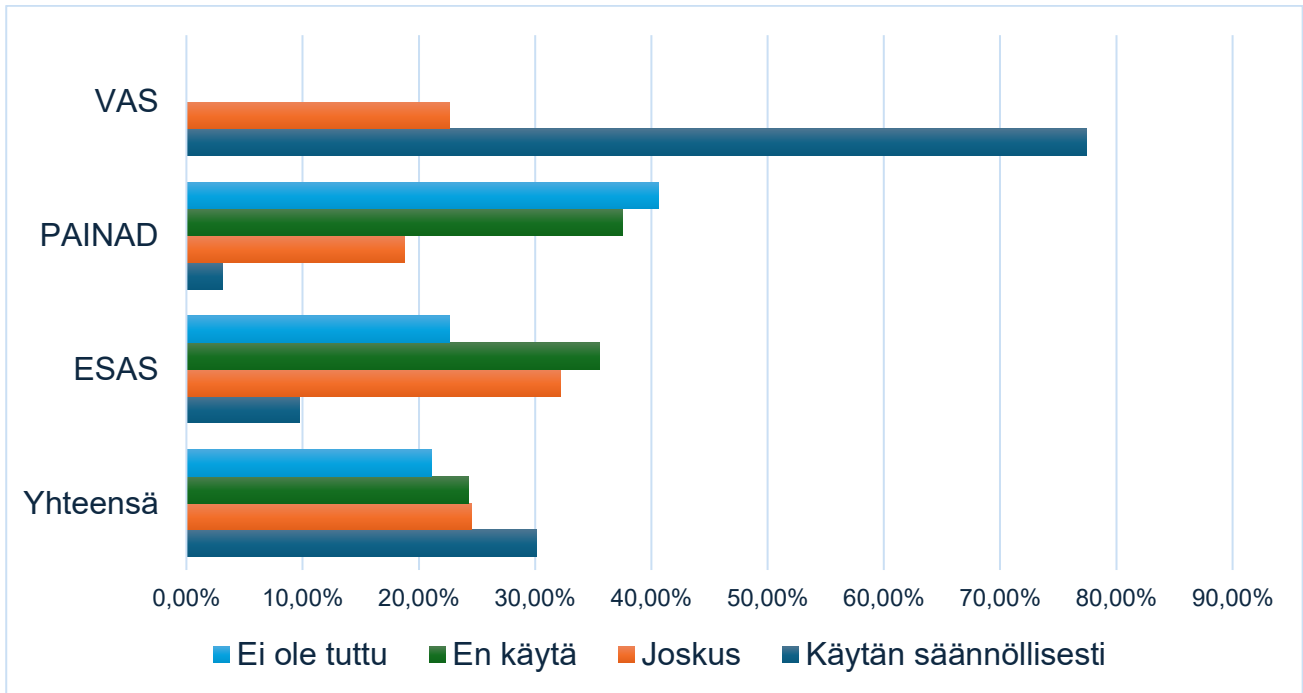
7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan palliatiivisen hoitotyön osaamista ja mitkä tekijät vaikuttavat palliatiivisen hoitotyön toteutumiseen Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen sisätautiosastoilla. Tutkimus toteutettiin Webropol-kyselynä ja vastauksia saatiin yhteensä 32 kappaletta. Kyselyyn vastanneista 75 % oli sairaanhoitajia, 9 % lähihoitajia, 3 % perushoitajia, ja lisäksi 13 % vastaajista olivat joko opiskelijoita tai muita terveydenhoitoalan ammattilaisia. Vastaajista 40 % oli työskennellyt hoitotyössä 0–5 vuotta, 28 % oli työskennellyt 6–10 vuotta, 16 % oli työskennellyt 11–20 vuotta ja 16 % oli työskennellyt yli 20 vuotta. Vastaajista 47 % oli 26–35-vuotiaita, 22 % 36–45-vuotiaita, 16 % 46–55-vuotiaita, 9 % yli 65-vuotiaita ja 6 % 18–25-vuotiaita.

Vastaajista 41 % työskenteli sydän- ja munuaissairauksien osastolla, 31 % keuhko- ja infektiosairauksien osastolla ja 28 % neurologian- ja hematologian osastolla. Palliatiivisia potilaita osastollaan hoitaa vastaajista 53 % kuukausittain, 22 % viikoittain ja 25 % harvemmin kuin kuukausittain. Kukaan vastaajista ei hoida palliatiivisia potilaita päivittäin. Hoitohenkilökunnasta 91 % pitivät erittäin tärkeänä palliatiivista hoitotyötä osana sisätautiosaston hoitokäytäntöjä. Vastaajista 9 % piti sitä melko tärkeänä, eikä kukaan vastaajista ollut sitä mieltä, että palliatiivinen hoitotyö olisi vähemmän tärkeää tai ei ollenkaan tärkeää. Palliatiivisen hoitotyön toteuttamista osastolla tuettiin hyvin (44 %) tai erittäin hyvin (12 %). Vastaajista 38 % oli sitä mieltä, että tukea oli huonosti tarjolla ja 6 %:n mielestä erittäin huonosti.

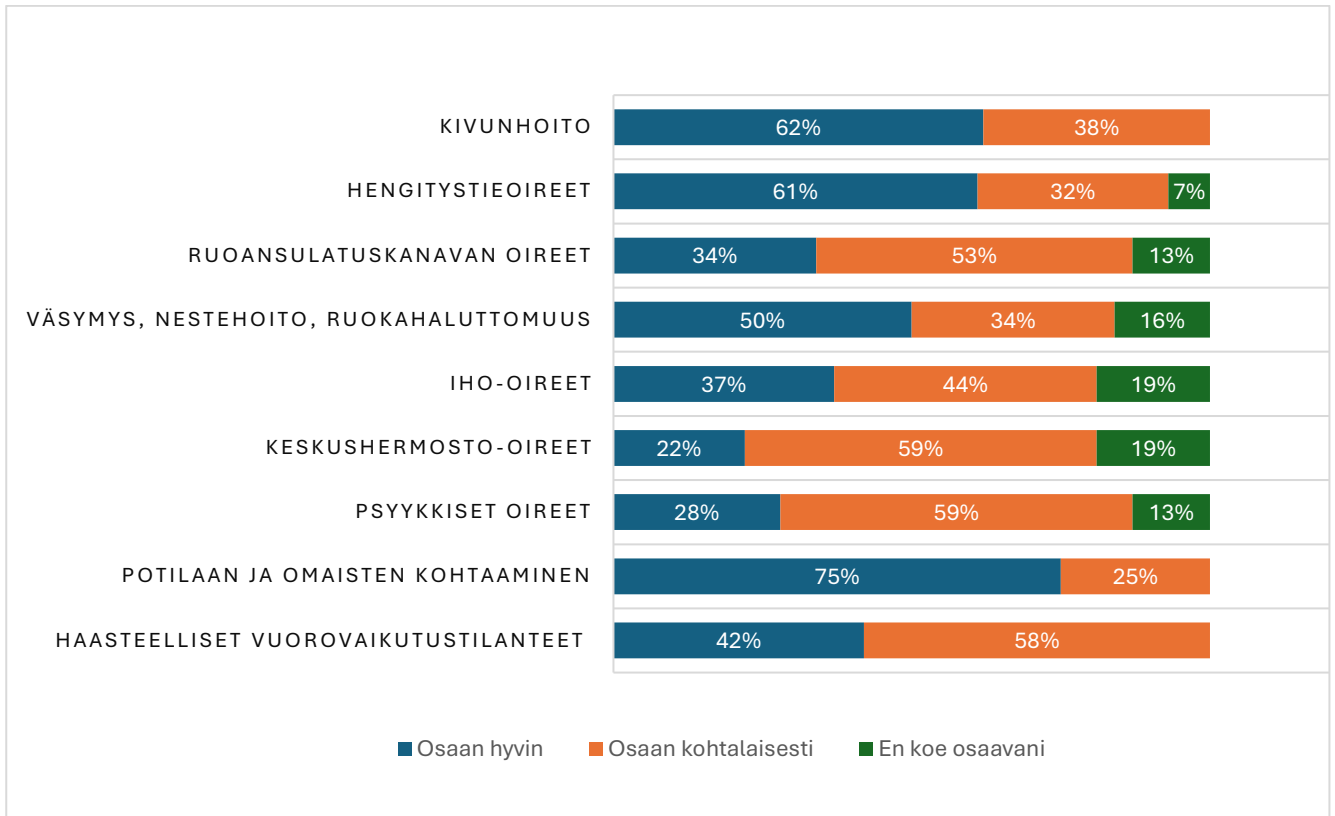
Kysyttäessä tunnistetaanko osastolla palliatiivisen hoitolinjauksen tarvitsevat potilaat, osittain eri mieltä oli 44 %, osittain samaa mieltä 28 %, täysin samaa mieltä 19 % ja täysin eri mieltä oli 9 %. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelman (ACP) laatiminen sujui vastaajien mielestä osastoilla 53 % mukaan heikosti, 31 % mukaan erittäin heikosti ja 16 % mukaan sujuu hyvin. Kukaan vastaajista ei ollut sitä mieltä, että suunnitelman laatiminen sujuisi erittäin hyvin.

Opinnäytetyössä kartoitettiin, miten hoitohenkilökunta hyödynsi oireiden arvioinnissa oire- ja kipumittareita (Kuvio 7). VAS-mittaria käytettiin eniten (77 % käytti säännöllisesti, 23 % joskus). VAS-mittari ei ollut kenellekään tuntematon, ja yksikään ei vastannut, että ei käytä sitä. PAINAD-mittari ei ollut 41 % tuttu, eikä 37 % käyttänyt sitä, 19 % käytti sitä joskus ja 3 % käytti säännöllisesti. ESAS-mittaria ei käyttänyt 35 % vastaajista, kun taas 32 % käytti joskus, 10 % säännöllisesti ja 23 %:lle se ei ollut tuttu.



Kuvio 7. Oireiden arvioinnissa käytössä olevat oire- ja kipumittarit (%) (n=32).

Vastaajien tuli arvioida omaa osaamistaan palliatiivisen potilaan hoidossa ja vuorovaikutustilanteissa (Kuvio 8). Kivunhoidon vastaajat kokivat osaavansa hyvin (62 %) tai kohtalaisesti (38 %), kukaan ei vastannut en koe osaavani. Hengitystieoireista kysyttäessä 61 % vastasi osaavansa hyvin ja 32 % kohtalaisesti, 7 % ei kokenut osaavansa. Ruoansulatuskanavan oireet arvioi 53 % osaavansa kohtalaisesti, 34 % hyvin ja 13 % ei kokenut osaavansa. Väsymyksestä, kakeksiasta, nestehoidosta ja ruokahaluttomuudesta kysyttäessä puolet (50 %) arvioi osaavansa hyvin, 34 % kohtalaisesti, ja 16 % ei kokenut osaavansa. Iho-oireet näki osaavansa kohtalaisesti 44 %, hyvin 37 % ja ei nähnyt osaavansa 19 %. Keskushermosto-oireet vastaajista koki osaavansa kohtalaisesti 59 %, hyvin 22 % ja ei kokenut osaavansa 19 %. Psykkiset oireet arvioi osaavansa 59 % kohtalaisesti, 28 % hyvin ja, 13 % ei kokenut osaavansa. Potilaan ja omaisten kohtaamisen ja vuorovaikutuksen 75 % arvioi osaavansa hyvin ja 25 % kohtalaisesti, kukaan ei vastannut en koe osaavani. Haasteelliset vuorovaikutustilanteet, esimerkiksi potilas ei pysty kommunikoimaan tai on aggressiivinen, arvioi osaavansa 58 % kohtalaisesti, 42 % hyvin ja kukaan ei vastannut en koe osaavani.



Kuvio 8. Henkilökunnan osaamisen arviointi eri hoitoalueilla.

Vastaajista 47 % (n=15) oli saanut koulutusta palliatiivisesta hoidosta ja 53 % ei ollut saanut. Saadun koulutuksen koki erittäin hyödylliseksi 10/15 koulutuksen saaneista, melko hyödylliseksi 3/15 ja vain vähän hyödylliseksi 2/15. Vastaajista 94 % oli sitä mieltä, että on erittäin tärkeää, että palliatiivinen hoitotyö kehittyy ja saa enemmän huomiota osastolla. Ainoastaan 6 % piti asiaa melko tärkeänä. Kukaan ei vastannut vähemmän tärkeänä tai en pidä tärkeänä ollenkaan.

Moniammatillista yhteistyötä lääkärin kanssa toteutettiin usein 78 %, joskus 13 % ja harvemmin 9 %. Palliatiivisen yksikön kanssa tehtiin yhteistyötä usein 66 %, joskus 22 % ja harvemmin 12 %. HEA:n kanssa yhteistyötä toteutettiin usein 50 %, joskus 44 % ja 6 % harvemmin. Kukaan ei vastannut, että ei koskaan tee yhteistyötä lääkärin, palliatiivisen yksikön tai HEA:n kanssa. OLKA-toiminta yhteistyökumppanina oli harvemmin 56 %, ei koskaan 25 %, joskus 13 % ja usein 6 %. Sairaalapapin kanssa oli usein tekemisissä 37 %, joskus 44 %, harvemmin 16 % ja ei koskaan 3 %. Ravitsemusterapeutin kanssa vastaajista 31 % oli työskennellyt joskus, 31 % harvemmin, 28 % ei koskaan ja 10 % usein. Fysioterapeutin kanssa yhteistyötä teki harvemmin 34 %, joskus 28 %, usein 22 % ja ei koskaan 16 %. Toimintaterapeutin kanssa ei ollut koskaan tehnyt yhteistyötä 56 %, harvoin ja joskus 19 % ja usein 6 %. Vastaajista 58 % ei ollut koskaan tehnyt yhteistyötä puheterapeutin kanssa, 16 % oli sekä

joskus että harvemmin ja 10 % usein. Psykoterapeutin kanssa ei ollut koskaan tehnyt yhteistyötä 66 %, harvemmin 22 % ja joskus 12 %. Kukaan vastaajista ei ollut työskennellyt psykoterapeutin kanssa usein. Tulkkipalveluita ei ollut koskaan käyttänyt 38 %, harvemmin 37 %, joskus 22 % ja usein 3 %. Sosiaalityöntekijän kanssa yhteistyötä oli joskus tehnyt 31 %, harvemmin 28 %, usein 25 % ja 16 % ei koskaan. Riittävästi tukea työyhteisöltään/moniammatilliselta tiimiltään kohtaamiinsa haasteisiin sai useimmiten 66 %, aina 25 % ja harvoin 9 %. Kukaan ei vastannut, että ei saa koskaan tukea työyhteisöltään/moniammatilliselta tiimiltä.

Kysyttäessä, pystyykö hoitajana tuomaan esille ja vaikuttamaan esimerkiksi palliativiseen hoitolinjaukseen liittyviin asioihin, vastasi 44 % olevansa samaa mieltä ja 16 % täysin samaa mieltä, 28 % oli eri mieltä, 12 % ei ollut samaa eikä eri mieltä ja kukaan ei ollut täysin eri mieltä asiasta. Kysyttäessä, kuinka hyvin arvioit kykysi käsitellä kuolemaan liittyviä kysymyksiä, 59 % vastasi melko hyvin, 35 % erittäin hyvin, 3 % kohtalaisesti ja 3 % huonosti.

Kysyttäessä, saavatko kaikki potilaat mielestäsi samanarvoista hoitoa, vastaajista eri mieltä oli 56 %, täysin eri mieltä 19 %, samaa mieltä 16 %, täysin samaa mieltä 6 % ja 3 % ei ollut samaa eikä eri mieltä. Vastaajista 50 % vastasi, että ikä vaikuttaa potilaan saamaan hoitoon vähän, 28 %:n mielestä ei vaikuta lainkaan ja 22 %:n mielestä vaikuttaa paljon. Paikkakunnan vaikuttavuuteen 81 % vastasi, että ei vaikuta lainkaan ja 19 %:n mielestä vaikuttaa vähän. Kukaan ei ollut sitä mieltä, että se vaikuttaa paljon. Vastaajista 75 % vastasi, ettei kulttuuri tausta vaikuta lainkaan, 22 % mielestä vaikuttaa vähän ja 3 % mielestä vaikuttaa paljon. Vastaajista 41 % mielestä sairaustyyppi vaikuttaa paljon, 40 % mielestä vaikuttaa vähän ja 19 % mielestä ei vaikuta lainkaan.

Kysyttäessä avoimella kysymyksellä, miten palliativinen hoito voidaan mielestäsi parhaiten integroida osaksi sisätautiosaston hoitokäytäntöjä, saatiin yhteensä 22 vastausta (taulukko 3). Hoitohenkilökunta toivoi koulutusta palliativisesta hoitotyöstä (n=7). Palliativisen hoitolinjauksen oikea-aikainen päätöksen teko koettiin tärkeänä (n=7). Toivottiin koulutusta lääkäreille palliativisesta hoidosta ja saattohoidosta (n=6). Palliativisen yksikön konsultointia pidettiin oleellisena osana palliativista hoitotyötä (n=5). Moniammatillista yhteistyötä pidettiin tärkeänä (n=2). Vastauksissa tuli esille yhteiset käytännöt palliativisen potilaan hoidossa (n=2). Yksi (n=1) vastaajista ehdotti, että jokaisella osastolla olisi oma palliativinen hoitaja.

Taulukko 3. Palliatiivisen hoidon integrointi osaksi sisätautiosaston hoitokäytäntöjä.

Hoitajien ajatuksia, miten palliatiivinen hoito saataisiin integroitua osaksi osaston hoitokäytäntöjä
Toivottiin koulutusta palliatiivisesta hoitotyöstä (n=7)
Palliatiivisen hoitolinjauksen oikea-aikainen päätöksenteko tärkeää (n=7)
Toivottiin lääkäreille koulutusta palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta (n=6)
Palliatiivisen yksikön konsultaatio oleellinen osa palliatiivista hoitotyötä (n=5)
Moniammatillinen yhteistyö tärkeää (n=2)
Yhteiset käytännöt palliatiivisen potilaan hoidossa (n=2)
Osastolle oma palliatiivinen hoitaja (n=1)

Palliatiivisen hoitotyön toteutumiseen vaikuttavat tekijät. Palliatiivisen hoitotyön toteutumiseen vaikuttaviin tekijöihin kuuluivat palliatiivisen hoitotyön toteutumista edistävät tekijät ja palliatiivisen hoitotyön toteutumista heikentävät tekijät (taulukko 4).

Taulukko 4. Palliatiivisen hoitotyön toteutumiseen vaikuttavat tekijät.

YLÄLUOKAT	ALALUOKAT
Palliatiivisen hoitotyön toteutumista edistävät tekijät	Päätös palliatiivisesta hoitolinjauksesta edistää hoitoa Moniammatillinen yhteistyö Yksilöllinen perushoito Omien vahvuuksien hyödyntäminen Avoin keskusteluyhteys Hyvät vuorovaikutustaidot Kuoleman kohtaamisen taidot Kivunhoidon taidot
Palliatiivisen hoitotyön toteutumista heikentävät tekijät	Eri käsitykset ja toimintatavat palliatiivisesta hoitolinjauksesta Kiire haastaa hoitotyön toteutumista Puutteellinen hoitotyön osaaminen

Sisätautiosastojen henkilökunta koki, että palliatiivisen hoitotyön toteutumista edistäviä tekijöitä ovat päätös palliatiivisesta hoitolinjauksesta, moniammatillinen yhteistyö, hyvän

perushoidoin osaaminen, omien vahvuuksien hyödyntäminen, avoin keskusteluyhteys, läsnä olevat vuorovaikutustaidot, kuoleman kohtaamisen taidot ja kivunhoidon taidot.

Päätös palliatiivisesta hoitolinjauksesta edistää hoitoa sisälsi, että palliatiiviset päätökset tehdään usein liian myöhään. Kun palliatiivinen hoito on kirjattu papereihin, hoito toteutuu hyvin ja selvät ohjeet helpottavat määräyksien toteuttamista.

Harmittaa kun meillä palliatiiviset päätökset tehdään usein liian myöhään. Mielestäni olisi potilaan etu, että päätös tehtäisiin hyvissä ajoin, että potilas ehtisi siitä hyötymään. (H4)

Moniammatillinen yhteistyö sisälsi yhteistyötä henkisen ensiavun (HEA) ja sairaalapapin kanssa, yhteistyö on sujuvaa ja he ovat käytettävissä vuorokauden ajasta riippumatta.

Osaston luonteen takia on joskus vaikea löytää riittävästi aikaa potilaan kanssa keskusteluun. Mutta onneksi HEA, sairaalapastorit ym. ovat käytettävissä. (H16)

Yksilöllinen perushoito tarkoitti fyysisen hoitotyön toteuttamista jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisesti, asioiden huomioimista, potilaan kuuntelemista ja pysähtymistä palliatiivisen potilaan äärelle.

Koen että osaan melko hyvin pysähtyä palliatiivisen potilaan äärelle ja kuunnella/toteuttaa potilaan hoitoa. (H17)

Tilanne on aina erilainen jokaisen potilaan kohdalla, mutta koen, että pääpiirteittäin hoitaminen on tuttua ja osaamista löytyy. (H1)

Omien vahvuuksien hyödyntämisessä näkyivät potilaan arvostus, empatia, myötätunto, potilaan voimavarojen tukeminen ja nöyryys.

Vahvuuksina rauhallisuus, helppo olla kuolevan lähellä, arvostus ja nöyryys kuolevaa kohtaan kuten toista ihmistä kohtaan. (H18)

Avoin keskusteluyhteys sisälsi keskusteluavun tarjoamisen, keskusteluyhteyden löytämisen ja asiallisuuden potilaiden kanssa keskusteltaessa.

Potilaan ja omaisten kohtaamisessa koen olevani asiallinen, tukeva ja myötätuntoinen. (H9)

Vahvuuksia keskusteluyhteyden löytäminen...(H10)

Hyvät vuorovaikutustaidot näkyivät vahvuuksina, joita olivat rauhallisuus, potilaan kohtaaminen yksilöllisesti, pysähtyminen potilaan äärelle, läsnä oleminen potilaan haluamalla tavalla ja potilaan toiveiden huomiointi.

Vahvuuteni on uskallus puhua potilaalle ja läheisille oikeista asioista, kysyä pe-loista ja toiveista, istua alas. (H5)

Kuoleman kohtaamisen taidot sisälsivät, että jokainen tilanne on erilainen jokaisen potilaan kohdalla, kuoleman kohtaaminen työssä on luontevaa ja vahvuutena kuoleman sanoittaminen.

Minusta hyvin luonnollinen tapahtuma elämän kaarella. (H18)

Kivunhoidon taidot sisälsivät oirehoidon tietämisen ja hyvä tietämyksen kivunlievityksestä.

... koen, että osaan huomioida asioita hyvin ja tiedän keinoja, kuinka mitään oiretta voidaan helpottaa. (H17)

Sisätautiosaston henkilökunta koki, että palliatiivisen hoitotyön toteutumista heikentävät eri käsitykset ja toimintatavat palliatiivisesta hoitolinjauksesta, kiire haastaa hoitotyön toteutumista ja puutteellinen hoitotyön osaaminen.

Eri käsitykset ja toimintatavat palliatiivisesta hoitolinjauksesta näkyivät kokemuksena, että psyykkistä tukea helpottaisi, kun tiedettäisiin sanoa, mitä hoitoja jatketaan ja mistä luovutaan, kun parantavaa hoitoa ei ole ja kuitenkin vielä tutkitaan ja hoidetaan, vuodeosastoilla säästellyn kipulääkityksen määräyksessä ja kannanottoja on hankala saada lääkäreiltä pyhinä ja viikonloppuina.

Tilanteissa, joissa potilas on selkeästi palliatiivisessa/saattohoidon hoitovaiheessa ja esim. kipuilee, mutta lääkärit eivät uskalla tehdä asianmukaisia linjauksia. (H13)

Kiire haastaa hoitotyön toteutumista kohdassa tuli esille potilaan kokonaisvaltaisen hoidon heikentyminen kiireen vuoksi, vaikeus löytää riittävästi aikaa potilaan kanssa keskusteluun ja hoitoajat ovat lyhyitä.

Kun palliatiivisen/saattohoidossa olevan potilaan hoitamiseen on riittävästi aikaa, on se itsellekin ”antoisaa”. (H15)

Puutteellinen hoitotyön osaaminen nähtiin lääketiedon puutteellisuudessa, hoitotyön osaamisen puutteellisuudessa, ravitsemus- ja nestehoidon puutteellisuudessa ja kipupumpun käytön haasteissa.

Henkilökunnan tuen tarpeet palliatiivisen hoidon toteutumisessa. Henkilökunnan tuen tarpeet palliatiivisen hoidon toteutumisessa olivat moniammatillisen yhteistyön haasteet palliatiivisessa hoidossa ja hoitotyön ammattitaidon kehittäminen (taulukko 5).

Taulukko 5. Tuen tarpeet palliatiivisen hoidon toteutumisessa.

YLÄLUOKAT	ALALUOKAT
Moniammatillisen yhteistyön haasteet palliatiivisessa hoidossa	Heikko yhteistyö lääkärien kanssa Palliatiivisen yksikön vähäinen hyödyntäminen Epätietoisuus potilaan jatkohoidosta
Hoitotyön ammattitaidon kehittäminen	Yllättävissä tilanteissa toimiminen Haastavat vuorovaikutustilanteet potilaan ja läheisten kanssa Lääkehoidon osaamisen kehittäminen Oirehoidon kehittäminen Perustietoa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon sisällöstä Säännöllinen kouluttautuminen

Hoitohenkilökunta koki moniammatillisen yhteistyön haasteet palliatiivisessa hoidossa heikkona yhteistyönä lääkärien kanssa, palliatiivisen yksikön heikkona hyödyntämisenä ja epätietoisuutena potilaan jatkohoidosta.

Heikko yhteistyö lääkärien kanssa näkyi palliatiivisen hoitopäätöksen pitkittämisenä, kokemuksena, että oireita on hankala hoitaa ilman hoitolinjausta, erilaisina kommunikaatiovaikeuksina ja toiveena, että lääkäritkin saisivat lisäkoulutusta palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta.

Liian myöhään osastolla päätetään palliatiivisesta hoidosta, joten hoitajana tulee tyhjä olo, kun lääkäri ei kuuntele ja arvosta mielipidettä. (H10)

Joskus lääkärit tuntuvat pitkittävän palliatiivisen päätöksen ja/tai hoitolinjauksien tekemistä, vaikka potilaan sairaus ja vointi selkeästi linjauksia jo vaativa. (H23)

Palliatiivisen yksikön vähäinen hyödyntäminen piti sisällään palliatiivisen yksikön heikon konsultoinnin, palliatiivista keskusta ei osata hyödyntää ja hoitaja ei voi konsultoida palliatiivista yksikköä ilman lääkärin tekemää päätöstä.

Palliatiivista yksikköä konsultoidaan käsitykseni mukaan todella harvoin. (H19)

Epätietoisuus potilaan jatkohoidosta kohtaan kuului eri ammattiryhmien tuki hoitajan työssä, epätietoisuus jatkohoitopaikasta sekä potilaan ohjauksesta kotiutuessa. Tuotiin myös esille, että palliatiivinen päätös vähentää potilaan turhia siirtoja erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä.

Epäselvä on myös mm. se, miten palliatiivisille potilaille järjestetään hoitopaikka tällä hetkellä ja miten heitä voi opastaa asian tiimoilta siltä varalta, mikäli kotona yleistila laskee. (H19)

Hoitohenkilökunta koki tarvitsevansa lisää tukea hoitotyön ammattitaidon kehittämisessä yllättävissä tilanteissa toimimiseen, haastaviin vuorovaikutustilanteisiin potilaan ja läheisten kanssa, riittämättömään osaamiseen kivunhoidossa, lääkehoidon osaamisen kehittämiseen, oirehoidon kehittämiseen, perustietoa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon sisällöstä ja säännöllistä kouluttautumista.

Yllättävissä tilanteissa toimimiseen lukeutuivat tapaukset, jossa potilas on nuori, tilanteet etenevät nopeasti ja riittämättömyyden tunteen.

Riittämättömyyden tunne suurin epävarmuuden lähde. (H24)

Haastavat vuorovaikutustilanteet potilaan ja läheisten kanssa koettiin haastavina keskusteluina potilaan ja läheisten kanssa, läheisten vaikeutena ymmärtää tilannetta, läheisten vaikeina kysymyksinä ja kyseenalaistamisena, päätösten tekemisenä läheisten kanssa ja omaisten kohtaamisena ja omaisten tukemisena.

Päätös potilaan omaisten kanssa. Omaisilla on joskus vaikeuksia ymmärtää tilannetta. (H25)

Lääkehoidon osaamisen kehittäminen sisälsi koulutustoiveita kivunhoidosta, lääkkeettömästä kivunhoidosta ja lääkehoidosta sekä kipu- ja lääkehoidon riittämättömyyden.

Kaikenlainen lisäkoulutus on varmasti hoitohenkilökunnallekin tarpeen, erityisesti rauhoittavien käyttö sekä nasaalisesti annosteltavat lääkkeet. (H18)

Kipupumpun aloitus tai kasetin vaihto tms. Niitä tulee sen verran harvoin vastaan, että vaikka on saanut koulutusta, se on epävarmaa. (H16)

Oirehoidon kehittäminen sisälsi potilaan oireiden helpottamisen, hyvän perushoidon ja potilaan psyykkisen puolen hoidon.

... hoitotyön ja oireiden helpottamisen kannalta hoitajille suunnattua (koulutusta). Huonosti koulutuksia ollut aiheeseen liittyen saatavilla. (H23)

Perustietoa palliatiivisen ja saattohoidon sisällöstä kohtaan kuului palliatiivisten päätösten tekeminen, hoitopolun kulku, palliatiivisen hoidon aloitus, palliatiivisen ja saattohoidon eroavaisuudet ja palliatiivisen hoidon kriteerit.

... (koulutusta) saattohoidon ja palliatiivisen hoidon linjauksista ja eroavaisuuksista. (H25)

Säännöllinen kouluttautuminen sisälsi koulutusta päätösten teosta, tietoa toiminnasta ja keinoista, säännöllistä koulutusta ja enemmän yhteisiä koulutuksia hoitajille ja lääkäreille.

Tuntuu, että sisätautipuolella niin hoitajat, kun lääkäritkin kaipaavat koulutusta esim. Päätöksen teosta. (H25)

Oikeastaan kaikki koulutus olisi tarpeen/ hyväksi. Aihe omasta mielestä kiinnostava ja tärkeä. (H20)

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön kyselyn perusteella yhteensä 75 % Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen sairaalan sisätautiosastojen hoitohenkilökunnasta on vähintään kuukausittain palliatiivisten potilaiden kanssa hoitokontaktissa, joten puhutaan hyvin yleisestä potilasryhmästä. Kyselyn tuloksista kävi myös ilmi, että lähes kaikki (91 %) pitivät palliatiivista hoitotyötä osana sisätautiosastojen hoitokäytäntöjä erittäin tärkeänä. Juuri tästä syystä opinnäytetyön tekijät kokivat, että aiheeseen oli tärkeä perehtyä tarkemmin, sillä väestö ikääntyy, ja kroonisten sairauksien myötä palliatiivisen hoidon ja osaamisen tarve kasvaa (Korhonen ym., 2021; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019; Tohmola ym., 2023, s. 13). Opinnäytetyön aihe ja toteutus suunnattiin sisätautiosastoille, mikä tukee myös opinnäytetyön teoriassa esiin tulevaa seikkaa, että yli 60 % palliatiivisen hoidon saajista sairastaa muita kroonisia sairauksia kuin syöpää, kuten elinten vajaatoimintasairauksia (Saarto, 2018, s. 8). Lisäksi ajoissa aloitettua palliatiivisen hoidon integrointia tulisi kehittää syöpätautien lisäksi myös kuolemaan johtavien kroonisten sairauksien hoitoon (Saarto, 2023, s. 86). Kroonisissa sairauksissa kuten keuhko-ahtaumataudissa palliatiivisen hoidon merkitys on suuri, sillä niissä kipu ja muut oireet ovat yhtä yleisiä kuin syöpäsairauksissa (Vainio & Vuorinen, 2015, s. 45–47; vrt. Walker ym., 2025, s. 5,9).

Opinnäytetyön kyselyn tuloksissa kävi ilmi monessa kohtaa, että palliatiivisen hoidon päätökset tehdään liian myöhään, mikä vaikeuttaa potilaan oireenmukaista hoitoa, läheisten kanssa tapahtuvaa vuorovaikutusta ja kommunikointia sekä kuormittaa hoitohenkilökunnan työskentelyä. Kun hoitopäätös saadaan tehtyä, niin kaikilla on selkeä tavoite palliatiivisesta hoitotyöstä. Myös Saarto (2023, s. 85) painottaa, että ajoissa aloitettu palliatiivinen hoito parantaa potilaan elämänlaatua, sillä on tehokkaampi vaikutus oirehoitoon, ja potilaat sekä läheiset ovat tyytyväisempiä hoitoon. Opinnäytetyön kyselyssä selvitettiin, tunnistetaanko palliatiivisen hoitolinjauksen tarvitsevat potilaat osastolla, vastaajista 44 % vastasi, että he ovat osittain eri mieltä, ja 9 % vastaajista oli täysin eri mieltä. Opinnäytetyön tekijöiden mielestä tämä on tärkeä tulos, sillä se tuli esiin myös avoimissa kysymyksissä, joissa kyselyn vastaajat toivoivat aikaisempaa päätöstä palliatiivisesta hoitolinjasta, sillä palliatiivinen päätös vaikuttaisi hoitoon ja sen toteutumiseen edistävällä tavalla, kuten myös Saarto (2023, s. 85) edellä toteaa.

Opinnäytetyön kyselyyn vastanneiden mielestä loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman (ACP) laatiminen sujui osastoilla pääosin heikosti (53 %) tai erittäin heikosti (31 %). Toisaalta aikaisempi teoria korostaa ACP:n tärkeyttä, sillä elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman tarkoitus on taata, että potilaan toiveiden mukainen hoito toteutuu mahdollisimman hyvin (Terveyskylä, 2021a). Sillä on todettu olevan monia hyötyjä, kuten lisäävän palliatiivista hoitoa, parantavan potilaan hoitotytyväisyyttä ja vähentävän läheisten henkistä taakkaa (Lehto ym., 2019, s. 336; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019).

Hoitohenkilökunnalta kysyttäessä palliatiivisen potilaan hoidon osaamisesta selvisi, että paras osaaminen oli potilaan ja omaisten kohtaaminen ja vuorovaikutus heidän kanssaan. Palliatiivisen hoidon merkittävä tehtävä onkin, että hoitohenkilökunta osaa kohdata potilaan ja läheiset ja antaa heille tukea (Blomqvist ym., 2022, s. 291; Korhonen ym., 2021; Terkamomoisio, 2018, s. 34–35). Myös Tohmola ym. (2023, s. 12–19) korostavat tutkimuksessaan, että kohtaaminen ja vuorovaikutustaidot ovatkin keskiössä vaativissa tilanteissa palliatiivisessa hoitotyössä. Tohmolan ym. (2023, s. 12–19) tutkimuksessa tuotiin myös esiin, että kommunikointi ja kohtaaminen muuttuvat tulevaisuudessa, kun yhä enemmän käyntejä korvataan etävastaanoitoilla. Tällöin on myös tärkeää säilyttää hyvät vuorovaikutustaidot sekä potilaan yksilöllinen huomiointi.

Opinnäytetyön kyselyn vastausten mukaan vahvaa osaamista koettiin myös kivunhoidossa, hengitysoireissa sekä väsymyksen, kakeksian, nestehoidon ja ruokahaluttomuuden hoidossa. Nämä tulokset ovat olennaisia, sillä ne tukevat palliatiivisen eli oireenmukaisen hoidon keskeistä tavoitetta lievittää fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja henkistä kärsimystä ja vaalia potilaan ja läheisten hyvää elämänlaatua (Saarto, 2015a, s. 10; 2018, s. 8; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019; WHO, 2020). Hyvä oirehoito on palliatiivisen hoidon keskeinen tekijä, sillä huono oirehoito heikentää elämänlaatua ja -halua (Hänninen, 2015a, s. 33). Myös Kallion (2015b, s. 175) mukaan hyvä oireiden tunnistaminen ja niiden hoito edistävät hyvää palliatiivista hoitotyötä monin tavoin.

Opinnäytetyön kyselyn vastausten mukaan heikointa osaaminen oli keskushermosto-oireiden ja psyykkisten oireiden hoidossa. Kyselyn tulos keskushermosto-oireiden heikosta osaamisesta tukee aikaisempaa teoriaa, sillä Kallion (2015b, s. 175) mukaan ihmisen aivotoimintaa, ja siksi myös keskushermosto-oireita on vaikea ja haastava ymmärtää, ja se näyttäytyy hyvin monella tavalla myös palliatiivisessa hoidossa. Tietämys keskushermosto-oireista, niiden tunnistaminen, huomioiminen ja hoito voivat edistää hyvää palliatiivista hoitotyötä, potilaan,

läheisten ja hoitohenkilöstön hyvää yhteistyötä ja hyvinvointia, sen lisäksi se voi helpottaa hoitotyön kuormitusta (Kallio, 2015b, s. 175). Myös psyykkisten oireiden hoidossa tukea osaamiseen voi tarjota palliatiivinen yksikkö, jonka varhainen mukaantulo edistää palliatiivista hoitoa, se muun muassa vähentää masennusta, parantaa elämänlaatua ja siten mahdollisesti myös vähentää psykiatrian tarvetta (Räsänen, 2019, s. 108–109).

Opinnäytetyön kyselyssä kysyttäessä hoitohenkilökunnan kyvystä käsitellä kuolemaan liittyviä kysymyksiä ja tunteita, vastasi suurin osa, että he osaavat käsitellä kuolemaa erittäin hyvin (35 %) tai melko hyvin (59 %). Hoitotyön ammattilainen saattaa kohdata kuolemaa ajoittain lähes päivittäin, silti on tärkeää muistaa, että kuolema ja elämän loppuvaihe eivät koskaan ole arkipäiväinen asia potilaalle tai hänen läheisilleen (Surakka ym., 2015, s. 10).

Kyselyn tuloksissa tuli esille, että yhteensä 75 % oli joko eri mieltä tai täysin eri mieltä siitä, saavatko kaikki potilaat samanarvoisesti palliatiivista hoitoa. Vastajien mielestä sairaustyyppi vaikuttaa eniten ja ikä toiseksi eniten. Opinnäytetyön tekijät pohtivatkin, että syöpäpotilaan ovat varmastikin helpoiten hoidon piirissä. THL:n uusimman palliatiivisen ja saattohoidon kansallisen laatusuosituksen mukaan ”tavoitteena on edistää yhdenvertaisen, laadukkaan ja hyvän palliatiivisen hoidon toteutumista kaikkialla Suomessa” (Saarto ym., 2022, s. 9). Kaikilla kansalaisilla tulee olla oikeus palliatiiviseen hoitoon, se ei riipu iästä, diagnoosista, asuinpaikasta tai kulttuuritaustasta.

Kyselyn mukaan palliatiivisen potilaan hoitotyössä useimmiten yhteistyötä tehtiin lääkärin, palliatiivisen yksikön ja HEA:n kanssa. Vähiten yhteistyössä oltiin psykoterapeutin, puheterapeutin ja toimintaterapeutin kanssa. Vaikka lääkärin kanssa tehtiin paljon yhteistyötä, niin useassa vastauksessa kävi ilmi, että yhteistyö ei aina ole sujuvaa. Koettiin, että lääkäri ei arvosta hoitajien mielipiteitä tai hidastaa palliatiivisen päätöksen tekemistä ja samalla hoitotyön toteutusta. Toivottiin myös yhteisiä koulutuksia lääkäreiden kanssa, jotta voitaisiin konkreettisesti keskustella palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta sekä niiden eroista. Palliatiivisessa hoitotyössä ammattilaisen tulee arvostaa omaa työtään, ja tätä kautta hän pystyy arvostamaan myös muita ammattiryhmiä ja heidän ammattituntemustaan (Surakka ym., 2015, s. 136). Surakka ym. (2015) toteavatkin, että parantumattomasti sairaan hoidossa tarvitaan asiantuntijoita laajalta alalta. Lääkärit, sairaanhoitajat ja lähihoitajat ovat osastolla ne, jotka ovat päivittäin potilaan hoidossa mukana, mutta näiden lisäksi on suuri joukko muita ammattilaisia, jotka osaltaan takaavat potilaan fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen, hengellisen ja kulttuurisen toimintakyvyn ylläpitämisen ja edistämisen.

Kyselyn vastausten perusteella myös koettiin, että on ollut haasteita hoitavien yksiköiden kanssa siinä, kenen tulisi aloittaa palliatiiviseen hoitoon siirtyminen. Kyselyn tulosten mukaan myös eri käsitykset ja toimintatavat palliatiivisesta hoitolinjauksesta heikentävät palliatiivisen hoitotyön toteutumista, myös moniammatillisen yhteistyön haasteet palliatiivisessa hoidossa nousivat esiin. Jos hoitosuunnitelma ja siihen liittyvät keskustelut lykätään liian pitkälle, se voi vaikuttaa negatiivisesti potilaan loppuvaiheen elämänlaatuun (Saarto, 2023, s. 85). On todistettu, että hyvä palliatiivinen hoito vähentää potilaan oireita ja lisää hänen ja omaistensa tyytyväisyyttä (Saarto, 2023, s. 85). Lisäksi hyvä sydämen vajaatoiminnan palliatiivinen hoito vaatii tiivistä yhteistyötä eri kardiologisen erikoissairaanhoidon ja palliatiivisen hoitoa tarjoavien yksiköiden kanssa. Mustosen (2015, s. 501) mukaan tuoreimmat hoitosuositukset kertovat sydämen vajaatoiminnan loppuvaiheen hoidon ongelmista. Terveystieteiden tutkimuskeskuksella ei ole riittävästi tietoa sydämen vajaatoiminnan palliatiivisesta hoidosta ja sen mahdollisuuksista. Palliatiiviseen hoitoon siirtyminen vaatii sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksista erikoisosaamista ja tuntemusta. On tärkeää, että palliatiivisen hoidon kolmiportainen malli ja kansallisen laatusuosituksen toteutuvat erityisosaamista vaativissa sairauksissa, esimerkiksi sydämen vajaatoiminnassa, vaativan erityistason ja perustason sairaanhoidon välillä (Saarto & Lehto, 2019, s. 537–540; Saarto ym., 2022).

Palliatiivista koulutusta oli opinnäytetyön kyselyn vastausten mukaan ollut heikosti saatavilla. Vastaajista 53 % ei ollut saanut koulutusta palliatiivisesta hoidosta lainkaan. Opinnäytetyön kyselyn vastauksissa tuli myös esille, että kaikenlainen koulutus liittyen palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon olisi tervetullutta muun muassa potilaan hoitamisesta, kivun hoidosta, potilaan psyykkisen puolen hoidosta, omaisten tukemisesta ja kipupumpun käytöstä. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) tekemän Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa -raportin mukaan osaamisvaje nousi suurimmaksi puutteeksi palliatiivisessa hoidossa (Saarto ym., 2019, s. 98–99). Tämä johtuu raportin mukaan kouluttamattomasta henkilökunnasta. Pelkkä koulutus ei kuitenkaan tuo asiantuntijuutta vaan ammattilaiseksi kehitytään, mikä vaatii elinikäistä oppimista (Surakka ym., 2015, s. 136).

8.2 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyö tehtiin eettisiä vaatimuksia noudattaen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2017, s. 211–212) ja tutkijat sitoutuivat noudattamaan tutkimuksessaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) antamia eettisiä ohjeita (Kohonen ym., 2019). Heti tutkimustyön

aluksi huomioitiin, että tärkeintä on noudattaa koko prosessin ajan neljää TENKin määrittämää hyvän tieteellisen käytännön peruseriaa: luotettavuutta, rehellisyyttä, arvostusta ja vastuunkantoa (Keiski, 2023, s. 11). Tutkijat ottivat opinnäytetyön aiheesta selvää mahdollisimman laajasti ja aidosti kiinnostuivat tutkimuksesta ja tuloksista. Tutkimus tehtiin rehellisin keinoin ilman mitään vilppiä. Osallistujien yksityisyys huomioitiin tutkimuksessa siten, että kenenkään henkilötietoja ei luovutettu ulkopuolisille, eikä ketään osallistujaa pystytä tunnistamaan tutkimuksen perusteella. Tutkimuksella pyrittiin selvittämään konkreettisia keinoja palliatiivisen hoitotyön kehittämiseen, eikä sen tarkoitus ole loukata kenenkään työskentelytapoja. Tutkijoiden tarkoitus oli koko prosessin ajan osoittaa arvostusta kollegoitaan ja tutkittavia henkilöitä kohtaan.

Tutkimusaiheen pyyntö tuli Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen alueelliselta kotisairaaltalta ja palliatiiviselta keskukselta. Aihe valittiin tarkoituksella, sillä väestön ikääntyessä ja kroonisten sairauksien lisääntyessä palliatiivinen hoitotyö tulee koskemaan eri osastojen henkilökuntaa yhä enenevässä määrin lähitulevaisuudessa. Vilkan (2025) mukaan tutkimuksella tulisi olla ensisijaisesti käytännöllinen merkitys, sillä tietoa ei enää tuoteta automaattisesti mielenkiinnon perusteella. Tutkimusetiikan periaatteena ja tutkimuksen lähtökohtana on sen hyödyllisyys (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2017, s. 218). Hyöty ei aina kohdistu tutkimuksessa olevaan henkilöön vaan se voi näkyä tulevaisuudessa uusiin potilaisiin.

Suunnitteluvaiheessa, jo ennen teoriaosuuden keräämistä, selvitettiin yhdessä opinnäytetyön ohjaajan kanssa, minkälaisia tutkimuslupia tarvitaan tässä opinnäytetyössä. Vilkan (2025) mukaan, kun tutkija toteuttaa tutkimuksen vastuullisesti, hän selvittää jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa, minkälaisia tutkimuslupia tutkimus tarvitsee. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2017, s. 222) painottavat tutkimusluvan ja eettisen toimikunnan lausunnon eroista, sillä tutkimuslupa ja suostumus tutkimukseen osallistumisesta tarvitaan aina, mutta eettinen toimikunnan lausuntoa ei usein tarvita, jos tutkimus kohdistuu hoitohenkilökuntaan. Tutkimuslupa haettiin Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueelta, jossa hakemuksen lisäksi ilmeni opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite selkeästi.

Opinnäytetyön teoriaosuus tehtiin kattavia lähteitä käyttäen ja kriittisesti arvioiden, että lähteet ovat luotettavia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2017, s. 190). Tietolähteiden luotettavuus arvioitiin tarkistamalla julkaisujen ajantasaisuus sekä pyrittiin löytämään mahdollisimman uutta tietoa, joka on enintään 10 vuotta vanhaa. Lähdeviitteet merkittiin selkeästi, että tieto on helposti tarkistettavissa tarpeen vaatiessa. Teoriatieto kirjoitettiin omin sanoin

välttämällä plagiointia. Teoriaosuus suunniteltiin ja dokumentoitiin huolellisesti, ottaen huomioon jo aiempi tutkimustieto aiheesta (Keiski, 2023, s. 13). Teoriaosuus koottiin mahdollisimman kattavaksi, ja sen pohjalta laadittiin kysymykset kyselylomakkeeseen. Lisäksi opinnäytetyössä noudatettiin Seinäjoen ammattikorkeakoulun kirjallisten töiden ohjeita.

Opinnäytetyön tutkimuskysely lähetettiin ennen osastoille lähettämistä opinnäytetyön yhteyshenkilöille sekä SEAMKiin että hyvinvointialueelle, että saatiin varmuus kyselyn sopivuudesta. Kyselylomake pilotoitiin kollegoilla ennen varsinaista tutkimusta, että se oli varmasti luotettava ja toimiva (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2017, s. 191–192). Samalla pystyttiin selvittämään, olivatko jotkut kysymykset epäselviä tai puuttuuko kyselystä jotain oleellista

Kyselyyn osallistujat saivat tietoa opinnäytetyön aiheesta saatekirjeessä. Saatekirjeestä selvisi tutkimuksen tarkoitus, henkilötietojen käsittely ja hävitys sekä kyselyn vastaamisaika. Osallistuminen kyselyyn oli täysin vapaaehtoista, ja osallistujat antoivat suostumuksensa vastauksien käyttämiseen opinnäytetyössä. Osallistuja sai keskeyttää vastaamisen missä kohtaa tahansa kyselylomaketta täyttäessään, eikä siitä koitunut osallistujalle mitään haittaa (Kohonen ym., 2019). Kysely toteutettiin verkossa Webropol-kyselynä, ja vastaaminen siihen tapahtui anonyymisti.

Tutkimusmenetelmä valittiin tutkimuskysymyksen, tutkimusongelman sekä tutkimuksen lähtökohdan perusteella (Vilkkä, 2025). Tutkimuksessa kolme avointa kysymystä analysoitiin aineistolähtöisellä analysointimenetelmällä ja loput kyselyn tulokset määrällisellä analysointimenetelmällä. Monimenetelmätutkimuksen valinta perustui siihen, että haluttiin saada laajempi, syvempi tai kokonaisvaltaisempi kuva tutkittavasta asiasta (Äkerbald ym., 2024). Monimenetelmätutkimuksessa laadullinen ja määrällinen tutkimus tuotavat uutta tietoa, joka voi olla hyvin merkittävä tutkittavalle ilmiölle ja antavat lisäarvoa sekä tuovat uusia mahdollisuuksia uuden tutkimuskysymyksen luomiselle. Monimenetelmätutkimuksessa laadullinen aineisto auttaa ymmärtämään asioiden merkityksiä syvällisemmin, kun taas määrällinen tutkimus tuo laajuutta ja yleistyksiä tutkimukseen. Tuomi ja Sarajärvi (2018, s. 108) korostavat, että aineistolähteisessä analyysissä tuodaan tutkimusaineistosta esille teoreettinen kokonaisuus niin, että aikaisemmin tehdyt teoriat ja havainnot eivät vaikuta analyysiin.

Opinnäytetyössä tutkijat kantoivat eettisen vastuun tutkimustyöstään (Heikkilä, 2014, s.169, TENK, 2024). Tutkija ei saa käyttää asemaansa tai tutkimustuloksia oman edun tavoittelua varten. Tulokset esiteltiin niin kuin ne olivat. Kaikkia vastauksia, mitkä tallentuivat

järjestelmään, käytettiin tutkimuksessa. Tutkimustuloksia ei vääristelty tai muutettu sellaiseen muotoon, että alkuperäiset tulokset muuttuisivat erilaisiksi, kuin ne oli vastaajien toimesta luotu (Keiski 2023, s. 17). Tutkimuslomakkeella kerätyt tiedot säilytettiin ainoastaan tutkimuksen ajan, niitä käytettiin ainoastaan tutkimukseen ja ne hävitettiin asianmukaisesti, kun tutkimus saatiin valmiiksi (mts. 11). Opinnäytetyössä huolehdittiin lain mukaan, ettei se sisällä mitään henkilötietoja tai muita salassa pidettäviä tietoja. Tutkijat sitoutuivat luottamuksellisuuteen, salassapitoon ja vaitiolovelvollisuuteen (mts. 13). Vastuu tutkimuksesta on aina tutkimusryhmällä ja tutkijalla (Vilkkä, 2025).

Tutkijan tulee huolehtia ja tiedottaa, kun tutkimus on valmis ja kun se julkaistaan kohderyhmälle. Tiedottaminen tutkimuksesta ja tulosten julkaiseminen ovat tutkimuksen jatkuvuuden turvaamista. Opinnäytetyö esiteltiin seminaarissa kollegoille juuri niin, kuin se on tässä kuvattu. Lisäksi opinnäytetyö lähetettiin yhteistyökumppaneille Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueelle. Opinnäytetyön tallennettiin hyväksymisen jälkeen kaikille avoimeen Theseus-julkaisuarkistoon (ARENE, 2019).

8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyössä selvitettiin palliatiivisen hoitotyön toteutumiseen vaikuttavia tekijöitä sekä hoitohenkilökunnan tuentarpeita palliatiivisen hoidon toteutumisessa. Tutkimusaiheen valinta perustui tutkimuspyyntöön Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen alueelliselta kotisairaaltalalta ja palliatiiviselta keskukselta sekä aiheen ajankohtaisuuteen, sillä Suomessa väestö ikääntyy tällä hetkellä muita EU-maita nopeammin, elinikä pitenee, ja syntyvyys on vähäistä. Opinnäytetyön tuloksissa keskeisimmiksi asioiksi nousi kolme asiaa. Ensimmäinen oli, että palliatiivinen hoitotyö nähtiin osana sisätautiosastojen hoitokäytäntöjä erittäin tärkeänä, sillä palliatiivisia potilaita hoidettiin sisätautiostoilla vähintään kuukausittain. Lisäksi pidettiin erittäin tärkeänä, että palliatiivinen hoitotyö kehittyy ja saa enemmän huomiota sisätautiosastoilla. Toinen oli, että palliatiivista koulutusta ei ollut saanut yli puolet opinnäytetyön kyselyyn vastanneista. Kolmantena asiana nousi esille, että palliatiivisen hoidon päätöksen pitkittäminen heikentää monella tavalla palliatiivista hoitotyötä.

Opinnäytetyössä tuotettiin uutta tietoa palliatiivisen hoidon toteutumisesta ja päätösten teosta. Vaikka suositusten mukaan tavoitteena on edistää yhdenvertaisen, laadukkaan ja hyvän palliatiivisen hoidon toteutumista, niin kävi ilmi, että opinnäytetyön kyselyn tulosten

perusteella tähän ei kuitenkaan päästä. Päätösten tekemistä pitkitetään usein liian pitkälle, niin etteivät potilaat tai läheiset ehdi mukautua tilanteeseen, ja hoidon laatu kärsii. Myös vuorovaikutustilanteet hankaloituvat, kun hoidon tavoite on epäselvä.

Opinnäytetyön tuloksissa tuli esille, että osaaminen palliatiivisessa hoitotyössä on vahvaa, mutta toivottavasti tulevaisuudessa kiinnitettäisiin enemmän huomiota siihen, että hoitajat ja lääkärit saisivat enemmän koulutusta palliatiiviseen ja saattohoitoon koskien, ja että hoitopäätökset uskallettaisiin tehdä ajoissa. Opinnäytetyön tuloksissa potilaan ja läheisten kohtaaminen ja vuorovaikutus nousi suurimmaksi osaamisen vahvuudeksi. Lähestyvistä kuolemasta keskustelu tai sen puheeksi ottaminen koettiin luontevana osana palliatiivisen potilaan elämänkaarta. Myös kivun- ja oirehoidon osaaminen oli hyvällä tasolla. Nämä ovatkin palliatiivisessa hoidossa tärkeimpiä määritelmiä.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää palliatiivisen hoidon peruskoulutuksen painottamiseen ja sen toteutukseen sekä palliatiivisen hoitotyön kehittämiseen ja osaamisen vahvistamiseen. Opinnäytetyöstä saadaan tietoa, mihin asioihin tarvitaan lisää koulutusta palliatiivisessa hoitotyössä. Opinnäytetyön avulla voidaan kaikilla palliatiivisen hoidon tasoilla ylläpitää ja kehittää palliatiivisen hoitotyön tietoja ja taitoja, ja se on myös apuna sote-alan opiskelijoille. Kyselyä voidaan hyödyntää eri osastoilla, kun halutaan kartoittaa palliatiivisen hoidon osaamista.

Jatkotutkimusaiheina palliatiivisen hoidon saralta voisi olla palliatiivista hoitotyötä tekevien työhyvinvointi. Palliatiivinen hoitotyö saattaa olla henkisesti ja fyysisestikin kuormittavaa, jos tukea ei ole riittävästi saatavilla. Opinnäytetyön kyselyn vastauksistakin tuli esille, että palliatiiviseen hoitotyöhön voi joskus liittyä yllättäviä tilanteita, kuten silloin kun potilas on nuori tai tilanteet etenevät nopeammin kuin on ajateltu. Kun näitä tilanteita tulee paljon, se saattaa vaikuttaa myös henkilökunnan henkiseen jaksamiseen ja johtaa psyykkiseen kuormittumiseen. Opinnäytetyön tutkimuksessa ei käynyt ilmi, saavatko hoitajat tukea kollegoiltaan tai esihenkilöltään vaikeissa tilanteissa. Ei tullut myöskään esille, miten vaikeita tilanteita käsitellään ja miten ne vaikuttavat henkilökunnan jaksamiseen ja työhyvinvointiin.

Opinnäytetyön tuloksissa tuli ilmi, että yhteistyö lääkäreiden ja muiden palliatiiviseen hoitoon osallistuvien kanssa ei ollut aina sujuvaa. Koettiin, että hoitajien näkemykset palliatiivisesta hoidosta eivät kohtaa lääkäreiden kanssa, eikä asioita pystyttyä keskustelemaan työn ohessa. Osa opinnäytetyön kyselyyn vastanneista koki myös, että hoitajan mielipiteitä ei kuunneltu

palliativista päätöstä tehdessä. Myös palliativista yksikköä konsultoitin opinnäytetyön kyselyn mukaan harvoin. Siksi toisena jatkotutkimusaiheena voisi olla moniammatillisen yhteistyön kehittäminen palliativisessa hoitotyössä.

Vuonna 2023 on tehty tutkimus, jossa on kartoitettu palliativisen hoidon osaamistarpeita tulevalle kymmenelle vuodelle (Tohmola ym., 2023, s. 12–19). Tutkimuksen mukaan tulevaisuudessa hoitohenkilökunta tarvitsee lisää monikulttuuriosaamista, sillä ulkomaalaistaustaisten ja vieraskielisten potilaiden määrä on kasvussa. Väestön ikääntyessä kasvaa myös palliativisten potilaiden määrä, joten potilailla ja läheisillä on myös enemmän tietoa ja odotuksia hoitoaan kohtaan. Tämä edellyttää hoitajilta vielä enemmän yksilöllisten tarpeiden mukaista ihmislähtöistä palliativista hoidon osaamista sekä hyviä vuorovaikutus- ja kohtaamistaitoja. Lisäksi kehittyvä teknologia ja robotiikka tuo hoitotyöhön omat kehittymistarpeensa esimerkiksi etähoitajapalvelut ja etävalvontalaitteet. Myös oirehoito ja lääkehoidon menetelmät kehittyvät jatkuvasti, joten niiden osaamisen kehittäminen on myös tärkeää.

Tällä hetkellä hyvinvointialueiden heikon taloudellisen tilanteen vuoksi lopettamisuhan alla ovat monet sote-keskukset ja entiset terveyskeskukset. Nämä terveyskeskukset sijaitsevat kuntaliittymissä ja pienillä paikkakunnilla, joissa juuri väki ikääntyy, ja palliativisen hoidon tarve kasvaa. Etenkin näillä alueilla palliativisen hoidon saanti olisi tärkeää myös lähipalveluna, sillä laatusuosituksen (2022) mukaan palliativisen hoidon saatavuus pitäisi yhdenmukaistaa ja olla saatavilla kaikilla palliativisen hoitomallin tasoilla. Toivottavasti palliativisen hoidon taso ja kehitys pystytään säilyttämään myös taloudellisissa ja poliittisissa linjauksissa.

LÄHTEET

- Aho, A. L. (2023). *Palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan läheisten kohtaaminen ja tukeminen: Hotus-hoitosuositus*. Hoitotyön tutkimussäätiö.
- Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene (18.2.2025). *Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset*. <https://arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2025/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINNÄYTETÖIDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202025.pdf?t=1739803988>
- Anttila, V.-J. (2015). Palliativisen potilaan infektiot. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 477–482). Duodecim.
- Anttonen, A., & Mäkelä, S. (2015). Palliativinen sädehoito. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 387–389). Duodecim.
- Blomqvist, M., Rummukainen, T., Sainio, T., Simola, T., Tyrisevä-Ryösö, M., & Kimpimäki, K. (2022). *Hoitotyön perusosaaminen*. Sanoma Pro.
- Booker, R. (2022). Palliative Radiation Therapy: The Role of Radiation Therapy in Palliative and End-of-Life Care. *Clinical journal of oncology nursing*, 26(6), 628–635. <https://doi.org/10.1188/22.CJON.628-635>
- Dahlin, C. M., & Wittenberg, E. (2019). Communication in Palliative Care. Teoksessa B. R. Ferrell, & J. A. Paice, *Oxford Textbook of Palliative Nursing* (Fifth edition, p. 55–78). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780190862374.003.0005>
- Dame Cicely Saunders. (i.a.). *A palliative care pioneer*. King's College London. <https://www.kcl.ac.uk/cicelysaunders/about-us/cicely-saunders>
- Diabetes ja sydän. (2019). *Mitä ovat tyypin 2 diabeteksen lisäsairaudet eli komplikaatiot?* <https://diabetesjasydan.fi/lisasairaudet/>
- Dobson, J. (2017). Dame Cicely Saunders – an inspirational nursing theorist. *Cancer nursing practice*, 16(7), 31–34. <https://doi.org/10.7748/cnp.2017.e1414>
- Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue. (i.a.-a). *Henkinen jaksaminen*. <https://www.hyvaep.fi/palvelu/sisataudit/>
- Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue. (i.a.-b). *Sisätaudit*. <https://epshp.palvelupolku.fi/henkinen-jaksaminen/>
- Etelä-Pohjanmaan hyvinvointi alue. (i.a.-c). *Tieteellinen tutkimus ja opinnäytetyöt* <https://www.hyvaep.fi/hyvinvointialue/tieteellinen-tutkimus-ja-opinnaytetyot/>

- ETENE (2011). *Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta*. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://www.urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3195-4>
- Fulton, J. J., Newins, A. R., Porter, L. S., & Ramos, K. (2018). Psychotherapy Targeting Depression and Anxiety for Use in Palliative Care: A Meta-Analysis. *Journal of palliative medicine*, 21(7), 1024. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0576>
- Girod, E., Hassinen, R., & Parkkinen, K. (2024). *Nielemisvaikeuden kuntoutus puheterapialla*. Coronaria. <https://www.coronaria.fi/asiakkaana-kuntoutus-ja-terapiapalveluissa/blogi/nielemisvaikeuden-kuntoutus-puheterapialla/>
- Haanpää, M. (2015). Neuroopaattinen kipu ja kivun syitä. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 67–69). Duodecim.
- Haanpää, M. (2018). Neuroopaattinen kipu. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, A. Vainio, R. Antikainen, T. Ripatti, & H. Schmidt, *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt* (s. 29–32). Duodecim.
- Heikkilä, T. (2014). *Tilastollinen tutkimus*. (9. uudistettu painos). Edita.
- Heiskanen, T. (2015a). Kivun hoitoperiaatteet ja lääkehoito. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 53–54). Duodecim.
- Heiskanen, T. (2015b). Opioidien kliininen käyttö. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 62–67). Duodecim.
- Heiskanen, T. (2018a). Kipu ja sen hoitoperiaatteet. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, A. Vainio, R. Antikainen, T. Ripatti, & H. Schmidt, *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt* (s. 22–23). Duodecim.
- Heiskanen, T. (2018b). Opioidit. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, A. Vainio, R. Antikainen, T. Ripatti, & H. Schmidt, *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt* (s. 25–29). Duodecim.
- Holmström, P., Korhonen, L., Kuusisto, M., Lätti, A., Rintamäki, R., & Tauriainen, M-M. (2022). *Sisätaudit*. Sanoma Pro.
- Huovinen, A., Hynynen, M-A., Karhema, A., Koponen, L., & Mäkinen, T. (2023). *Kliininen hoitotyö*. Sanoma Pro.
- Hänninen, J. (2015a). Oireiden esiintyvyys palliativisessa hoidossa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 32–33). Duodecim.

- Hänninen, J. (2015b). Saattohoito. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 10–11). Duodecim.
- Hänninen, J. (2018a). Oireiden arviointi saattohoidossa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, A. Vainio, R. Antikainen, T. Ripatti, & H. Schmidt, *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt* (s. 114). Duodecim.
- Hänninen, J. (2018b). Oireiden ja ennusteen arviointi palliativisessa hoidossa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, A. Vainio, R. Antikainen, T. Ripatti, & H. Schmidt, *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt* (s. 16–19). Duodecim.
- Hänninen, J., & Pöyhiä, R. (2015). Väsymyksen yleisyys ja mekanismit. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 156–157). Duodecim.
- Hänninen, J., & Pöyhiä, R. (2018). Väsymys. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, A. Vainio, R. Antikainen, T. Ripatti, & H. Schmidt, *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt* (s. 68). Duodecim.
- IASP 2009. International Association for the Study of Pain. *Cancer Pain. Total Cancer Pain*. https://iaspfiles.s3.amazonaws.com/GlobalYearFactSheets/TotalCancerPain_Final.pdf
- IASP 2020. International Association for the Study of Pain. *Announces Revised Definition of Pain*. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
- Idman, I. (2015). Psykososiaalinen tuki ja psyykkisten oireiden hoito syöpäpotilailla. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 218–223). Duodecim.
- Idman, I. (2018). Psykososiaalinen tuki ja psyykkisten oireiden hoito palliativisen hoidon osana. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, A. Vainio, R. Antikainen, T. Ripatti, & H. Schmidt, *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt* (s. 104–106). Duodecim.
- Isoherranen, K. (2015a). Haavat. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 182–183). Duodecim.
- Isoherranen, K. (2015b). Verenvuoto. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 185–186). Duodecim.
- Isoherranen, K. (2018a). Haavat ja verenvuoto. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, A. Vainio, R. Antikainen, T. Ripatti, & H. Schmidt, *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt* (s. 84–86). Duodecim.
- Isoherranen, K. (2018b). Hikoilu. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, A. Vainio, R. Antikainen, T. Ripatti, & H. Schmidt, *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt* (s. 87–88). Duodecim.

- Isoherranen, K. (2018c). Ihoinfektiot. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, A. Vainio, R. Antikainen, T. Ripatti, & H. Schmidt, *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt* (s. 88–90). Duodecim.
- Isoherranen, K. (2018d). Kutina. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, A. Vainio, R. Antikainen, T. Ripatti, & H. Schmidt, *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt* (s. 86–87). Duodecim.
- Janes, R. (2015a). Deliriumin etiologia ja oireet. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 170–171). Duodecim.
- Janes, R. (2015b). Deliriumin hoidon periaatteet. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 171–172). Duodecim.
- Janes, R. (2018). Delirium. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, A. Vainio, R. Antikainen, T. Ripatti, & H. Schmidt, *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt* (s. 72–74). Duodecim.
- Jousilahti, P., Laatikainen, T., & Puska, P. (2024). *Viisi merkittävintä riskitekijää selittää maailmanlaajuisesti puolet sydän- ja verisuonitautisairastuvuudesta*. (s. 605–606). Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 140(8).
- Kallio, M. (2015a). Epilepsian lääkehoito. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 176–177). Duodecim.
- Kallio, M. (2015b). Keskushermosto-oireet palliativisessa hoidossa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 175). Duodecim.
- Kallio, M. (2015c). Motoriset ja sensoriset oireet. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 177). Duodecim.
- Kallio, M. (2015d). Neurokognitiiviset oireet. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 177–179). Duodecim.
- Kallio, M. (2015e). Neurokognitiivisten oireiden hoito. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 179–180). Duodecim.
- Kallio, M., & Vainio, A. (2018). Neurokognitiiviset keskushermosto-oireet. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, A. Vainio, R. Antikainen, T. Ripatti, & H. Schmidt, *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt* (s. 77–79). Duodecim.

- Kangasniemi, M., Blubaum, A., Terveiden- ja sosiaalihuoltoalan ammattijärjestö Tehy, & Kangasniemi, M. (2021). *Etiikkaa arjessa: Pohdintoja sosiaali- ja terveydenhuollon etiikasta*. Tehy.
- Kankkunen, P., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2017). *Tutkimus hoitotieteessä* (3.–5. painos.). Sanoma Pro.
- Keiski, R. L., Tutkimuseettinen neuvottelukunta, & Keiski, R. L. (2023). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa: Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohje 2023*. Tutkimuseettinen neuvottelukunta.
https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf
- Kohonen, I., Kuula-Luumi, A., Spoo, S. K., Kohonen, I., Kuula-Luumi, A., & Spoo, S. K. (2019). *Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa: Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019*. Tutkimuseettinen neuvottelukunta.
https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf
- Koivisto, T., Matilainen, I., Rantamäki, M., Salminen, P., & Ylönen, K. (2023). *Palliativisen hoidon ja saattohoidon ammattilaisten osaamisen vahvistaminen onnistuu yhteistyöllä*. Keski-Suomen hyvinvointialue.
<https://www.hyvaks.fi/index.php/blogikirjoitukset/palliativisen-hoidon-ja-saattohoidon-ammattilaisten-osaamisen-vahvistaminen>
- Kontinen, V. (2015). Tulehduskipulääkkeiden ja parasetamolin asema palliativisessa hoidossa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 59). Duodecim.
- Kontinen, V. (2018). Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, A. Vainio, R. Antikainen, T. Ripatti, & H. Schmidt, *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt* (s. 23–25). Duodecim.
- Kontro, M. (6.9.2022). Tietoa potilaalle: Leukemia (verisyöpä). *Lääkärikirja Duodecim*.
- Korhonen, A., Lappi-Hynninen, M., Oinonen, H., Mertala, A., Rantala, H., & Laukkonen, K. (2021). *Kuolevan potilaan kohtaaminen - haaste hoitotyön ammattilaiselle?* Dialogi.
<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021053132319>
- Korhonen, T. (2015). Ihoetäpesäkkeet: oireet ja hoito. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 371–374). Duodecim.
- Kömi, A., & Hänninen, J. (2015). Lymfaturvotus ja sen hoito. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 187–188). Duodecim.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laurila, J. (2015). Vanhuksen deliriumin aiheuttajat ja oireet. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 172–173). Duodecim.

Lehto, J. (2015). Keuhkohtaumatauti (COPD). Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 466–474). Duodecim.

Lehto, J. (2018). Hoitosuunnitelma. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, A. Vainio, R. Antikainen, T. Ripatti, & H. Schmidt, *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt* (s. 9–10). Duodecim.

Lehto, J. (17.12.2019). *Kuolemansairaille entistä paremmat hoitosuunnitelmat*. Haastattelu 17.12.2019 Ylen aamu. Yle Areena. <https://areena.yle.fi/1-50392498>

Lehto, J., Marjamäki, E., & Saarto, T. (2019). Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. *Duodecim: lääketieteellinen aikakauskirja*, 135(4), 335–342. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo14788.pdf>

Lehto, J., & Pöyhiä, R. (2015a). Hengenahdistuksen lääkkeetön hoito. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 99–101). Duodecim.

Lehto, J., & Pöyhiä, R. (2015b). Hengenahdistuksen oireenmukainen lääkehoito. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 97–99). Duodecim.

Lehto, J., & Pöyhiä, R. (2015c). Hengenahdistuksen syynmukainen hoito. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 96–97). Duodecim.

Lehto, J., & Pöyhiä, R. (2015d). Hengenahdistus. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 92–94). Duodecim.

Lehto, J., & Pöyhiä, R. (2015e). Hengenahdistusoireen arviointi. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 94–95). Duodecim.

Lehto, J., & Pöyhiä, R. (2015f). Yskä. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 102–103). Duodecim.

- Lehto, J., & Pöyhiä, R. (2018). Hengenahdistus. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, A. Vainio, R. Antikainen, T. Ripatti, & H. Schmidt, *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt* (s. 38–40). Duodecim.
- Lehto, J., & Sioris, T. (2018). Pleuraneste. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, A. Vainio, R. Antikainen, T. Ripatti, & H. Schmidt, *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt* (s. 43–45). Duodecim.
- Leino-Kilpi, H. (2014). Hoitotyön etiikan perusta. Teoksessa H. Leino-Kilpi, & M. Välimäki (2014), *Etiikka hoitotyössä* (8., uudistettu painos, s. 23–35). Sanoma Pro.
- Louhiala, P., & Launis, V. (2009). *Parantamisen ja hoitamisen etiikka*. Edita.
- Martola, L., & Wuorela, M. (2015). Munuaisten vajaatoiminnan yleisyys, aiheuttajat ja oireet. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 484–485). Duodecim.
- Melender, H., Hökkä, M., Saarto, T., & Lehto, J. T. (2020). The required competencies of physicians within palliative care from the perspectives of multi-professional expert groups: A qualitative study. *BMC palliative care*, 19(1), 65. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00566-5>
- Mustonen, L., & Harno, H. (2024). Mitä olemme oppineet neuropaattisen kivun synnystä? *Duodecim: lääketieteellinen aikakauskirja*, 140(9), 733–741. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo18224.pdf>
- Mustonen, P. (2015). Sydämen vajaatoiminnan etiologia, esiintyvyys ja ennuste. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 494–501). Duodecim.
- Olka. (i.a). <https://olkatoiminta.fi/>
- Poukka, P., & Korhonen, T. (2018). Lääkehoito saattohoidossa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, A. Vainio, R. Antikainen, T. Ripatti, & H. Schmidt, *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt* (s. 114–115). Duodecim.
- Pöyhiä, R. (2015a). Kakeksia. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 163–165). Duodecim.
- Pöyhiä, R. (2015b). Kivun hoidon invasiiviset hoitomenetelmät. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 74–75). Duodecim.
- Pöyhiä, R. (2018a). Kivunhoidon kajoavat menetelmät. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, A. Vainio, R. Antikainen, T. Ripatti, & H. Schmidt, *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt* (s. 32–33). Duodecim.

- Pöyhiä, R. (2018b). Palliatiivinen sedaatio. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, A. Vainio, R. Antikainen, T. Ripatti, & H. Schmidt, *Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt* (s. 117). Duodecim.
- Pöyhiä, R., & Hänninen, J. (2015a). Kuivumisen oireet ja mekanismit. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliatiivinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 159–161). Duodecim.
- Pöyhiä, R., & Hänninen, J. (2015b). Kuivumistilan tutkiminen ja hoito. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliatiivinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 161–163). Duodecim.
- Pöyhiä, R., Hänninen, J., & Saarto, T. (2015). Ruokahaluttomuus. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliatiivinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 165–166). Duodecim.
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M., Vuorinen, S., Müller, E., . . . Rusanen, S. (2020). *Hoitotyön taidot ja toiminnot* (7. uudistettu painos.). Sanoma Pro.
- Räsänen, S. (2019). Palliatiivinen hoito. Teoksessa T. Pesonen, V. Aalberg, A. Leppävuori, S. Räsänen, & L. Viheriälä (2019), *Yleissairaalapsykiatria* (s. 107–112). Duodecim.
- Saano, S., & Taam-Ukkonen, M. (2020). *Lääkehoidon käsikirja* (9. uudistettu painos.). Sanoma Pro.
- Saarto, T. (2015a). Palliatiivisen hoidon määritelmä. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliatiivinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 10). Duodecim.
- Saarto, T. (2015b). Syövän hoitolinjat. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliatiivinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 12–13). Duodecim.
- Saarto, T. (2018). Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, A. Vainio, R. Antikainen, T. Ripatti, & H. Schmidt, *Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt* (s. 8). Duodecim.
- Saarto, T. (2023). Palliatiivisen hoidon integraatio osaksi kuolemaan johtavien kroonisten sairauksien käypää hoitoa. *Duodecim: lääketieteellinen aikakauskirja*, 139(2), 85–87. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo17207.pdf>
- Saarto, T., & Asiantuntijatyöryhmä. (2017). *Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle*. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Saarto, T., & Finne-Soveri, H. (2019). *Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa: Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti*. Sosiaali- ja terveysministeriö.

- Saarto, T., Finne-Soveri, H., & terveysministeriö, S. j. (2019). *Palliativisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa: Alueellinen kartoitus ja suositusehdotukset laadun ja saatavuuden parantamiseksi*. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Saarto, T., Halinen, K., Ahlblad, J., Utriainen, T., Lindgren, M., Konttila, T., Lahti, P., Hallamaa, J., Sirola, J., Puustinen, R., Karjalainen, P., Papinaho, S., Peiponen, A., Juva, K., Kallinki, M., Kuuskoski, E., Vainio, A., Sipiläinen, H., & Stoor, H. (2014). *Vanhuuskuolema*. Konsensuslausuma. *Duodecim* vol. 130, no. 5, s. 523–531.
- Saarto, T., & Lehto, J. (2019). Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Suomessa – kolmiportainen malli. *Duodecim: lääketieteellinen aikakauskirja*, 135(6), 535–541. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo14834.pdf>
- Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Junttila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammar, T., & Forsius, P. (2022). *Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus*. THL. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-824-8>
- Saha, H. (21.6.2021). *Krooninen munuaisten vajaatoiminta (uremia)*. Terveyskirjasto Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00587>
- Salin, S., Melender, H., Lehto, J. T., & Hökkä, M. (2021). Asiantuntijoiden näkemyksiä palliativisen hoidon ja saattohoidon kehittämistä ja tutkimustarpeista. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 58(2). <https://doi.org/10.23990/sa.94374>
- Salman, J., Wolfe, E., & Patel, S. K. (2019). Anxiety and Depression. Teoksessa B. R. Ferrell, & J. A. Paice, *Oxford Textbook of Palliative Nursing* (Fifth edition, p. 309–318). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780190862374.003.0022>
- Salonen, J. (3.3.2019). *KLL eli krooninen lymfaattinen leukemia*. Terveyskirjasto Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00821>
- Sario, S. (30.9.2021). *Syöpöpotilaan palliativinen hoito*. Sairaanhoidajan käsikirja. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk01640/search/palliativinen%20hoito>
- Schenell, R., Österlind, J., Browall, M., Melin-Johansson, C., Hagelin, C. L., & Hjorth, E. (2023). Teaching to prepare undergraduate nursing students for palliative care: Nurse educators' perspectives. *BMC nursing*, 22(1), 1–338. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01493-5>
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. (04.10.2019). *Palliativinen hoito ja saattohoito* (Käypä hoito -suositus). <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. (29.04.2020). *Keuhkohtaumatauti* (Käypä hoito -suositus). <https://www.kaypahoito.fi/hoi06040 - s15>
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. (18.03.2024). *Tyypin 2 diabetes* (Käypä hoito -suositus). <https://www.kaypahoito.fi/hoi50056>

Surakka, T., Mattila, K., Åstedt-Kurki, P., Kylmä, J., & Kaunonen, M. (2015). *Palliativinen hoitotyö: Parantumattomasti sairas ja hänen perheensä*. Fioca.

Syöpäjärjestöt. (i.a.). *Psykososiaalinen tuki*.

<https://www.syopajarjestot.fi/potilaanpolku/kaytetyt-kasitteet/>

Terkamo-Moisio, A. (2018). Kuoleman läheisyydessä keskeistä on kohtaaminen. *TUTKIVA HOITOTYÖ*, 16(3), 34–35.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2023a). *Dialogisuus ammattilaisen ja perheen välillä*.

<https://thl.fi/aiheet/lapset-nuoret-ja-perheet/kehittyvat-kaytannot/dialogiset-toimintavat/dialogisuus-ammattilaisen-ja-perheen-valilla>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2023b). *Sairaanhoitajat tekevät hyvin eriasteisesti digitaalista asiakastyötä*.

<https://thl.fi/-/sairaanhoitajat-tekevät-hyvin-eriasteisesti-digitaalista-asiakastyota>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2023c). *Sydän ja verisuonitautien riskitekijät ja ehkäisy*.

<https://thl.fi/aiheet/kansantaudit/sydan-ja-verisuonitaudit/sydan-ja-verisuonitautien-riskitekijat-ja-ehkaisy>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2023d). *Yleistietoa kansantaudeista*.

<https://thl.fi/aiheet/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveyskylä. (15.8.2018). *Sädehoito*.

<https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/syopakipu/syopakivun-hoito/sadehoito>

Terveyskylä. (14.7.2020). *Eteisvärinän hoito*.

<https://www.terveyskyla.fi/sydansairaudet/tietoa/sydamen-rytmihairiot/eteisvarina-eli-flimmeri/eteisvarinan-hoito>

Terveyskylä. (1.11.2021a). *Hoidon suunnittelu palliativisessa hoidossa*.

<https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/palliativinen-hoito/hoidon-suunnittelu>

Terveyskylä. (1.11.2021b). *Palliativisen potilaan ripuli*.

<https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/oireiden-hoito/oireet/ripuli#>

Terveyskylä. (1.11.2021c). *Palliativisen potilaan suun alueen oireet*.

<https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/oireiden-hoito/oireet/suun-alueen-oireet>

Terveyskylä. (26.8.2022). *Veritautien palliativinen hoito*.

<https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/sairaudet/veritaudit>

- Terveyskylä. (3.2.2023). *Ummetus*. <https://www.terveyskyla.fi/lastentalo/tietoa-lasten-sairauksista/vatsaoireet-ja-ruoansulatuskanavan-sairaudet/lasten-suoliston-toimintaan-liittyvat-oireet-eli-toiminnalliset-mahavaivat/ummetus>
- Tohmola, A., Suikkala, A., Lehto, J., & Hökkä, M. (2023). Palliatiivisen hoidon osaamistarpeet tulevan kymmenen vuoden aikana. *TUTKIVA HOITOTYÖ*, 21(1), 12–19.
- Tunturi, S. (13.5.2024). *Glomerulussuodosnopeus (GFR) arvioituna CKD-EPI-kaavalla (Pt-GFRe)*. Terveyskirjasto Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/snk02001/glomerulussuodosnopeus-gfr-arvioituna-ckd-epi-kaavalla-pt-gfre>
- Vainio, A. (2015). Kansainvälinen Hospice-liike. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliatiivinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 18–19). Duodecim.
- Vainio, A., & Vuorinen, E. (2015). Kivun esiintyvyys palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, & A. Vainio (toim.), *Palliatiivinen hoito* (3., uudistettu painos, s. 45–46). Duodecim.
- Vattula, K., Rajala, M., Kuivila, H., Hökkä, M., & Kaakinen, P. (2020). Lähihoitajien kokemukset palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. *Hoitotiede*, 32(2), 122–133.
- Vihelä, M., Hökkä, M., & Kaakinen, P. (2020). Potilaiden ja läheisten kokemukset sairaanhoitajan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. *Hoitotiede*, 32(4), 275–284.
- Vilka, H. (2025). *Tutki ja kehitä* (6., uudistettu painos.). PS-kustannus.
- Vilka, H., & Mankki, V. (2024). *Johdatus monimenetelmätutkimukseen*. Santalahti-kustannus.
- Walker, A. M., Sullivan, D. R., Nguyen, P., Holland, A. E., & Smallwood, N. (2025). Early, integrated palliative care for people with chronic respiratory disease: Lessons learnt from lung cancer. *Therapeutic advances in respiratory disease*, 19, 17534666241305497. <https://doi.org/10.1177/17534666241305497>
- WHO 2020. *WHO Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Åkerblad, L., Seppänen-Järvelä, R., & Gaudeamus oy. (2024). *Monimenetelmällinen tutkimus: Opas suunnitteluun ja toteutukseen*. Gaudeamus.

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake

Liite 1. Kyselylomake

1. Tiedostan, että vastaan tähän anonyymisti ja vapaaehtoisesti, ja vastauksiani tullaan käyttämään opinnäytetyössä tutkimustarkoituksiin. Kyllä
2. Ikä: 18–25 v, 26–35 v, 36–45 v, 46–55 v, yli 56 v
3. Koulutus: Sairaanhoitaja, Lähihoitaja, Perushoitaja, Muu, mikä?
4. Työkokemus hoitotyössä sairaalassa: 0–5 v, 6–10 v, 11–20 v, yli 20 v
5. Missä osastolla työskentelet? A31 Keuhko- ja infektiosairauksien osasto, A32 Sydän- ja munuaissairauksien osasto, A42 Neurologian ja hematologian osasto
6. Kuinka usein hoidat palliatiivisia potilaita? Päivittäin, Viikoittain, Kuukausittain, Harvemmin
7. Kuinka tärkeänä pidät palliatiivista hoitotyötä osana sisätautiosaston hoitokäytäntöjä? Erittäin tärkeänä, Melko tärkeänä, Vähemmän tärkeänä, En pidä tärkeänä ollenkaan
8. Kuinka hyvin arvioit osastosi tukevan palliatiivisen hoitotyön toteuttamista? Erittäin hyvin, Hyvin, Huonosti, Erittäin huonosti
9. Koetko, että osastollasi tunnistetaan palliatiivisen hoitolinjauksen tarvitsevat potilaat? Täysin samaa mieltä, Osittain samaa mieltä, Osittain eri mieltä, Täysin eri mieltä
10. Miten elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma (ACP) ja sen laatiminen toteutuu mielestäsi hoitajana teidän osastollanne? Erittäin hyvin, Hyvin, Heikosti, Erittäin heikosti
11. Oireiden selvittämisessä ja arvioinnissa käytetään apuna erilaisia oire- ja kipumittareita. Hyödynnätkö näitä mittareita? VAS, PAINAD, ESAS - Käytän säännöllisesti, Joskus, En käytä, Ei ole tuttu.

12. Arvioi omaa osaamistasi palliatiivisen potilaan hoidossa:

Kivunhoito, Hengitystieoireet, Ruoansulatuskanavan oireet, Väsymys, Kakeksia, Nestehoito, Ruokahaluttomuus, Iho-oireet, Keskushermosto-oireet, Psykkiset oireet, Potilaan ja omaisten kohtaaminen ja vuorovaikutus heidän kanssaan, Haasteelliset vuorovaikutustilanteet (potilas ei pysty kommunikoimaan tai on aggressiivinen) - Osaan hyvin, Osaan kohtaisesti, En koe osaavani

13. Oletko saanut koulutusta palliatiivisesta hoidosta? Kyllä, Ei, En ole varma.**14. Jos olet saanut koulutusta palliatiiviseen hoitoon, niin koitko saamasi palliatiivisen hoitotyön koulutuksen hyödylliseksi? Erittäin hyödylliseksi, Melko hyödylliseksi, Vain vähän hyödylliseksi, En yhtään hyödylliseksi, En ole saanut koulutusta/En ole varma.****15. Moniammatillinen yhteistyö on tärkeä osa palliatiivista hoitotyötä. Kuinka usein palliatiivisen potilaan hoitotyössä teet yhteistyötä eri ammattiryhmien kanssa?**

Lääkäri, Fysioterapeutti, Toimintaterapeutti, Puheterapeutti, Ravitsemusterapeutti, Hea, Olka-toiminta, Sairaalapappi, Psykoterapeutti, Tulkkipalvelu, Palliatiivinen yksikkö - Usein, Joskus, Harvemmin, En koskaan

16. Koetko, että hoitajana voit tuoda esille ja vaikuttaa esim. palliatiiviseen hoitolinjaukseen liittyviin asioihin? Täysin samaa mieltä, Samaa mieltä, Eri mieltä, Täysin eri mieltä, En samaa enkä eri mieltä**17. Koetko saavasi riittävästi tukea työyhteisöltäsi/moniammatilliselta tiimiltäsi palliatiivisessa hoitotyössä kohtaamiisi haasteisiin? Kyllä aina, Useimmiten, Harvoin, En koskaan.****18. Kuinka hyvin arvioit kykysi käsitellä kuolemaan liittyviä kysymyksiä ja tunteita? Erittäin hyvin, Melko hyvin, Kohtalaisesti, Huonosti.****19. Kuinka tärkeänä pidät sitä, että palliatiivinen hoitotyö kehittyy ja saa enemmän huomiota osastollasi? Erittäin tärkeänä, Melko tärkeänä, Vähemmän tärkeänä, En pidä tärkeänä ollenkaan.**

- 20. Saavatko mielestäsi kaikki potilaat samanarvoisesti palliatiivista hoitoa?** Täysin samaa mieltä, Samaa mieltä, En samaa enkä eri mieltä, Eri mieltä, Täysin eri mieltä.
- 21. Vai vaikuttaako hoitoon joku näistä?** Ikä, Sairaustyyppi, Paikkakunta, Kulttuuri-tausta - Ei vaikuta lainkaan, Vaikuttaa vähän, Vaikuttaa paljon.
- 22. Missä tilanteissa tunnet eniten epävarmuutta palliatiivisen hoidon toteuttamisessa ja miksi?** Avoin kysymys
- 23. Millaista lisäkoulutusta toivoisit palliatiivisen hoitotyön osaamisen kehittämiseksi?** Avoin kysymys
- 24. Miten palliatiivinen hoito voitaisiin mielestäsi parhaiten integroida osaksi sisätautiosaston hoitokäytäntöjä?** Avoin kysymys
- 25. Kuvaile omin sanoin kokemuksestasi, kun olet hoitanut palliatiivisen hoidon piirissä olevaa potilasta. Voit pohtia vahvuuksiasi ja heikkouksiasi palliatiivisen potilaan hoidon osaamisessasi.** Avoin kysymys