

Noora Järvelä, Heidi Turula ja Mira Öfverberg

PALLIATIIVISESSA HOIDOSSA OLEVAN POTILAAN KOKONAISVALTAINEN OIREHOITO

Informatiivinen tietotesti Oulun ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoille

PALLIATIIVISESSA HOIDOSSA OLEVAN POTILAAN KOKONAISVALTAINEN OIREHOITO

Informatiivinen tietotesti Oulun ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoille

Noora Järvelä, Heidi Turula,
Mira Öfverberg
Opinnäytetyö
Syksy 2021
Hoitotyön tutkinto-ohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön tutkinto-ohjelma, Sairaanhoitaja

Tekijät: Noora Järvelä, Heidi Turula, Mira Öfverberg

Opinnäytetyön nimi: Palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan kokonaisvaltainen oirehoito – Informatiivinen tietotesti Oulun ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoille

Työn ohjaajat: Kirsi Myllykangas & Mari Vihelä

Työn valmistuslukukausi ja -vuosi: Syksy 2021

Sivumäärä: 58 + 1 liitettä

Palliatiivisen hoidon tarve maailmassa kasvaa koko ajan väestön ikääntyessä. Palliatiivinen hoito on parantumattomasti sairaan kokonaisvaltaista hoitoa, jonka tavoitteena on potilaan mahdollisimman hyvän elämänlaadun varmistaminen sekä kärsimysten lievittäminen. On todettu, että Suomessa on mittavia alueellisia vaihteluita ja puutteita palliatiivisen hoidon osaamisessa. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä laadukas ja oppimista tukeva tietotesti Oulun ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoiden käyttöön. Tiedon syventämisen lisäksi se toimii opiskelijan oman osaamisen arvioivana työkaluna. Tietotesti palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan kokonaisvaltaisesta oirehoidosta tukee asian oppimista ja on opiskelijan välineenä oman osaamisen arvioinnissa. Informatiivisen testin nimeksi tuli ”Palliatiivinen hoitotyö – Kokonaisvaltainen oirehoito”. Tietotesti luotiin Moodle -oppimisalustalle H5P -työkalujen avulla, jotka on tarkoitettu interaktiivisen sisällön tekemiseen. Kysymykset perustuivat tutkittuun tietoon, jota kerättiin luotettavista lähteistä ja ne käsittelevät palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan oireita, niiden arvioimista ja hoitoa. Oikeiden vastausten oheen lisättiin kyseiseen kysymykseen liittyvää lisäinformaatiota oppimisen tueksi. Tietotestistä pyrittiin tekemään kompakti, mutta laajasti työmme aihetta käsittelevän.

Projektin tuotosta koekäyttivät toisen lukukauden hoitotyön opiskelijat, jotka olivat jo aiemmalla lukukaudella opiskelleet palliatiivisen hoitotyön perusteita. He myös käyttivät Moodle -oppimisalustaa opinnoissaan. Pyysimme ryhmältä palautetta tietotestistä palautekyselyn avulla, jonka pystyi täyttämään testin tehtyään. Palautteiden mukaan testi koettiin informatiiviseksi, monipuoliseksi, selkeäksi ja suurin osa koki oppineensa jotain uutta palliatiivisesta oirehoidosta testin avulla. Palliatiivinen hoitotyö – Kokonaisvaltainen oirehoito -testiä, tullaan jatkossa käyttämään hoitotyön opiskelijoiden oppimisen tukena. Kokonaisuudessaan onnistuimme toteuttamaan tavoitteidemme mukaisen tuotteen. Pitkän aikavälin tavoitteena on saavuttaa muutos, joka olennaisesti parantaisi hoitotyön opiskelijoiden tietoa palliatiivisesta hoitotyöstä.

Asiasanat: palliatiivinen hoitotyö, oirehoito, tietotesti, verkko-oppiminen

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree programme in Nursing and Health Care, Option of Nursing

Authors: Noora Järvelä, Heidi Turula, Mira Öfverberg

Title of thesis: Comprehensive symptom care of a patient in palliative care – Informative quiz for nursing students at Oulu University of Applied Sciences.

Supervisors: Kirsi Myllykangas & Mari Vihelä

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2021

Number of pages: 58 + 1 appendices

Our thesis is focused on palliative care, specifically on comprehensive symptom care of a patient in a palliative care including informative quiz for nursing students at Oulu University of Applied Sciences. The commissioner of the thesis is Oulu University of Applied Sciences, and the idea about this Thesis came from nursing lecturer who informed the need for a tool that can evaluate the competence of nursing students regarding the symptom care of a patient in palliative care. The purpose of the thesis was to create a high-quality informative quiz for nursing students to support learning.

The theoretical reference consists of comprehensively researched and evidence-based knowledge. The result of this project is an innovating, user-friendly, informative quiz with a clear layout that supports learning and evaluates competence. The quiz was made onto the Moodle-platform with an open-source tool HP5. With the help of this quiz, students can assess their knowledge and at the same time deepen it. Questions of the quiz helps to define what is palliative- and hospice care and the symptom care of a patient in palliative care and for example it helps to learn the side effects of the medicines that are used to treat the symptoms. The quiz also includes questions about different pain and symptom scales, which are important in the treatment of a patient in palliative care. Some of the questions were built around imaginary patient case to make the quiz more interesting. Our quiz was tested by the first-year students of nursing. They had already studied the subject of the quiz and they were familiar with the Moodle-platform. Thus, they were a great test group to evaluate our informative quiz about its content, quality, usability and teachability. We asked feedback about the quiz by using a feedback survey, which they were able to answer immediately after taking the quiz. According to the feedback the test was a success. Students were pleased to have a studying tool to use, some said that it was affective way to test what they already know, other were using our test to learn more.

In the future, the quiz is used to support the learning of nursing students as a part of the palliative care studies. Overall, we managed to produce a product that met our goals. The long-term goal is to improve nursing students' knowledge of palliative and hospice care.

Keywords: palliative care, comprehensive symptom care, e-learning, quiz

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	PALLIATIIVINEN HOITO JA SAATTOHOITO	8
2.1	Palliatiivisen hoidon kolmiportainen malli	9
2.2	Hoitolinjaus ja hoitotahto	11
2.3	ACP eli Ennakoiva hoitosuunnitelma pitkälle edenneessä sairaudessa	12
3	PALLIATIIVISESSA HOIDOSSA OLEVAN POTILAAN KOKONAISVALTAINEN OIREHOITO	14
3.1	Oirearviointi	14
3.2	Kipu ja kivunhoito	16
3.2.1	Kivun kokeminen.....	16
3.2.2	Kivun lääkkeellinen hoito.....	17
3.2.3	Erityismenetelmät kivun hoidossa	22
3.2.4	Lääkkeetön kivunhoito	23
3.3	Hengitystieoireiden hoito	23
3.4	Ruuansulatuskanavan oireet	26
3.5	Muut oireet	28
3.6	Psykkisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnista huolehtiminen	33
4	VERKKO-OPISKELU.....	37
5	TARKOITUS JA TAVOITTEET	39
6	INFORMATIIVISEN TIETOTESTIN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS.....	40
6.1	Projektin aikataulu	40
6.2	Projektin kustannukset	41
6.3	Projektin riskien ja muutosten hallinta	42
6.4	Projektin viestintä	44
6.5	Informatiivisen testin tekeminen	45
7	PROJEKTIN ARVIOINTI.....	48
8	POHDINTA	51
	LÄHTEET	53
	LIITTEET	59

1 JOHDANTO

Toiminnallisen opinnäytetyömme tarkoituksena oli kehittää informatiivinen tietotesti Oulun ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoille oppimisen tueksi. Tavoitteena oli lisätä tietoa ja osaamista palliatiivisesta oirehoidosta ja saattohoidosta sekä niihin liittyvistä keskeisistä käsitteistä ja suosituksista. Tavoitteenamme oli myös, että opiskelijoiden olisi helpompi kohdata opiskeluaikanaan ja valmistuttuaan hoitotyön ammattilaisiksi, parantumattomasti sairaita ja kuolevia potilaita sekä heidän omaisiaan. Testi on kohdennettu alkuvaiheen hoitotyön opiskelijoille, ja se sijoittuu opiskelijoiden toisen lukukauden yhteyteen. Tässä vaiheessa opiskelijat ovat opiskelleet aiheeseen liittyen Oppiportin Saattohoito-verkkokurssin sekä Palliatiivisen potilaan oirehoito-verkkoluennon (3 h), ja näin ollen tuotoksemme eli informatiivisen testin on tarkoitus pohjautua edellä mainittuihin sisältöihin.

Viime vuosina on valtakunnallisesti todettu tarve kehittää palliatiivisen hoidon ja saattohoidon työtä ja koulutusta aiempaa laadukkaammaksi. Sosiaali- ja terveysministeriön tekemässä kartoituksessa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laadussa ja sen saatavuudessa on Suomessa mittavia alueellisia vaihteluita. Raportin mukaan yksi tärkeimmistä puutteista palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa on vaadittavan ammattiosaamisen puutteet hoitohenkilökunnassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019a, 96, 105.)

Tällä hetkellä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon koulutuksen sisältö, sekä laajuus vaihtelee runsaasti eri ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen välillä, eikä niitä sisälly tarpeeksi eri terveyden- ja sosiaalihuollon ammattihenkilöiden perusopetuksen ja jatkokoulutuksen opetussuunnitelmiin. Opetus- ja kulttuuriministeriön rahoittaman Edupal -hankkeen tarkoituksena on kehittää korkeakoulujen palliatiivista opetusta yhtenäisemmäksi. (Palliatiivisen koulutuksen kehittäminen, 2017.)

Opinnäytetyömme konkreettisin tavoite oli suunnitella ja kehittää monipuolinen ja opiskelijoille hyödyllinen tietotesti, jonka avulla voidaan edistää palliatiivisen hoidon osaamista. Tavoitteemme oli kehittää toimiva tietotesti yhteistyössä aihealueen opettajien, hoitotyön lehtoreiden Mari Viהלän sekä Kirsi Myllykankaan kanssa. Työllämme haluamme vaikuttaa tulevien sairaanhoitajien tietotaidon tasoon koskien palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa. Voidaan siis todeta, että tavoitteemme oli tällä opinnäytetyöllä lisätä tulevaisuudessa valmistuvien kollegoidemme teoria- ja käytännön tietotaidon tasoa palliatiivisesta ja saattohoitotyöstä. Lisäksi tärkeäksi tavoitteeksemme nostimme

oman osaamisemme parantamisen ja syventämisen koskien palliativisessa hoidossa olevan potilaan kokonaisvaltaista oirehoitoa.

2 PALLIATIIVINEN HOITO JA SAATTOHOITO

Palliatiivisen hoidon tarve maailmassa on suurempi kuin koskaan ja sen tarve kasvaa edelleen maailman väestön ikääntyessä. Vuoden 2019 lopussa alkanut maailmanlaajuinen pandemia COVID-19 on myös vaikuttanut palliatiivisen hoidon tarpeeseen. Palliatiivisen hoidon tarve odotetaan kaksinkertaistuvan vuoteen 2060 mennessä. (Worldwide Palliative Care Alliance 2020, 12.) Worldwide Palliative Care Alliancen mukaan maailmanlaajuisesti arviolta 56,8 miljoonaa ihmistä tarvitsee palliatiivista hoitoa vuodessa. Suurin osa hoitoa tarvitsevista, noin 67 % on yli 50-vuotiaita ja ainakin 7 % lapsia. (Worldwide Palliative Care Alliance 2020, 17.)

Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan potilaan aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa, ottaen huomioon myös potilaan läheiset sairauden aikana. Hoidon tavoitteena on vaalia elämänlaatua sekä ehkäistä ja lievittää mahdollisia fyysisiä, psykososiaalisia ja eksistentiaalisia kärsimyksiä. Palliatiivisen hoidon tavoitteena on, että potilas pystyisi elämään toiveidensa mukaista aktiivista elämää mahdollisimman vähin oirein aina hoidon loppuun saakka. (Saarto 2015a, 10.) Palliatiivinen hoito kuuluu kaikille kuolemaan johtavaan tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastaville ilman diagnoosirajauksia (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019).

Parantumaton sairaus ja palliatiivinen hoito koskettaa sairastuneen lisäksi aina joukkoa perheenjäseniä ja omaisia. Läheiset ovat läsnä ja tukena sairastuneelle, mutta on tärkeää muistaa, että usein he ovat myös yksilöllisen tuen tarpeessa. Palliatiiviseen hoitoon kuuluu poikkeuksetta myös läheisten tukeminen. (Terveyskylä 2019a.) Olennaisena osana palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan hoitoa on sairastuneen toiveiden ja tapojen kunnioittaminen ja mahdollistaminen. Tässä osaluueessa on erittäin olennaista keskustella potilaan ja tämän tahtojen mukaan yhdessä läheisten kanssa tarpeista ja toiveista. Läheisillä voi olla vaikeuksia tukea palliatiivisessa hoidossa olevaa potilasta, joten niin sairastunutta ja lähimmäisiä on hyvä tukea ja kannustaa avoimeen keskusteluun. Tärkeintä on olla läsnä, niin hoitohenkilökunnan kuin läheistenkin. (Terveyskylä 2018a.) Oireenmukaiseen hoitoon siirtymisellä tarkoitetaan, että potilaan mahdollisuudet tehokkaasti parantaviin hoitoihin on tarkkaan arvioitu ja päädytty käyttämään niitä lääketieteellisiä keinoja, joiden tarkoitus on taata potilaan jäljellä olevan elämän mukavuus mahdollisimman hyvin. Oireenmukaiseen hoitoon siirtymisen ei välttämättä tarkoita kaikkien hoitojen lopettamista. (Hänninen 2015b, 11.)

Saattohoito määritellään palliatiivisen hoidon viimeiseksi vaiheeksi, jolloin elinaikaa on arviolta jäljellä joistain viikoista muutamiin päiviin. Saattohoidossa korostuu hoidon jatkuvuus, mikä tarkoittaa, että jokin yksikkö on päävastuussa potilaan hoidosta (esimerkiksi saattohoitokoti tai kotisairaanhoido) ja sama työryhmä jatkaa hoitoa loppuun saakka. (Hänninen 2015b, 7.) Saattohoidon tarkoituksena ei ole pidentää eikä myöskään lyhentää elämää, vaan auttaa potilasta elämään kuolemaansa saakka niin hyvää elämää kuin mahdollista. Oireiden ja kärsimyksen lievitys, jäähyväisten jättäminen ja henkinen tuki ovat kuolevan potilaan kannalta merkityksellisiä asioita ja näihin keskitytään saattohoidossa. Saattohoidon tavoitteena on kuolevan potilaan ja hänen läheistensä paras mahdollinen elämänlaatu. (Suomen lääkäriliitto 2021.) Saattohoidon periaatteet on listattu ja eritelty Juha Hännisen teokseen Saattohoitotyön opas seuraavin otsikoin: Oireiden lievitys, turvallinen ja jatkuva hoitosuhde, psykologinen tuki, yksilöllisyyden ja ihmisarvon kunnioitus, lähiverkoston huomioonottaminen, potilaan itsemääräämisen varmistaminen ja elämänlaadun sekä aktiivisuuden maksimointi. (Hänninen 2015b, 7.)

Hoidon suunnitteleminen keskustelun turvin luo usein turvallisuuden tunnetta koko sairauden kanssa elävälle perheelle. Hoidon suunnitteluun palliatiivisessa hoidossa annetaan potilaan ja tämän perheen vaikuttaa ensisijaisesti. Toiveisiin voi vaikuttaa potilaan uskonto, kulttuuritekijät sekä perheen tavat ja tottumukset. Hoitopolku voi valmistaa sairastunutta ja perhettä tulevaan, on kumminkin tärkeää diagnoosista riippuen muistuttaa, että muutokset hoitoon on mahdollisia riippuen sairauden kulusta. (Terveyskylä 2018a.)

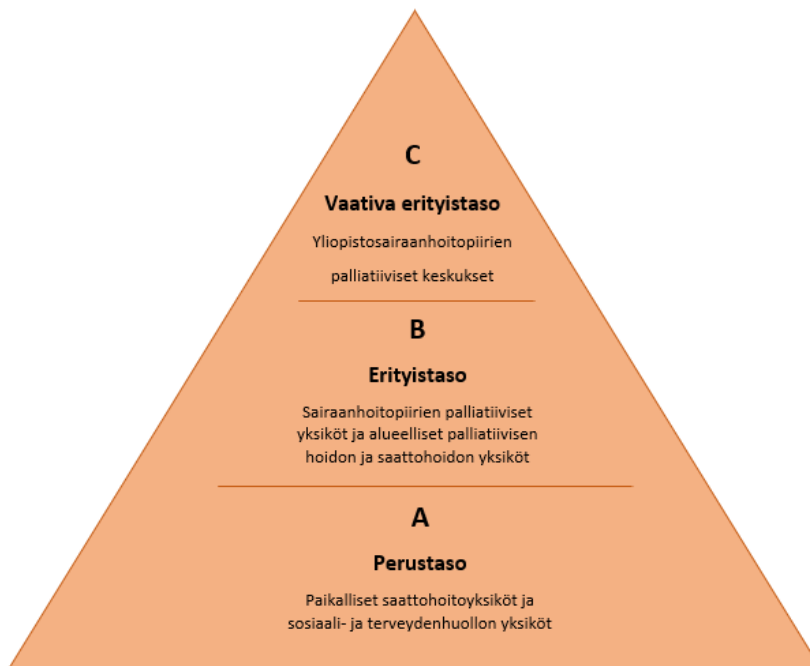
2.1 Palliatiivisen hoidon kolmiportainen malli

STM on suositellut palliatiiviseen hoitoon kolmiportaista mallia. Tässä mallissa hoidon palvelut eritellään hoidon vaativuuden mukaisesti perus- ja erityistasoihin. Potilaan tarpeet määrittävät millaiseen hoitoon hänet ohjataan. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2020.) Kolmiportainen malli rakentuu perustasosta A, eli perustason saattohoitoyksiköistä, erityistasosta B ja vaativasta erityistasosta C. Tämän kolmiportaisen mallin tarkoituksena on yhtenäistää käytäntöjä, jolloin kaikki voivat saada yhdenvertaista hoitoa riippumatta siitä missä asuvat. Perustasolla tapahtuu suurin osa palliatiivisesta hoidosta. Erityistason hoitoa tarvitsee noin kolmasosa potilaista. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2020.)

Kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä, joissa hoidetaan elämän loppuvaiheessa olevia potilaita, tarjotaan perustason palliatiivista hoitoa. Tällaisia ovat esimerkiksi terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastot, kotihoidon yksiköt sekä ympärivuorokautisen hoidon yksiköt eli tehostetun palveluasumisen yksiköt, palvelutalot ja vanhainkodit. Palliatiivisesta ja saattohoidosta huolehditaan perustasolla silloin, kun hoidon ja tuentarve voidaan ennakoida sekä toteuttaa elämän loppuvaiheen suunnitelmalla. Erityistason hoito voidaan tuoda potilaan luo tarvittaessa. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2020.)

Perustason A yksiköissä saattohoito on huomioitu henkilöstömitoituksessa, koulutuksessa sekä toimintaympäristössä. Saattohoitoa on kehitetty muun toiminnan ohessa kyseisissä yksiköissä. Erityistason B yksiköt ovat erikoistuneet palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon. Näissä yksiköissä palliatiivinen hoito on päätehtävä ja henkilökunta on erikoiskoulutettua. Kyseiset B-tason yksiköt muodostavat sairaanhoitopiirin erityistason palliatiivisen hoidon verkoston. Erityishoidon koordinoinnista alueellaan sekä palveluketjujen vastaamisesta huolehtivat sairaanhoitopiirien palliatiiviset keskuksat. Palliatiivisten keskusten lisäksi erityistason yksiköitä voivat olla alueelliset kotisairaalat ja niiden tukiosastot, palliatiiviset osastot, saattohoito-osastot ja saattohoitokodit, palliatiiviset klinikat, sairaaloiden palliatiiviset konsultaatiotiimit sekä päiväsairaalat. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2020.)

C-tason eli vaativan erityistason palliatiivisen hoidon palveluista vastaavat yliopistosairaaloiden palliatiiviset keskuksat. Nämä vastaavat tutkimuksesta ja opetuksesta yhdessä yliopistojen sekä muiden oppilaitosten kanssa. Yliopistosairaalan palliatiivinen keskus muodostuu palliatiivisen hoidon klinikasta, palliatiivisen hoidon konsultaatiotiimistä, psykososiaalisen tuen yksiköstä, palliatiivisesta osastosta tai palliatiivisista vuodepaikoista, kotisairaalasta, päiväsairaalasta sekä saattohoitokodista tai vastaavasta saattohoito-osastosta. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2020.)



KUVIO 1. Palliativisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli (mukailten Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 15).

2.2 Hoitolinjaus ja hoitotahto

Hoidon tavoite määritellään hoidon linjauksessa, tällä turvataan potilaalle hänen toiveidensa ja arvojen mukaisesti mutta samalla lääketieteellisesti perusteltu paras mahdollinen hoito. Hyödyttömiin ja vain kärsimystä lisäävien hoitojen välttäminen kuuluu hoitolinjaukseen. Hoitolinjaus koostuu neliportaisesta mallista, jonka portaina toimivat kuratiivinen eli parantava hoitolinja, taudin etenemistä jarruttava hoitolinja, palliativinen hoitolinja ja saattohoitolinja. Riippumatta hoitolinjasta, palliativista hoitoa tulee toteuttaa. Sairautta jarruttavaan hoitoon liitetty palliativinen hoito kohentaa potilaiden elämänlaatua, vähentää tarpeettomia hoitoja ja voi mahdollisesti hieman myös parantaa ennustetta. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Hoitotahdolla voi varmistaa omaa hoitoaan koskevien päätösten tehtävän henkilökohtaisen tahdon mukaan. Hoitotahto on yksityiskohtaisempi ja laajempi tahdonilmaus kuin esimerkiksi DNR (do not resuscitate), mikä hoidon rajauksena tarkoittaa vain elvytyskieltoa. Hoitotahto on aina potilaan oman tahdon mukainen, kun taas DNR voi potilaan lisäksi olla myös lääkärin päätös. Hoitotahto on hyvä koota kirjallisesti, vapaamuotoisena tai internetistä löytyviin pohjiin. Täysi-ikäinen sairastunut voi tehdä myös edunvalvontavaltuutuksen etukäteen. (Terveyskylä 2019b.)

Jokaisella ihmisellä on oikeus päättää itse omista asioistaan. Suomessa potilaan itsemääräämisoikeutta turvaa laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Lain 6. pykälässä todetaan seuraavasti: ”Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.” (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 2:6 §.)

Itsemääräämiskyky vaatii tarpeeksi tietoja päätöksen vaikutuksista sekä riittävää kykyä käsitellä tietoa ja tehdä päätöksiä. Potilaalle on tärkeää kertoa asiat ymmärrettävällä tavalla, mitä erilaisia hoitovaihtoehtoja on tarjolla ja mitä niistä seuraa. On otettava huomioon, että kyky ymmärtää asioita vaihtelee potilaiden välillä huomattavasti. Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa usein potilaan itsemääräämiskyky on heikentynyt. Voi olla, että potilas on tajuton eikä tajuihin palaamista ole odotettavissa. Tällaisessa tilanteessa potilasta hoidetaan niin kuin hän oletettavasti olisi itse päätöksentekoisena halunnut, tai itsemääräämisoikeus siirtyy jollekin toiselle henkilölle. Mikäli potilaalla on tilanteeseen soveltuva hoitotahto tai jos hoitotoiveista on ehditty puhua ennen autonomian menettämistä, pyritään näitä tahtoja ja toiveita silloin noudattamaan. (Saarni 2015,603–604.)

2.3 ACP eli Ennakoiva hoitosuunnitelma pitkälle edenneessä sairaudessa

Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma laaditaan lääkärin toimesta yhdessä potilaan tai mahdollisesti tämän läheisten kanssa. Tämä sisältää keskustelut potilaan toiveista, tarpeista, pe-loista sekä päätökset koskien hoidon linjauksia ja rajauksia, sairauden edetessä ja kuoleman lähestyessä. Keskustelujen tulisi tuottaa myös käytännön suunnitelma hoidon toteutuksesta eli ns. hoitolupaus. Voidaankin todeta, että elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelmalla parannetaan potilaan saamaa hoitoa ja elämän laatua, autetaan läheisiä jaksamaan sekä kohdennetaan hoidon resurssit oikein. (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019, 335–342.)

ACP suunnitellaan ja laaditaan, kun potilas on vielä kykenevä kertomaan toiveistaan. Potilaan halutessa läheiset voivat osallistua tähän. Suunnitelmaan pyritään tarkentamaan potilaan toiveita koskien hoitoa ja hoitolinjauksia. Lisäksi tarkennetaan myös mitä potilas ei halua. Tarkennetaan tavoitteita elämänlaatua, oireiden lievitystä ja elämän pituutta koskien. Hoitolinjaukset sekä hoitotahto voidaan tarkentaa konkreettiselta osalta tarkastikin koskien esimerkiksi elvytysyrityksiä tai sitä tah-

tooko potilas käytettävän elämää ylläpitäviä koneita, kuten hengityskonetta. Lisäksi tulee huomioida potilaan toiveet koskien sairaalasiirtoja tai keinotekoista ravitsemusta. Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelmaan kirjataan, kuinka hoito järjestetään siinä vaiheessa, kun voimia ei enää ole jäljellä. Esimerkiksi, järjestetäänkö saattohoito kotona tai hoitokodissa, sairaalassa tai tehohoidossa. Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelmassa tulee myös käsitellä oirehoidon varmistaminen loppuun saakka. (Lehto ym. 2019, 335–342.)

Potilas hyötyy elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelmasta saamalla enemmän palliatiivista hoitoa sekä saattohoitoa. Todettakoon, että tämä parantaa potilaan loppuelämän laatua. Myös potilaan sekä omaisten hoitotyytyväisyys kasvaa ja potilaan toiveiden toteuttaminen paranee. Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelmalla voidaanakin sanoa olevan hyötyä ahdistuksen lievittämisessä ja tämän myötä myös omaisten sekä läheisten henkisen kuormittavuuden pienentämisessä. Ennakoidun hoitosuunnitelman myötä potilaat ovat vähemmän sairaalahoidossa ja vastaavasti enemmän kotihoidossa. Myös elvytykset vähentyvät, kuin myös sairaala- ja tehohoitojaksot ennen kuolemaa. (Lehto ym. 2019, 335–342.)

3 PALLIATIIVISESSA HOIDOSSA OLEVAN POTILAAN KOKONAISVALTAI- NEN OIREHOITO

Palliatiivista hoitoa tarvitsevien potilaiden elämänlaatu on usein heikentynyt. Potilaiden elämää vaikeuttavat heikentynyt toimintakyky, hankalat oireet sekä henkisen hyvinvoinnin puutteet ja tyytymättömyys hoitoihin. Lisääntynyt oireilu on syy, miksi palliatiivisessa hoidossa olevat potilaan hakevat apua virka-ajan ulkopuolella. Oireet, joihin apua haetaan ovat kipu, pahoinvointi sekä oksentelu, hengenahdistus, uupumus tai levottomuus. Oireen olemassaolon lisäksi merkittävää potilaiden oireilussa on sen koettu häiritsevyys ja avun tarpeen tunne. (Hänninen 2015a, 32).

Kun elintoiminnot heikkenevät loppuvaiheessa lääketieteellisten tukitoimien merkitys ja fysiologiset vaikutukset muuttuvat usein. Mikäli potilaan oireenmukainen hoito aloitetaan liian myöhään saattaa se lisätä potilaan kärsimyksiä ja voi jopa johtaa ennenaikaiseen kuolemaan. On tärkeää suunnitella tutkimukset ja toimenpiteet potilas- sekä oirelähtöisesti. Riittävä tiedonsaanti ja hyvä vuorovaikutus hoitosuhteessa edistävät potilaan sekä omaisten hyvinvointia. (Hänninen & Rahko 2013.)

Fyysisten oireiden lisääntyessä usein ilmaantuu myös psyykkisiä oireita. Ahdistuneisuuden määrä sekä masennus lisääntyvät enemmän pahoinvoinnista, hengenahdistuksesta ja muista somaattisista oireista kärsivillä potilailla. Vaikeat oireet hoitamattomana saattavat altistaa potilaan jopa toimomaan omaa kuolemaansa. Palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden keskuudessa on kuolintoiveen esiintyvyydeksi useissa raporteissa arvioitu jopa 20 %. Sosiaalinen eristäytyminen sekä raskas oiretaakka ovat merkittäviä syitä tähän. Oireista etenkin tokkuraisuus ja väsymys sekä masennus olivat yhteydessä toiveeseen kuolla. Kuolemanhalulla potilaat kuitenkin ilmentävät paremmin väsymisen kärsimyksiä sisältävään elämään kuin kuolintoiveeseen. (Hänninen 2015a, 33–34.)

3.1 Oirearviointi

Potilaat kärsivät monenlaisista fyysisistä, psyykkisistä ja tunne-elämän häiriöistä kuoleman läheisyydessä. Oireet voivat olla ohimeneviä tai pidempiaikaisia. Potilaan oireiden arviointia vaikeuttavat potilaan tunnetilan lisäksi tiedollinen valmius tunnistaa omia oireita ja ilmaista niitä. Oireiden pukeminen sanoiksi saattaa myös olla hankalaa. Potilaat ilmaisevat oma-aloitteisesti oireita, joita on

helppo tunnistaa, kuten kipua ja pahoinvointia. Oireiden häiritsevyyttä ja voimakkuutta on kuitenkin vaikeampi kuvailla. Oireiden sanoittamisen ja kuvailemisen avuksi on kehitetty avuksi menetelmiä, joiden avulla voidaan järjestelmällisesti selvittää oiretaakkaa. Olemassa on erilaisia mittareita, joilla voidaan selvittää potilaan oma oirekokemus sekä seurata oirehoidon tehoa. Niillä usein mitataan oireiden esiintyvyyttä ja intensiivisyyttä. (Hänninen 2015a, 34–35.)

VAS (visual analog scale) on numeerinen asteikko 0–10 tai VRS (verbal rating scale) eli verbaalinen asteikko (ei lainkaan, vähän, jonkin verran, melko paljon, hyvin paljon). Sillä mitataan potilaan yksittäisen oireen intensiteettiä janalla, jossa 0 tarkoittaa oireetonta tilaa ja 10 pahinta mahdollista kyseisen oireen ilmenemistä. Yleisesti arvioidaan 1–3 vastaavan lieväasteista oiretta, 4–5 kohtalaista, 6–7 kovaa ja 8–10 sietämätöntä. (Hänninen 2015a, 35, 55.)

ESAS (Edmonton symptom assessment scale) on yhdistelmä useista samalla numeraalisella asteikolla (0–10) esitetyistä oirejanoista. Edmontonin oirekysely on mittari, jota käytetään palliatiivisessa hoidossa potilaan oireiden arvioinnissa ja myöhemmässä hoidossa. Sen avulla potilaat voivat itse ilmoittaa oireiden voimakkuuden. ESAS arvioi oireita visuaalisella analogisella asteikolla. ESAS:sta on olemassa useita erilaisia versioita, joissa arvioidaan useita oireita ja versioita, jotka mittaavat reaaliaikaisia tai pitkäkestoisia oireita. Useimmissa versioissa mitataan kuutta fyysistä oiretta eli kipua, väsymystä, pahoinvointia, uneliaisuutta, ruokahaluttomuutta ja hengenahdistusta. Lisäksi mitataan masentuneisuutta, ahdistuneisuutta ja yleistä hyvinvointia. (Veazey, Poague, Formagini, ym. 2019, 30–38.)

PAINAD-mittaria (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale) käytetään erityisesti dementiaa sairastavien vanhusten kohdalla kivun arvioinnissa. Siinä kivun arviointi perustuu potilaasta tehtyihin havaintoihin. PAINAD-mittarissa on viisi erilaista havainnointikategoriaa, jotka ovat hengitys, ääntely, ilmeet, kehon kieli ja lohduttaminen. Jokaisesta kategoriasta voi saada 0–2 pistettä tehtyjen havaintojen mukaan. Kokonaispistemäärä 0 tarkoittaa kivutonta ja 10 pistettä tarkoittaa voimakkaasti kipuilevaa. (Hagelberg & Finne-Soveri 2015, 82–83.)

Erilaisin mittarein voidaan tehdä päätelmiä potilaan kokemuksista, fyysisistä ja psyykkisistä oireista arvioiden potilaan yleistä hyvinvointia ja elämänlaatua. Myös potilailla, jotka eivät kykene vuorovaihtukseen tai kykenevät siihen heikosti kuten pienet lapset tai aivokasvainpotilaan, tulee myös ar-

vioida oireita. Tällöin oireiden arviointiin voidaan käyttää kuvallista versiota, jossa esimerkiksi kasvojen ilme itkuisesta hymyilevään muodostaa samanlaisen asteikon kuin numeraalinen asteikko. (Hänninen 2015a, 35.)

3.2 Kipu ja kivunhoito

Monissa kuolemaan johtavissa sairauksissa kipu on yleinen oire. Hyvän kivunhoidon perusedellytys on kivun säännöllinen arviointi sekä kirjaaminen. Kipua arvioitaessa, siitä tulee kirjata sen sijainti, voimakkuus, joko numeerista tai sanallista asteikkoa käyttäen, sekä kivun luonne eli onko kipu esimerkiksi polttavaa, tuikkivaa tai kouristavaa ja millainen vaikutus kivulla on toimintakykyyn, mielialaan ja nukkumiseen. Lisäksi mahdolliset tuntohäiriöt ja paikallisesti säteilevä kipu kirjataan. Myös kivun esiintymisaika sekä läpilyöntikivun esiintyminen tulee kirjata. Mikäli potilas ei ole itse kykenevä kertomaan kivustaan sitä tulee arvioida havainnoimalla hänen ilmeitensä, eleitä, ääntelyä ja asentoa PAINAD-asteikkoa apuna käyttäen. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Kivun esiintyminen loppuvaiheen syövässä on 35–96 %:lla potilaista, loppuvaiheen sydänsairauksia sairastavilla potilailla 41–77 %:lla, loppuvaiheen munuaissairauksia sairastavilla potilailla 47–50 %:lla sekä loppuvaiheen keuhkohtaumatautia sairastavilla potilailla 34–77 %:lla. Edennyttä syöpää sairastavien potilaiden läpilyönti kivun esiintyvyyttä 70–80 % luokkaa. Myös muilla kuin syöpää sairastavilla potilailla esiintyy läpilyöntikipua ja tämän esiintyvyyttä on 63 % potilaista. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

3.2.1 Kivun kokeminen

Kipukokemus on aina yksilöllinen ja henkilökohtainen. Tämän vuoksi kivusta kertominen voi toisinaan olla haasteellista niin, että kokee tulevansa ymmärretyksi. Kivun taustalla on usein jokin elimellinen sairaus, vamma tai vaurio. Epämiellyttävät tunteet, kuten ahdistus, tuska, pelko ja kärsimys liittyvät lähes aina vaikean, etenevän, sairauden aiheuttamaan fyysiseen kipuun psykosomaattisella tavalla. Näin ollen kipu ei ole pelkkä aistimus, vaan myös kokemus. (Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry 2017.) Kipukokemukseen vaikuttavat monet psyykkiset, biologiset ja sosiaaliset tekijät. Kivun voidaankin sanoa olevan biopsykososiaalinen kokemus. Ei ole olemassa kahta samanlaista

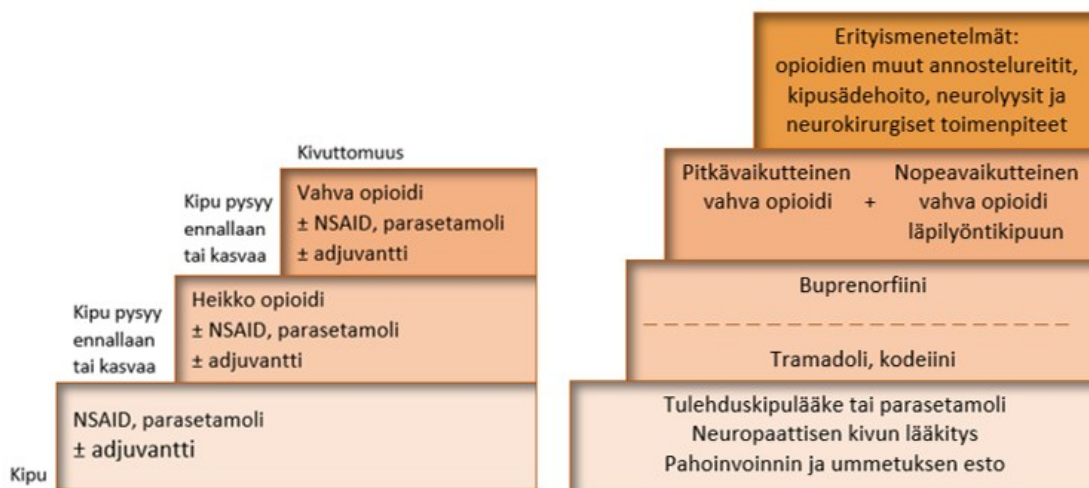
kipua, eikä kipuja tule verrata keskenään. Vaikka potilas voi kuvata kipuaan sanallisesti ja numeerisesti, joutuu kivun silti aina suhteuttamaan omaan kokemukseen. (Tahko 2018.)

Kipu on epämiellyttävä aistimus, koska sen alkuperäinen tehtävä on ollut varoittaa mahdollisesti elimistöä uhkaavasta vaarasta. Tähän kokemukseen vaikuttaa kuitenkin taustamme, persoonamme, kipuhistoriamme, kivun seuraamukset, sosiaalinen verkosto sekä yleinen elämäntilanne. Kivun havaitsemiseen ja käsittelyyn osallistuvat useat eri aivoalueet. Aistimus kivusta syntyy eri aivoalueiden yhteistoimintana. Tutkijat ovat havainneet yksilöllisiä eroja aivoalueiden aktivoitumisessa. Myös tämä asia korostaa kivun yksilöllisyyttä. (Tahko 2018.)

3.2.2 Kivun lääkkeellinen hoito

Palliativisessa hoidossa olevan tai saattohoitopotilaan muun kuin syövästä johtuvan kivun hoidosta ei ole käytettävissä tutkimusnäyttöä, mutta saattohoidossa voidaan soveltaa samoja periaatteita sekä lääkkeitä kuin syöpäkivun hoidossa. WHO:n syöpäkivun hoidon periaatteiden mukaan kipulääke tulee valita kivun voimakkuuden mukaan. Ensisijaisesti kipulääkkeet tulee annostella suun kautta säännöllisesti pitkävaikutteisella valmisteella. Lyhytvaikutteisella valmisteella varaudutaan läpilyöntikipuun ja lääkkeet tulee titrata yksilöllisesti potilaalle. Haittavaikutusten hoitoon tulee varautua. Potilaan ohjausta ei tule unohtaa ja tästä tuleekin huolehtia niin suullisesti kuin kirjallisesti. Lääkkeettömiä kivunhallintakeinoja tulee käyttää lääkehoidon rinnalla. Tällaisia menetelmiä ovat esimerkiksi rentoutus, distraktio, asento- ja liikehoidot. Peruslääkkeen riittävyttä arvioitaessa on hyvä seurata kivun voimakkuutta sekä läpilyöntikipulääkkeen kulutusta vuorokaudessa. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Usein aloitetaan lääkitys suoraan vahvoilla opioideilla, jonka rinnalle valitaan sopiva nonopioidi lääke eli tulehduskipulääke tai parasetamoli sekä neuropaattisen kivun lääke, mikäli tarpeen. Syöpäkivun hoidossa voidaan WHO:n kipuportaiden mukaan tarvittaessa siirtyä suoraan vahvoja opioideja käyttämään. Vahvat opioidit tehoavat hyvin syöpäkivun hoitoon. Lievässä tai korkeintaan kohtalaisessa kivussa voidaan harkitusti käyttää heikkoja opioideja. Lievän tai keskivaikean syöpään liittyvän kroonisen kivun lievityksessä Tramadol voi toimia, mutta tästä tutkimusnäyttö on riittämätöntä. Tramadol on todettu saattavan aiheuttaa kodeiinia enemmän ruokahaluttomuutta, heikkoutta, pahoinvointia sekä oksentelua, vaikka näiden kahden lääkkeen teho syöpäkivun hoidossa lienee samaa luokkaa. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)



KUVIO 2. Vasemmalla syöpäkivun hoidon alkuperäiset portaavat WHO:n mukaan ja oikealla nykyaikaiset syöpäkivun hoidon portaavat. Syöpäpotilaiden kivuista suurin osa on hoidettavissa portaiden kolmen alimman portaan mukaisilla menetelmillä. Tulehduskipulääkkeet ovat edelleen tärkeä osa alimmalla portaalla, hoitoon voidaan tarvittaessa lisätä vahva opioidi. (mukaillen Heiskanen 2015, 59.)

Käytettävä opioidiannos tulee aina titrata potilaskohtaisesti ja annosta suurennettaessa tulee vastetta seurata. Vanhuspotilaita hoidettaessa tulee noudattaa varovaisuutta ja opioidien käyttö aloitetaan pienemmillä annoksilla. Syöpäkivun hoidossa eri opioidien keskinäisestä paremmuudesta ei ole näyttöä. Tulee kuitenkin huomioida, että lämpö, kuten esimerkiksi sauna tai kuume, vaikuttaa fentanyyliin imeytymiseen tehostavasti. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Morfiinin hyötyosuus oraalisesti käytettynä on n. 30 % ja oksikodonilla n. 50 %. Mikäli morfiinin aloitusannos ei ole täysin riittävä kivunlievityksessä, on potilaalla mahdollista lievittää kipua lisäksi nk. läpilyöntikipulääkkeellä. Potilaalla tulee siis olla käytettävissään kaksi eri opioidivalmistetta kivunhoitoon, koska pitkä vaikutteinen opioidi ei sovellu läpilyöntikipulääkkeeksi analgeettisen vaikutuksen hitaan alkamisen vuoksi, joka on noin 1–2 tuntia. Läpilyöntikipulääkkeen tärkein ominaisuus on vaikutuksen nopea alkaminen. Morfiini- ja oksikodoniliuoksilla vaikutus alkaa n.15–20 minuutissa kun, limakalvon kautta imeytyvillä fentanyyli valmisteilla 5–10 minuutin kuluessa. Opioidin vaihtoa toiseen opioidiin tulee harkita, mikäli käytössä oleva opioidi aiheuttaa vaikeita haittavaikutuksia, tai mikäli opioidin antoreitin vaihto on tarpeen esimerkiksi potilaan nielemisvaikeuksien vuoksi. Vahvoilla opioideilla ei ole maksimiannostusta. Todettakoon kuitenkin, että käytettäessä erittäin suuria opioidiannoksia, on näiden todettu aiheuttavan hyperalgesiaa eli lisääntynyttä kipuperkkyyttä sekä kognitiivisia haittoja ja myoklonusta. (Heiskanen, Hamunen & Hirvonen 2013.)

Käytettävien lääkkeiden haittavaikutuksista sekä niiden hoidosta tulee kertoa potilaalle. Opioidin aiheuttavat tavallisimmin haittavaikutuksena ummetusta ja laksatiivilääkitys tulee aloittaa vahvan opioidilääkityksen rinnalla. Opioidien haittavaikutuksena esiintyy myös pahoinvointia ja tätä voidaan hoitaa käyttämällä pieniä annoksia haloperidolia tai metaklopramidia. (Heiskanen ym. 2013.)

Palliatiivisessa hoidossa käytettävien kipulääkkeiden haittavaikutuksia tulee seurata ja kontrolloida säännöllisesti. Korkea ikä, useat perussairaudet ja esimerkiksi dehydraatio sekä ravitsemuksen erilaiset häiriöt kasvattaa riskiä lääkkeiden yhteis- ja haittavaikutuksiin. Opioidikipulääkkeiden yleisiä haittavaikutuksia ovat pahoinvointi, ummetus ja suun kuivuminen. Kaikkia haittavaikutuksia voidaan lieventää lääkkeellisin menetelmin. Opioidien käyttöön liittyy myös kaatumisriski, mikä lisää riskiä erilaisiin murtumiin. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Pääosin lähes kaikkia kipulääkkeiden haittavaikutuksia voidaan lieventää haittojen lääkehoidolla sekä kipulääkeannosten titrauksella sekä kipulääkkeen tai antoreitin muutoksilla. Vahvoja kipulääkkeitä on tarjolla monipuolisesti eri vahvuuksien ja eri antoreittien. Kipulääkkeiden haittavaikutuksia tulee seurata ja hoitaa aktiivisesti. Lääkkeisiin liittyvien haittavaikutusten ja yhteisvaikutusten riski kasvaa ikääntymisen, perussairauksien, polyfarmasian, dehydraation ja ravitsemushäiriöiden myötä. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Neuropaattinen kipu jaetaan sentraalisiin ja perifeerisiin kiputiloihin vaurion sijainnin mukaisesti. Voidaan todeta, että yleisempiä ovat perifeeriset kivut ja puolestaan sentraaliset ovat vaikeahoitaisempia. Kivun sijaintia voidaan arvioida kipupiiirroksen avulla. Neuropaattista kipua epäiltäessä tunnustaus on kliinisen tutkimuksen tärkein osa. (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017.) Hoidollisesti on tärkeää tunnistaa potilaan neuropaattinen kipu, koska sen opioidiherkkyys vaihtelee, ja useimmiten tehokkaaseen kivunlievitykseen tarvitaan lisänä muitakin lääkkeitä, kuten trisyklisiä masennuslääkkeitä, tai epilepsialääkkeitä. Korostettakoon, että hyvän käsityksen peruslääkityksen riittävydestä saadaan tarkkailemalla kivun voimakkuutta sekä läpilyönti kipulääkkeen kulutusta vuorokausittain. Peruslääkkeenä trisyklinen masennuslääke, amitriptyliini tai nortriptyliini. Kun lääke annetaan iltaisin, voidaan tällöin hyödyntää lääkkeen väsyttävää vaikutusta ja parantaa potilaan yöunta. Mainittakoon, että trisyklisen masennuslääkkeiden tavallisin haittavaikutus on sedaatio sekä muut anti-

kolinergiset haitat, kuten ummetus, suun kuivuminen sekä virtsantulon vaikeus. Trisyklisiä valmisteita vähemmän sedatiivisia vaihtoehtoja ovat masennuslääkkeistä duloksetiini ja venlafaksiini, joiden tavallisin haittavaikutus on pahoinvointi hoidon alussa. (Heiskanen ym. 2013.)

Opioidianalgesiaa tehostava ja ahdistusta lievittävä vaikutus saavutetaan käyttämällä epilepsialääkkeistä gababentinoideja tai pregabaliinia, jotka ovat varsin hyvin siedettyjä valmisteita. Väsymys, suun kuivuminen ja huimaus ovat gabapentinoidien tavallisimmat haittavaikutukset, tämän lisäksi ne ovat kalliita. Hyvin ahdistuneiden ja levottomien syöpäkipupotilaiden tapauksessa psykoosilääkkeen käyttöön ottaminen saattaa rauhoittaa potilasta oleellisesti ja kohentaa tämän kivun-sietoa. Haloperidoli lievittää sekavuutta ja opioidien aiheuttamaa pahoinvointia, vaikka ei vaikuta itse kipuun. (Heiskanen ym. 2013.)

Neuropaattisen kivun hoidossa opiaattien teho on epäselvä. Toisen linjan lääkkeeksi suositellaan Tramadolia ja kolmannen linjan lääkitykseksi vahvoja opioideja. Neuropaattisen kivun hoidossa tulehduskivulääkkeet ja parasetamoli eivät todennäköisesti ole tehokkaita. Toisen linjan hoitomuodoksi perifeerisestä neuropaattisesti kivusta kärsivälle potilaalle voidaan suositella 8 %:sta kapsaiisiinikalvoa sekä lidokaiinikalvoa. Yhdistämällä eri lääkeaineryhmiä saavutetaan todennäköisemmin parempi kroonisen kivun lievitys kuin monoterapialla. Lääkeainekombinaatioissa haittavaikutukset saattavat lisääntyä. Lisättäessä toinen lääkeaine saattaa lääkeaineen annosvaste olla erilainen kuin jos lääkehoito olisi aloitettu kombinaatiohoitona suoraan. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

HIV-infektioon liittyvä perifeerisen neuropaattisen kivun hoidossa, tehoavat tavallista huonommin neuropaattisen kivun lääkkeet. Kivulääkitystä suunniteltaessa HIV-lääkkeiden yhteisvaikutukset tulee huomioida. HIV-potilaiden neuropaattista kipua saattavat lievittää kapsaisiini ja lamotrigiini. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Aavesäryn hoidossa, joka seuraa amputaatiota voivat olla tehokkaita morfiini ja gabapentiini. Näiden lisäksi muita tavallisesti neuropaattisen kivun hoidossa käytettäviä lääkkeitä suositellaan käytettäväksi aavesäryn hoidossa. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Tavanomaiseen kipulääkitykseen reagoimattoman syöpäkivun hoidossa, saattaa ketamiini vähentää opioidin tarvetta syöpäkipupotilailla. Anestesiologia tulee konsultoida ketamiinin käytöstä. Mikäli syöpäkipupotilaiden kipu ei ole muilla vaihtoehdoilla hallittavissa, saattaa spinaaliset opioidit

olla tehokkaita. On mahdollista, että vaihtamalla opioideja voi kivun hoito tehostua ja haittavaikutukset vähentyä. Erityisesti metodoniin vaihto tai sen lisääminen toisen vahvan opioidin rinnalle, saattaa vaikeissa kiputiloissa olla hyödyllistä. Mainittakoon tähän yhteyteen, että tutkimusnäyttö tukee kannabinoidien käyttöä ainoastaan MS-tautiin liittyvän, muuhun hoitoon reagoimattoman spastisuuden hoidossa, ja näistä hoitomuodoista tulee aina konsultoida niihin perehtynyttä lääkäriä. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Jos potilaan lääkkeiden ottaminen ei enää suun kautta onnistu pahoinvoinnin tai syömisongelmien vuoksi tai jos transdermaalinen tai suun kautta annettava kipulääkitys ei ole enää riittävä, voidaan harkita potilaalle lääkannostelijaa **PCA:ta** (patient controlled analgesia) (Aalto & Rajala 2011). Se on pieni paristokäyttöinen mukana kannettava lääkeinfuusiopumppu. Lääke annostellaan siipikannylin kautta tasaisena infuusiona, yleensä subkutaanisesti mutta voidaan annostella myös suonensisäisesti tai lihakseen. Lääke voidaan antaa annostelijan kautta myös intratekaalisesti eli selkäydinnesteeseen. Lääkannostelijan käyttäminen onnistuu sairaalan lisäksi kotona tai hoitolaitoksessa. Useimmiten annostelijan käyttö aloitetaan hankalan pahoinvoinnin tai oksentelun, heikkouden ja tajunnantason laskun tai nielemisvaikeuksien takia. Lääkannostelijan käyttöön siirryttäessä on tärkeää keskustella potilaan ja hänen läheistensä kanssa PCA:n tarkoituksesta, hoidon syyn aloittamisesta ja hoidon tavoitteista. Monet ajattelevat lääkannostelijan käyttöönoton liittyvän lähestyvään kuolemaan ja sitä voidaan pitää huonon ennusteen merkinä, joten on tärkeää ottaa asia puheeksi, jotta väärinkäsityksiltä vältyttäisiin. (Marjamäki 2015, 313–314.)

PCA:n kautta voidaan antaa tarvittaessa useaa lääkettä yhtä aikaa, mutta lääkkeiden yhteensopivuus on tarkistettava ennen lääkkeiden määräämistä. Vaikka lääkkeet sopivatkin yhteen, ei silti ole suositeltavaa käyttää kuin korkeintaan kolmea eri lääkettä samassa annostelijassa. Jos tarvitaan enemmän kuin kolmea lääkettä, voidaan ottaa käyttöön myös toinen annostelija, tai osa lääkkeistä voidaan antaa muulla tavalla esimerkiksi rektaalisesti. Lääkkeen lisäksi laitetaan laimentimeksi steriiliä vettä tai keittosuolaliuosta. Jos lääkkeitä on kaksi tai kolme kannattaa laimenninta laittaa reilusti, jotta lääkkeiden yhteensopivuus on varmempaa ja lääkkeiden pitoisuudet eivät kasva liian suuriksi. Opioidit yksistään voidaan laittaa ilman laimenninta. (Marjamäki 2015, 314.)

3.2.3 Erityismenetelmät kivun hoidossa

Sädehoidolla voidaan saada potilas kokonaan kivuttomaksi tai mahdollistaa kipulääkkeiden vähentämisen, jonka myötä lääkkeiden haittavaikutukset myös vähenevät. Levinnyttä syöpää sairastavan luustoetäpesäkkeet ja muualla sijaitsevat etäpesäkkeet aiheuttavat voimakkaita kipuja. Kipusädehoito on yleensä hyvin siedettyä ja sen kivunlievitys on tehokasta. Sädehoidossa käytetään ionisoivaa säteilyä, joka aiheuttaa soluissa suoran tai epäsuoran DNA-vaurion estäen näin solujen jakautumisen. (Anttonen & Mäkelä 2015, 387–388.) Kipusädehoito tapahtuu yleensä ulkoisena sädehoitona, mutta joissakin tapauksissa myös ontelonsisäisenä tai radioisotooppihoitona. Ulkoinen sädehoito toteutetaan hiukkaskiihdyttimillä. Ontelonsisäistä sädehoitoa käytetään etupäässä ruokatorven syövässä ja keuhkoputken sisäisen kasvaimen hoidossa. Ulkoisesti annettava sädehoito on huomattavasti helpommin järjestettävissä, joten se on kevyempi hoitomuoto palliatiiviselle potilaalle. Radioisotooppihoidossa sädehoito toteutetaan suonensisäisesti annosteltavilla lääkkeillä eli radionuklideilla. Niiden teho vastaa ulkoisesti käytetyn sädehoidon tehoa, mutta vaikutusalue kattaa luuston kokonaan. Sädehoidon kipua lievittävä mekanismi ei ole tiedossa, mutta oletetaan, että sädehoidon kipua lievittävä vaikutus johtuu sädehoidon suorasta sytotoksisesta vaikutuksesta normaaleihin soluihin ja sitä kautta kemiallisten välittäjäaineiden vapautumisen estämisestä. (Anttonen & Mäkelä 2015, 387–388, 390–394.)

Elämän loppuvaiheen oireita, joita ei kyetä hillitsemään muilla keinoin, voidaan lievittää **palliatiivisella sedaatiolla**. Silloin potilasta hoidetaan hänen tajuntaansa alentamalla tavoitteena oireiden lievittäminen. Palliatiiviseen sedaation toteuttamiseen tarvitaan hyväksyntä potilaalta itseltään, hänen läheisiltään sekä hoitohenkilökunnalta. Sietämättömän kivun, hengenahdistuksen, deliriumin sekä agitaation hoidossa voidaan käyttää sedaatiota. Ennen kuin potilas sedatoidaan, tulee varmistua, että muut keinot oireiden hallitsemiseksi on kokeiltu. Potilaan tilanteesta tulee konsultoida kipulääkäriä tai palliatiivisen hoidon lääkäriä. On myös varmistettava, että potilas, hänen läheisensä ja hoitohenkilökunta ymmärtävät hoidon tavoitteet ja toteutuksen. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Käytettävän lääkkeen annos määritetään potilaskohtaisesti ja sitä suurennetaan asteittain ja oireiden lievittymistä tulee seurata ja arvioida kirjauksin. Potilaille, joiden elinajan odote on maksimissaan vuorokausia, voidaan käyttää jatkuvaa syvää sedaatiota. Palliatiivisella sedaatiolla ei ole tar-

koitus edistää kuolemaa, eikä sen tarpeen yleisyydestä ole tietoa. Omat suosituksensa palliatiivisen sedaation toteutuksesta on antanut vuonna 2009 Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistys. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

3.2.4 Lääkkeetön kivunhoito

Rentoutumisella ja tietoisien läsnäolon harjoittamisella voidaan täydentää lääkkeellistä kivunhoitoa. Kehon jännityksen vähenemisellä ja kehon kivuttomien osien tiedostamisen lisäämisellä, voi kivun kanssa olla helpompi pärjätä. Kivunhallintatalosta löytyy esimerkkejä tietoisien läsnäolon ja rentoutusharjoituksista. Kehon jännittyneisyyttä ja sen myötä esiintyvää kipua voi lievittää rentoutusharjoitusten avulla. Mielen on helpompi rentoutua, kun lihakset rentoutuvat. Rentoutumisella voidaan myös lievittää tutkimuksista aiheutuvaa epämiellyttävää olotilaa. On olemassa monenlaisia rentoutusharjoituksia. Potilas voi saada näihin ohjausta terveydenhuollon ammattilaiselta. Myös läheiset voivat auttaa potilasta rentoutumaan esimerkiksi lukemalla tälle kirjaa. Kykyä olla läsnä tässä hetkessä voidaan vahvistaa tietoisien läsnäolon harjoituksilla. Tällä tavoin voidaan lievittää esimerkiksi stressiä, joka johtuu mieltä painavista asioista tai tulevaisuuden murheista. Kuuntelemalla kehon tuntemuksia ihminen on tässä hetkessä, ja tätä voidaankin opetella kiinnittämällä huomiota kehon eri osiin. Myös positiivisia virikkeitä hyödyntämällä voidaan lievittää kipua. Tällöin tavoitteena on huomion suuntaaminen pois kivusta esimerkiksi musiikin kuuntelulla, television katselulla, lukemisella tai mulla mielekkäällä tekemisellä, mihin on helppo keskittyä ja ”uppoutua”. (Terveyskylä 2018b.)

3.3 Hengitystieoireiden hoito

Pitkälle edenneiden tautien loppuvaiheessa **hengenahdistuksesta** kärsii yli 90 % keuhkoah-
taumatautia tai keuhkofibroosia, 60–80 % sydämen vajaatoimintaa, 50–90 % keuhkosityöpää ja 30–
70 % muuta syöpää sairastavilla potilailla. Potilaat kuvaavat hengenahdistusta esimerkiksi hengi-
tystyön lisääntymisellä, ilman loppumisella, tukehtumisen tunteella tai rintakehän kireydellä. Hen-
genahdistusoireet heikentävät merkittävästi elämänlaatua, toimintakykyä ja unenlaatua. Hen-
genahdistukselle on monia eri syitä, joita esiintyy usein samanaikaisesti. Palliatiivista hoitoa saavan
potilaan hengenahdistuksessa ensisijaisesti tulisi selvittää oireen voimakkuus ja tyyppi, jotta saa-

vetetaan paras hoitovaste. Oireiden arviointiin voidaan käyttää apuna kyselylomakkeita, myös monissa elämänlaatua mittaavissa mittareissa sekä yleistä vointia arvioivissa asteikoissa on hengenahdistusta mittaava elementti. (Lehto & Pöyhiä 2015, 92, 94, 96.)

Opioideilla voidaan vähentää parantumattomasti sairaiden hengenahdistusta. Mikäli hengenahdistuksen aiheuttajana on keuhkopussiin kertynyt neste, se tulee poistaa punktoimalla tai dreenillä. Tämän lisäksi kasvoihin suunnatusta ilmapirrasta tai happihoidosta voi joskus olla apua. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.) Happihoidolla voi olla haittavaikutuksia, kuten esimerkiksi se voi kuivattaa ylähengitysteitä, pahentaa hyperkapniaa, aiheuttaa psyykkistä riippuvuutta ja rajoittaa potilaan liikkumista. Mikäli potilas ei kärsi hypoksemiasta, tulee ensisijaisesti kokeilla tuuletinta. Vastaavasti potilaalla, joka kärsii hypoksemiasta, voidaan kokeilla happihoitoa. (Lehto, Anttonen & Sihvo 2013.) Ensisijaisena lääkkeenä hengenahdistuksen oireenmukaisessa hoidossa käytetään opioideja. Opioidilääkitystä arvioitaessa otetaan huomioon mm. ikä, munuaisten toiminta sekä perussairaudet. Käytettäessä opioideja, tulee huomioida mahdollinen ummetus, koska vatsan turvotus heikentää palleahengitystä, joka voi mitätöidä lääkityksestä saatavan kokonaishyödyn. On myös tärkeää huomioida, että keskushermoston herkkyys hiilidioksidille heikenee opioidien myötä, ja näin ollen opioidien harkitsematon käyttö voi johtaa hengitysvajeeseen. Hengitysvaje riskin vuoksi opioidien annostus aloitetaan pienellä annoksella ja suurennetaan asteittain. (Lehto ym. 2013.)

Hengenahdistuksen hoidossa käytetään myös bentsodiatsepiineja, mutta niiden hyöty tässä yhteydessä on epäselvä. Bentsodiatsepiineja on kumminkin mahdollista kokeilla toisen linjan lääkkeinä yksin tai yhdessä opioidien kanssa. On tavallista, että hengenahdistukseen liittyy ahdistusta ja paniikin tunnetta, jolloin bentsodiatsepiinit saattavat auttaa, vaikka niiden teho itse hengenahdistukseen olisikin vähäistä. (Lehto ym. 2013.) Hengitystieinfektioissa mikrobilääkkeet saattavat helpottaa oireita kuten limaisuutta. Korostettakoon, että tarkoituksena on oireiden lievittäminen, eikä mikrobilääkehoidon ole voitu osoittaa pidentävän elämän loppuvaiheen ennustetta. (Hänninen & Rahko 2013.)

Noninvasiivista ventilaatiota eli **NIV** voidaan käyttää äkillisessä hengitysvajauksessa. Kajoamattomalla ventilaatiolla voidaan lievittää hengenahdistusta ja se voi auttaa potilasta selviämään tilapäisestä pahenemisvaiheesta myös palliativisen hoidon vaiheessa. Huomioitavaa on kuitenkin, että NIV:llä tulee kuitenkin saavuttaa oirehyötyä eikä sen käyttö saa aiheuttomasti pitkittää kuolin pro-

sessia. Olisi tärkeää, että palliatiivisen NIV:n tavoitteet ja tarve määriteltäisiin etukäteen. Mikäli kyseessä on motoneuronitauti (ALS) voi pitkäaikainen NIV kotona pidentää potilaan elinaikaa, vähentää tämän hengitysvajauksen oireita sekä parantaa elämän laatua. Tämän lisäksi keuhkohtaumapotilaat voivat saada oireisiinsa helpotusta käytettäessä noninvasiivista ventilaatiota. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Hoidettaessa palliatiivista potilasta liikkumattomuus ja passiivisuus madaltavat hyvinvoinnin tasoa. Potilas sairastaessa vaikeaa keuhkosairautta, hyötyvät he vointiinsa suhteutetusta lihaskuntoharjoittelusta ja liikkumisesta. Potilasta voidaan kannustaa erilaisiin hengitystä tukeviin menetelmiin, kuten huulirakohengitykseen vaikeassa keuhkohtaumataudissa. Rintakehän vibraatiohoito sekä neuroelektroninen simulaatio auttavat hengenahdistuksen hoidossa, mutta näitä käytetään harvoin. On osoitettu, että istuva tai puoli-istuva asento on hengenahdistuksesta kärsivälle potilaalle paras, myös vuodepotilas voidaan asettaa kyljelleen niin, että huonommin hengittävä keuhko sijoittuu alapuolelle. Merkittävin asia saattohoitopotilaan hengityksen helpottamisessa on asennolla. (Lehto ym. 2013.)

Hengenahdistuksen tunteeseen vaikuttavat myös psyykkiset seikat. Kuolemaan liittyvä kärsimys on tavanomainen pelko potilaalle ja tästä johtuen potilas voi pelätä tukehtuvansa. Hengenahdistuksen hoidon tärkeä osa on potilaan pelkojen kuunteleminen, eri hoitomahdollisuuksien kertominen potilaalle sekä potilaan vakuuttaminen siitä, että hoitohenkilökunta tekee parhaansa potilaan oireiden lievittämiseksi. (Lehto ym. 2013.)

Pitkälle edenneissä sairauksissa **yskästä** kärsii yli puolet keuhkohtaumapotilaista sekä noin 60–80 % keuhkosityöpä ja keuhkofibroosipotilaista. Keuhkosairaudet aiheuttavat yskää, mutta tämän lisäksi myös lisääntynyt limaneritys, ilman kuljetuksen heikentyminen, mahan sisällön takaisin virtaaminen eteenkin makuuasennossa sekä vaikeudet niellä sylkeä aiheuttavat yskää. Hoitamalla syytä, joka aiheuttaa yskää saavutetaan tehokkain oireiden lievitys. Liman eritystä vähentävillä lääkkeillä, antikolinergeillä, tai keittosuolasumutteena sisään hengitettynä tai inhalaationa voidaan helpottaa yskää. Apua voi tuoda hengitysfysioterapian menetelmistä ja apuvälineistä, kuten esimerkiksi pulloon puhaltamisharjoituksista. Myös opioidit saattavat lievittää yskää. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Veriyskän esiintyvyys on 10–40 % luokkaa keuhkosityöpöpotilailla. Veriyskää esiintyy joskus myös muita syöpää sairastavilla. Kun kyseessä on hengitysteiden kasvain, sädehoito lievittää syövän

aiheuttamaa yskää 50–60 %:lla potilaista ja veriyskää noin 70–95 %:lla potilaista. Traneksaami-happoa on käytetty kliinisen kokemuksen perusteella veriyskän hoidon lääkkeenä. On huomioitava, että massiivinen verenvuoto hengitysteihin eli ns. verensyöksy on mahdollinen vaikkakin harvainen. Kuolevalle potilaalle suositellaan tällaisessa tapauksessa palliatiivista sedaatiota. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Kuoleman lähestyessä hengitysteiden irtonainen lima ja sylki saavat aikaan rohisevan hengityssäänen. Potilaan läheiset kokevat tämän usein häiritseväenä ja huolestuttavana. On syytä selittää oireen luonne, vaikkakin potilasta itseään rohina ei yleensä häiritse, sillä tajunta on useimmiten jo tässä vaiheessa heikentynyt. Mikäli limaa on pääosin suun ja ylänielun alueella, saattaa liman imeminen imukatetrilla auttaa. Kuolinrohinaan voidaan käyttää lääkkeitä esimerkiksi glykopyrrolaattia, hyoskiinibutyylibromidia tai skopolamiinilaastareita. (Korhonen & Poukka 2013.) Ym. hoitojen tehoista ei ole selvää tutkimusnäyttöä (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019).

Palliatiivisella potilaalla yleisimmät **hikan** syyt ovat pallean ärsytys johtuen hepatomegaliasta, kasvainmassasta tai askiteksesta. Lääkkeet, kuten barbituraatit sekä kortikosteroidit voivat altistaa hikalle. Oireena pitkittynyt hikka on ikävä ja vaatii hoitoa. Luotettava näyttö pitkittyneen hikan lääkähoidosta puuttuu, vaikka siitä voi olla hyötyä potilaalle. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

3.4 Ruuansulatuskanavan oireet

Pahoinvointi on epämiellyttävä kuvottavuuden tunne, johon liittyy oksettava olo. Oksentaminen voi seurata pahoinvointia, mutta oksennus voi tulla myös ilman pahoinvoinnin tunnetta. Pahoinvointiin liittyy usein myös autonomisen hermoston oireita, kuten huimausta, kylmänhikisyyttä, päänsärkyä sekä sydämen tiheä- tai hidaslyöntisyyttä. Palliatiivisessa hoidossa olevilla potilailla pahoinvointia esiintyy elämän loppuvaiheessa tutkimusten mukaan noin 31–70 %:lla syöpäpotilaista ja jopa 50 %:lla kroonisia tauteja sairastavista. (Rahko & Koskela 2015, 132–133.)

Pahoinvoinnin mahdollisia syitä voi olla esimerkiksi infektio, runsas askites, yskä ja limaisuus, kohonnut kallonsisäinen paine tai kova kipu (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019). Ikääntyneillä potilailla henkinen ahdistuneisuus, ummetus, nielunruokatorven sienitulehdus

ja suoliliepeen iskemia voivat myös aiheuttaa pahoinvointia. Syöpäpotilailla syövän primäärikasvain, etäpesäkkeet, sytostaattihoidot ja sädehoito usein aiheuttavat pahoinvointia ja oksentelua. (Rahko & Koskela 2015, 134–136.)

Lääkehoidon yleinen haittavaikutus on pahoinvointi. Lääke voi aiheuttaa pahoinvointia suoraan maha-suolikanavan limakalvoärsytyksen takia tai kemoreseptorialueen aktivaatiolla. Kemoreseptorialue neljännen aivokammion pohjassa säätelee pahoinvointia ja oksentelua, se on altis verenkierron välityksellä kemiallisille ärsykkeille (lääkeaineet, metaboliset häiriötilat, tulehdussairauksien toksinit) koska, sitä ei suojaa veriaivoeste. Erityisesti palliatiivisessa hoidossa käytettävät voimakkaat opioidit voivat aiheuttaa pahoinvointia sekä ummetusta. (Rahko & Koskela 2015, 132–135.)

Pahoinvointia voidaan hoitaa sekä lääkkeillä että lääkkeettömillä keinoilla. Hoito perustuu pahoinvoinnin syyn tai syiden selvittämiseen. Lääkkeettömiä keinoja pahoinvoinnin lievittämiseen on suonensisäinen nesteytys, väliaikainen nenämahaletku sekä voimakkaasti tuoksuvien tai vahvasti maustettujen sekä rasvaisten ja kuumien ruokien välttäminen. Pahoinvointiin on olemassa useita eri lääkkeitä erilaisilla vaikutusmekanismeilla, mutta hoidossa saman vaikutusmekanismin lääkkeitä ei tule yhdistää. Eri tavoin vaikuttavia lääkeaineita voidaan käyttää samanaikaisesti. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.) **Haloperidolia** käytetään usein palliatiivisessa hoidossa pahoinvoinnin hoitamiseen, se hillitsee opioidien aiheuttamaa pahoinvointia. Tavallisesti lääkettä annostellaan 1–3 mg vuorokaudessa, mutta vanhuspotilailla jo 0,25 mg aamuin illoin voi olla riittävä. Haloperidolia voidaan antaa myös infusiona ihon alle 2–10 mg vuorokaudessa. Muita pahoinvointiin käytettäviä lääkkeitä ovat mm. **metaklopramidi**, joka lisää mahan motiliteettia, **olantsapiini**, jolla on pahoinvointia, oksentelua ja deliriumia lieventävä vaikutus, **dek-sametasoni** vähentää aivoturvotusta, **loratsepaami**, jota voidaan käyttää ennakoivana lääkkeenä tai lääkkeenä psyykkisistä syistä johtuvaan pahoinvointiin ja **granisetroni**, jota käytetään solunsalpaajahoidon aiheuttaman akuutin pahoinvoinnin estoon. (Rahko & Koskela 2018, 55; Rahko & Koskela 2015, 138–142.)

Ummetus on yksi palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan yleisimpiä vaivoja. Sillä tarkoitetaan suolen harvaa toimintaa, jolloin suoli toimii harvemmin kuin kolmesti viikossa. On myös tyypillistä, että uloste on kovaa, kuivaa, papanamaista ja ulostaminen vaatii yleensä kovaa ponnistelua. Ummetukseen liittyy muina oireina mm. vatsakipua, pahoinvointia, vatsan turvotusta, peräaukon kipua

ja jopa peräsuolen nekroosia. Ummetukseen voi liittyä myös virtsaumpi ja sekavuutta. Ummetuk-
sen hoitaminen on tärkeää suolen toiminnan sekä potilaan elämänlaadun kannalta. (Hillilä 2015,
143.)

Palliativisessa hoidossa olevan potilaan liikkumattomuus sekä heikko nesteytyminen opioidien
käytön lisäksi pahentavat ummetusta (Hänninen & Rahko 2013). Opioidien aiheuttama ummetus
tulee erottaa toiminnallisesta ummetuksesta. Vaikka potilas ei söisi paljoa voi hänelle silti kehittyä
ummetusta, koska ulostetta muodostuu mahasuolikanavan eritteistä, suolen epiteelisoluista sekä
bakteerimassasta. Ummetuksen palliativisessa hoidossa käytetään laksatiiveja, suolen tyhjentä-
mistä sekä opioidiantagonisteja opioidiummetuksessa. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä
hoito -suositus 2019.)

3.5 Muut oireet

Tärkeä osa palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan kokonaisvaltaista oirehoitoa
on **suunhoito**. Suun limakalvojen kuivuminen sekä erilaiset limakalvojen ja suuonteloiden infektiot
ovat tavallisia oireita. Esimerkiksi antikolinergiset lääkkeet, opioidit ja diureetit vähentävät syljen
tuotantoa. Myös lisähapen anto voi aiheuttaa limakalvojen kuivumista. Oireita voidaan lievittää kos-
tuttamalla suuta keinosylkivalmisteilla, ruokaöljyllä ja sitruunapuikolla. Tulee huomata, että on erit-
täin tärkeää huolehtia suun ja hammasproteesien hygieniasta. Suun kuivumisoireita ja kipua voivat
helpottaa kylmien juomien nauttiminen sekä jääpalojen imeskely. Mikäli potilaalla esiintyy aftoja,
voidaan niitä hoitaa käyttämällä paikallispuudutuksessa kaksiprosenttista lidokaiinigeeliä sekä li-
makalvojen rikkoumiin paikallisantisepteja kortikosteroidisuspensiota. Propyleeniglykolia sisältävä
suusuihke muodostaa limakalvorikkoihin geelimäisen kalvon, jolla voidaan saada lievitystä suun
kipuoireisiin usean tunnin ajaksi. (Hänninen & Rahko 2013.)

Palliativisessa hoidossa olevalla potilaalla on tavanomainen löydös suun limakalvojen sieni-infek-
tio, joka oireilee kipuna, suun kuivumisen tunteena, poltteluna sekä nielemisvaikeuksina. Potilaalla
esiintyvä sammus vaatii sienilääkitystä. Huomioitava asia on, että sienilääkkeillä on runsaasti yh-
teisvaikutuksia esimerkiksi varfariinin ja opioidien kanssa, jotka on otettava huomioon lääkitystä
aloitettaessa. Turvallinen vaihtoehto on paikallisesti annettava mikonatsoli, koska se ei imeydy sys-
teemisesti. Bakteeri-infektio voi kehittyä suun alueen haavaumiin. Mikäli potilas on heikkokuntoi-

nen, joka on saanut immuniteettiä heikentäviä hoitoja, on suuremmissa riskissä saada limakalvojen virusinfektio. Herpesinfektiot voivat aiheuttaa potilaille voimakasta kipua ja onkin tärkeää hoitaa infektiot aktiivisesti. Suun haavojen hoidossa on mahdollista kokeilla myös ex tempore- reseptillä määrättävää ”kolmois-” tai ”neloisgeeliä”. Nämä geelit ovat puudutteen, kortikosteroidin, antiseptin ja antimykootin yhdistelmiä. (Hänninen & Rahko 2013.)

Askiteksen yleisin aiheuttaja on maksakirroosi. Runsaasta askiteksesta tavallisimpia aiheutuvia oireita ovat vatsan ympäröivän kasvu, turvotuksen tunne, pahoinvointi, oksentelu, suolen veto- vaikeudet sekä hengenahdistus. Tehokas tapa helpottaa askiteksen aiheuttamaa hengenahdistusta ja epämukavuutta on dreenaus tai kertapunktio, mikäli nesteenmäärä on suuri. Tällöin poistettava määrä on 3–6 litraa vuorokaudessa. Myös diureeteista voi olla askiteksen hoidossa apua, mikäli se johtuu maksakirroosin tai metastaasien aiheuttamasta porttilaskimon hypertensiosta. Tavallisin tällöin käytetään spironolaktonin ja furosemidin yhdistelmää. Pahanlaatuinen askiteksen kertyminen on yhteydessä usein seerumin albumiinipitoisuuteen ja tällöin reagoi harvoin diureettihoidon. Diureettien teho voi olla mahdollisesti lyhytaikainen, ja erityisesti huonokuntoisilla kuolevilla potilailla on suuri hypovolemian sekä elektrolyyttihäiriöiden riski. Mikäli potilaalle ei ole hyötyä hoitoyrityksestä tulee hoitoyritys lopettaa. (Hänninen & Rahko 2013.)

Yleisimmät syyt **dehydraatiossa eli kuivumisessa** ovat nesteiden menetys esimerkiksi oksentelun, ripulin, kuumeen tai diureettien myötä tai nesteiden riittämätön saanti, jolloin nesteytys voi olla tarpeen oireiden lievittämiseksi. Palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan yleistilaa nesteytys ei paranna, mikäli kuivuminen johtuu kiertävän nestetilavuuden siirtymisestä interstitiaalitilaan. Saattohoitopotilaiden nesteytyksestä on niukasti tutkimustietoa. Potilaan ollessa saattohoidossa, on yleensä suun kautta nesteiden nauttiminen riittävää, janon tunnetta lievittää parhaiten suun kostutus. Mikäli saattohoidossa olevaa potilasta nesteytetään laskimoon tai ihon alle, voi tällä olla vaikutusta jonkin verran lievittävästi sedaatioon, myoklonukseen sekä janon tunteeseen ja limakalvojen kosteuteen. Nesteyttämisellä ei kuitenkaan ole vaikutusta ennusteeseen ja sen haittavaikutukset ovat merkittäviä. Tällaisia haittavaikutuksia, jotka aiheutuvat ihon alle tai laskimoon nesteytyksestä ovat erilaiset turvotukset ja hengenahdistus sekä potilaan liikkumisen rajoittuminen. Heikkous, halusinaatit ja deliriumit eivät vähene eikä kreatiniinipitoisuus pienene. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Loppuvaiheessa 80 % potilaista kärsii **kakeksiasta, eli etenevästä tahattomasta laihtumisesta**. Todettakoon, että kun potilas sairastaa loppuvaiheen syöpää tai vaikean vaiheen dementiaa ravitsemushoito ei paranna elämänlaatua eikä pidennä potilaan elinaikaa. **Ruokahaluttomuuden** lyhytaikaiseen hoitoon voidaan kokeilla deksametasonia tai esimerkiksi prednisolonia, mutta näyttö näiden toimivuudesta puuttuu. Deksametasonilla on kortikosteroideille tyypillisiä haittavaikutuksia. Lihastoimintaa ylläpitävillä harjoituksilla voidaan vaikuttaa suotuisasti kakeksiaan. Vitamiinien, hiivenaineiden ja ravinnelisien tehosta kakeksian hoitoon puuttuu näyttö, ja näin ollen niitä ei voida suositella kakeksian hoidoksi. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Useissa eri sairauksissa esiintyy **nielemisvaikeuksia** elämän loppuvaiheessa. Yleisimmin nielemisvaikeuksia esiintyy pään ja kaulan alueen syövässä etenkin kurkunpään ja nielun kasvaimissa, ruokatorvisyövissä sekä neurologisissa sairauksissa. Nielemisrefleksin heikkeneminen on yleistä hoivakotien asukkailla kuoleman lähestyessä sillä ikääntyminen yhdessä perussairauksien kanssa heikentää nielemistä. Nielemisvaikeuksia esiintyy usein loppuvaiheen dementiaassa, aivoinfarktin jälkeen, Parkinsonin taudissa sekä ALS- ja MS-potilailla. Nielemisvaikeudet voivat liittyä nielemisen eri vaiheisiin ja niiden taustalla voi olla erilaisia kudosuutoksia tai tulehduksia. (Saarto 2015b, 115.)

Nielemisvaikeutta selvittäessä huomioidaan siihen johtaneet syyt ja niiden hoidettavuus potilaan kokonaistilanteen kannalta (Saarto 2015b, 115). Ruokatorven kasvaimen aiheuttamaa nielemisvaikeutta potilaalla voidaan lievittää ruokatorveen asennettavalla stentillä. Toimenpiteen jälkeen nielemisvaikeudet helpottuvat heti jopa 85 %:lla potilaista (Salminen & Huhtinen, 2008.) Nielemisvaikeuksien lievittämiseen voidaan käyttää myös sädehoitoa, mutta vaste tulee hitaasti. Sädehoidon alussa oireet voivat jopa pahentua hoidon aiheuttamien limakalvovaurioiden takia. (Saarto 2015b, 115.) Nielemisvaikeuksien kohdalla voidaan harkita potilaalle gastrostomiaa (PEG), jossa vatsanpeitteiden läpi viedään ravintoletku mahalaukkuun. Potilaan nielemisvaikeuksia voidaan myös helpottaa asentohoidolla. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019; Saarnio, Pohju & Ahtola 2014.)

Kuolevista potilaista 5–12 %:lla esiintyy **kutinaa**. Huomioitavaa on, että myös palliativisessa hoidossa kutinan hoito on tärkeää hallita. Kutinan muodot jaotellaan iholähtöiseen, neuropaattiseen, neurogeeniseen ja psykogeeniseen muotoon. Potilaan yleistynyt kutina voi mahdollisesti olla syöpään liittyvä paraneoplastinen ilmiö. On pyrittävä kohdistamaan hoito perussyhyyn, mutta se ei useinkaan ole mahdollista tässä kohderyhmässä. Kuiva iho voi olla kuolevan potilaan kutinan

syynä, jolloin oiretta hoidetaan perusrasvauksella ja harventamalla vesipesuja. (Hänninen & Rahko 2013.)

Palliatiivisen hoidon potilaan yleisimmät haavatyypit ovat **haavauma**, joka liittyy etäpesäkkeeseen, painehaavauma, arteriaperäinen haavauma sekä trauman jälkeinen haavauma, joka on aiheutunut esimerkiksi kaatumisesta tai ihon repeytymisestä. Pahanlaatuiset syöpätauteihin liittyvät haavaumat eivät yleensä parane kuolevilla potilailla. Oireita, kuten kipua, erityistä, kutinaa ja verenvuotoa esiintyy kahdella kolmasosasta potilaista liittyen heidän haavoihinsa. Imunestekierron häiriö voi aiheuttaa syöpäpotilailla turvotusta. Lymfedeeaman hoidon tavoite on turvotuksen vähentäminen ja tätä myötä potilaan toimintakyvyn säilyttäminen. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Potilaan **haavakipu** saattaa vaatia systeemistä opioidilääkitystä. Haavakivussa yhdistyvät nosiseptiivinen ja neuropaattinen kipu. Morfiini- tai metadonigeeliä taikka metadonipulveria voidaan käyttää paikallisopioidina. Mikäli potilaalla esiintyy allodyniaa, jossa heikko, normaalisti kipua aiheuttamaton ärsyke aiheuttaa kipua, voidaan tätä hoitaa neuropaattisen kivun hoidossa käytettävillä lääkkeillä tai vaihtoehtoisesti paikallisesti lidokaiini- tai morfiinigeelillä. Näiden lisäksi topikaalista kapsaisiinia voidaan erityisluvalla käyttää. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Potilaan kärsiessä **ihometastaasin aiheuttamasta verenvuorosta**, tulee antitromboottinen lääkehoito arvioida uudelleen. Verenvuotoa saattaa hillitä traneksaanihappo. Traneksaania tai adrenaliinia voidaan laittaa paikallisesti keittosuolataitoksiin. Vaikutus on lyhykestoinen eteenkin adrenaliinilla. Paikallinen kylmähoito voi myös jonkin verran hillitä verenvuotoa. Hopeanitraatti käsittely sopii pieniin vuotaviin muutoksiin. Onkologia voidaan konsultoida sädehoidon mahdollisuudesta rajoittuneessa vuotavassa ihometastasoinnissa. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Tulehtunut haava voi aiheuttaa hajuhaitan. Haju johtuu usein nekroottisten muutosten anaerobi-infektiosta, paikallishoidossa suositellaan käytettävän hopeaa sisältäviä haavanhoitotuotteita. Aktiivihiihsidoksia, hopeasidoksia, hunajavoiteita, pihkavoidetta sekä eritettä imeviä sidoksia voidaan käyttää tulehtuneen haavan paikallishoitona. Lisäksi em. sidosten ulompiin taitoksiin voidaan lisätä

piparminttuöljyä tai hajustettua talkkia hillitsemään haavasta aiheutuvaa hajuhaittaa. Mikäli hoituhuoneessa ilmenee voimakkaita hajuja, voidaan niitä peittää esimerkiksi jauhetulla kahvilla, suitsukkeilla tai aromaattisilla öljyillä. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Hikoilusta kärsivän potilaan kohdalla oire voi johtua lääkähoidosta, missä opiaatit tai hormonaaliset syöpälääkkeet voivat aiheuttaa hikoilua. Muita hikoilun aiheuttajia ovat syöpä ja syöpähoidot sekä vaihdevuodet. Tutkitusti hikoilua voi hillitä masennuslääkkeet, kuten esimerkiksi serotoniinin takaisinoton estäjät, serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjät ja epilepsialääkkeet. Mikäli hikoilu johtuu vaihdevuosista, voidaan sitä lievittää keltarauhashormonilla tai estrogeenivalmisteella. Eturauhassyöpää sairastavalle tehtävä kastroatiohoidon purkaminen voi lievittää hikoilua. Tuumorikuumeiluun liittyvää hikoilua voidaan hillitä käyttämällä säännöllisesti tulehduskipulääkkeitä tai parasetamolia. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Poikkeava uupumus voidaan määrittää tilaksi, johon liittyvät suorituskyvyn heikkeneminen, energian vähyys, heikkous, väsyneisyys, uneliaisuus, motivaation puute, kyllästyneisyys sekä apatia. Erottavana tekijänä väsymyksestä, poikkeavassa uupumuksessa on se, ettei se lievi levolla. On tärkeää erottaa poikkeavasta uupumuksesta hoidettavat syyt, kuten anemia, metaboliset häiriöt, kilpirauhasen vajaatoiminta, infektiot sekä lääkkeiden haittavaikutukset. Masennuksella ja ahdistuneisuudella on tutkittu yhteys poikkeavaan uupumukseen. Poikkeavaan uupumukseen on kokeiltu monia lääkkeitä, kuten esimerkiksi masennuslääkkeitä, talidomidia, testosteronia ja psykostimulantteja, mutta näyttöön perustuvia suosituksia minkään lääkkeen tehosta poikkeavan uupumuksen hoidossa ei kuitenkaan ole. Toisaalta steroideilla on kliinisen kokemuksen mukaan vaikutusta joillekin potilaille, joten hoitokokeilu deksametasonilla on vaihtoehto. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Hoidettaessa potilaan **levottomuutta ja sekavuutta** pyritään ensisijaisesti rauhoittamaan akuutti tilanne ja samalla mahdollisesti selvittämään syy tälle. Tavallisimmin sekavuutta aiheuttavat lääkkeet, kuten opioidit, antikolinergit, kortikosteroidit sekä neuroleptit. Sekavuutta aiheuttavat lääkkeet tulee karsia. Fyysisen levottomuuden aiheuttajina voi olla esimerkiksi lievittämätön kipu, aivomuu- tokset, infektiot ja tärkeiden elinten toimintakyvyn pettäminen. Uremia, hyperkalsemia, hyponatremia, hypoglykemia sekä hypoksia ovat aineenvaihdunnallisia syitä levottomuuden ja sekavuuden taustalla. Todettakoon, että myös ahdistuneisuus sekä elimistön stressitila voivat aiheuttaa levottomuutta ja sekavuutta. Mikäli potilaalla liittyy opioidin käyttöön opioiditoksisuutta ja sen johdosta

hallusinaatioita, sekavuutta ja levottomuutta, voi haloperidoli mahdollisesti lievittää tilannetta. Tällöin opioidiannos tulee arvioida uudelleen. Tärkeintä on luoda potilaalle rauhallinen, turvallinen ja valvottu hoitoympäristö. (Korhonen & Poukka 2013.) Orgaanisesta aivotoiminnan häiriöstä voi olla seurauksena **akuutti sekavuustila eli delirium**. Sitä kuvaavat yhtäaikainen tietoisuuden heikkeneminen, tarkkaavuushäiriö, erilaiset ajattelun ja muistin häiriöt, psykomotoriset ja emotionaaliset muutokset sekä muutokset uni-valverytmissä. Deliriumissa esiintyy hyper- ja hypoaktiivinen muoto, niitä yhdistää potilaan sisäinen hajanaisuus, mutta erottavana tekijänä on hypoaktiivisessa muodossa ulkoiset deliriumin merkit puuttuvat. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Syöpäpotilaan viimeisinä elinpäivinä riski deliriumiin on jopa 88 %. Saattohoidossa olevan potilaan deliriumin lääkehoito antipsykooteilla ilmeisesti lisää potilaan deliriumoireita ja aiheuttaa haittavaikutuksia, ensisijaisesti suositellaan lääkkeettömiä deliriumin hoitokeinoja. Mikäli deliriumpotilaan psykoosioireita ei saada lääkkeettömällä hoidolla hallintaan, aiempien käytäntöjen mukaisesti on käytetty psykoosilääkkeitä. Saattohoitopotilailla psykoosilääkkeisiin tulee suhtautua varauksellisesti. Haloperidolia, risperidonia ja olantsapiinia on yleisimmin käytetty psykoottisten oireiden rauhoittamiseksi. Potilaan agitaatio näyttää vähenevän, kun psykoosilääkkeeseen lisätään bentsodiatsepiinia. Kliininen näyttö metyyliifenidaatti-lääkityksestä kuolevilla potilailla on vähäistä. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

3.6 Psyykkisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnista huolehtiminen

Psyykkisten oireiden hoito on merkittävä osa palliativista hoitoa. Psyykkisten oireiden ehkäisy, niiden varhainen tunnistaminen sekä vaikeusasteen arviointi ja kunnollinen hoito ovat oirehoidon perusta. Potilaan ja omaisten aktiiviseen kuunteluun perustuvalla vuorovaikutuksella pyritään ehkäisemään masennusta ja ahdistuneisuutta, myös sairauten ja hoitoon perehdyttävä potilasohjaus on tärkeässä roolissa. (Idman 2015, 219–220.) Potilas voi tarvita ammattilaisen ohjausta ja perehdytystä sairauden hoitoon ja siitä johtuvien oireiden hallintaan säilyttääkseen psyykkisen tasapainonsa (Huttunen 2013). Palliativisessa hoidossa olevan potilaan psyyken oireita hoidetaan ensisijaisesti kysymällä, kuuntelemalla ja keskustelemalla potilaan kanssa. Keskustelussa tuodaan esille mieltä painavia tai elävöittäviä asioita, joista keskustelemalla voidaan mahdollisesti ehkäistä ja hoitaa psyykkisiä kärsimyksiä. Hoitoa voidaan tarvittaessa täydentää potilaalle sopivalla lääkehoidolla,

huomioon ottaen erityisesti potilaan kokonaislääkekuorman. Hoidon vasteen ajankohtaa ja kestoja suhteutettuna potilaan tilanteeseen tulee arvioida, esimerkiksi masennuslääkityksen kohdalla, jonka vaste on odotettavissa vasta 4–6 viikon kuluttua. Mielialalääkkeitä voidaan kuitenkin käyttää esimerkiksi unettomuuden hoidossa. (Idman 2015, 219–220.)

Palliativiseen hoitotiimiin kuuluu vähintään hoitava lääkäri sekä potilaan lähi- ja sairaanhoitajat. Sen lisäksi vaihtelevasti palliativiseen hoitotiimiin voi kuulua erikoissairaanhoitaja (esimerkiksi syöpäsairaanhoitaja), psykiatrinen sairaanhoitaja, psykologi, sosiaalityöntekijä ja erilaiset terapeutit, kuten fysioterapeutti. Lisäksi hoitotiimiin voidaan lisätä potilaan ja omaisten toiveiden sekä hoitohenkilökunnan näkemyksen mukaan myös sairaalapastori. Sairaalassa virkaansa harjoittava pastori voi osallistua potilaan ja tämän omaisten psykososiaaliseen tukemiseen sekä mahdollisesti hengellisestä hyvinvoinnista huolehtimiseen hoitotiimin vaitiolovelvollisena jäsenenä. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2019b, 161.)

Sairaalapappi ja sairaalasielunhoitajat ovat konkreettinen tuki raskaaseen elämäntilanteeseen ja he tarjoavat tukeaan sairaalan sisällä kaikille sitä tarvitseville. Kuuntelua ja keskustelutukea tarvitsevan ei tarvitse olla kirkon jäsen tai uskonnollinen pyytääkseen sairaalapapin palveluja. Sairaalapapin tai -sielunhoitajien kanssa käydyt keskustelut ovat luottamuksellisia ja keskustelut käydään aina keskustelun osapuolten ehdoilla. Usein hoitohenkilökunta tarjoaa mahdollisuutta sairaalapistoriin käyntiin, jos he näkevät potilaassa tai omaisissa suuremman tarpeen keskustelulle ja kuuntelemiselle, kuin mitä hoitajat kykenevät tarjoamaan. (Suomen evankelisluterilainen kirkko.)

Potilaan parantumaton sairaus, hoidot sekä kuoleminen ja kuolema vaikuttavat taloudelliseen toimeentuloon ja pärjäämiseen, niin potilaan kuin tämän perheen kohdalla. Kotona selviytymiseen, taloudelliseen toimeentuloon sekä perheen tarpeisiin liittyviä asioita käsittelee sosiaalihuollon ammattilaiset. Apua ja neuvoja voi hakea potilaan oman asuinkunnan sosiaalihuollon tai aktiivisen hoitosuhteen työntekijöiden kautta. Kela, kunnat, sairaus- ja työttömyyskassat sekä vakuutusyhtiöt hoitavat sosiaalietuuksia ja tukia. Palliativisen hoidon potilaat ovat usein oikeutettuja erilaisiin sosiaalietuuksiin, joiden tarkoituksena on auttaa sairaudesta ja sen hoidosta koituvien kustannusten hoitamisessa. Potilas ja omaiset voivat keskustella näistä etuuksista sekä niiden hakemisesta yhdessä sosiaalityöntekijän kanssa. Haettavia sosiaalietuuksia ja -etuksia ovat esimerkiksi sairauspäiväraha, hoitotuki, lääkekorvaukset sekä matkakorvaukset. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2018c.) Terveystieteiden tutkimuskeskus on yksi esimerkki yhteiskunnan tarjoamasta taloudellisesta tuesta vaikeasti sairaalle. Maksu-

katon täytyttyä, vapautus maksuista haetaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon maksuttomuudesta. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2021.) Muita mahdollisia etuuksista ovat kuljetustuki, toimeentulotuki, omaishoidon tuki ja hautausavustus. Näiden lisäksi perheen on mahdollista hakea erilaisia tukia omaisen kuoleman jälkeen kelalta, vakuutusyhtiöstä ja työeläkelaitokselta. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2018c.)

Palliativisessa hoidossa, saattohoitoa kohti korostuen, hoitaminen muuttaa muotoaan kliinisistä toimenpiteistä läsnäoloksi, keskusteluksi ja eritoten potilaan ja omaisten kuuntelemiseksi, psyykkisen hyvinvoinnin tukemiseksi. Palliativisen hoidon aikana on tärkeää, että omaiset saavat osallistua potilaan hoitoon ja että heidätkin huomioidaan hoitohenkilökunnan toimesta. Hoitohenkilökunnan tehtävä on välittää rehellistä tietoa ja kuunnella myös omaisten huolia ja vastata kysymyksiin. Yhtä aikaa on tärkeää tarkkailla omaisten jaksamista ja tuen tarvetta. Esimerkiksi uupumuksen oireista olisi tärkeää keskustella omaisten kanssa avoimesti. (Korhonen & Poukka 2013.)

Ihmissinä arvioimme toistemme tunteita äänen, ilmeiden, liikkeiden ja asentojen perusteella. Erityisesti silmät ovat keskeisessä asemassa vuorovaikutuksen säätelyssä ja yleensä kasvoissa huomio kohdentuu niihin. Hoitavan henkilökunnan katseet, kehon asennot, läheisyys tai etäisyys kertovat emotionaalista läsnäolosta ja tulevat tulkituiksi. (Hietanen 2015, 244.) Potilaan kohtaaminen parhaalla mahdollisella tavalla voi parantaa elämänlaatua merkittäväällä tavalla. Kunnioittava kohtaaminen merkitsee kokemusta kuulluksi, nähdyksi ja hyväksytyksi tulemisesta. (Styrman & Torniainen 2018, 22.)

Hoitohenkilökunnan tulee kunnioittaa potilaan henkilökohtaista tilaa ja antaa tilanteen edetä potilaan ehdoilla. Monesti kuoleman läheisyys ja pitkään kestänyt hoitosuhde antavat mahdollisuuden suuremmalle läheisyydelle ja hoitavalle kosketukselle. (Hietanen 2015, 244.) Kosketus voi tuoda konkreettista fyysistä ja henkistä tukea. Pelkän kosketuksen avulla voidaan rauhoittaa, helpottaa potilaan kipuja ja auttaa häntä rentoutumaan. (Styrman & Torniainen 2018, 25.) Potilaan uupuneisuuden ja psyykkisen kuorman vuoksi tilanteen tunnelma ja kosketus jäävät paremmin mieleen kuin siinä hetkessä puhutut sanat. Onnistunut yksilöllinen ja aito läsnäolo ovat myös hoitohenkilökunnalle merkityksellisiä, se auttaa jaksamaan raskaassa potilastyössä. (Hietanen 2015, 245.)

Potilaan kanssa voi puhua kuoleman lähestymisen merkityksestä ja hänelle tärkeistä asioista sekä potilas voi kertoa hänen mieltään painavista asioista. Esille voi tulla syyllisyyttä, häpeää ja trau-

maattisia muistoja. Henkilökohtaisista ja kipeistä asioista puhuminen herättää luottamusta ja syventää hoitosuhdetta. (Hietanen 2015, 245.) Läsnaololla voidaan vahvistaa potilaan omia keinoja mielensä rauhoittamiseen, joiden avulla hän pystyy tynnyttämään sairauteen ja sen etenemiseen liittyviä pelkoja. Palliatiivisessa hoitotyössä vuorovaikutuksen, kuuntelun ja ohjauksen merkitys ovat siis keskeisessä asemassa. (Idman 2015, 218.)

Potilaan omaisilla on usein psyykkistä taakkaa kuten potilaallakin, joten myös omaiset tarvitsevat hoitohenkilökunnan tukea ja huomiota. Omaisilta tulee kysyä heidän voinnistaan ja synnyttää luottamusta myös heihin. Tiedustellaan miten omaiset ovat kokeneet tilanteen, miten arki kotona sujuu ja mitkä heidän toiveitaan ovat. Omaisia voi kiittää välittämisestä ja arvokkaasta työstä läheisensä hoitamisessa, joskus jopa pelkkä lämmin katse arvostuksen merkinä riittää. (Hietanen 2015, 247.)

4 VERKKO-OPISKELU

Syvällisen ymmärryksen saavuttaminen opiskeltavasta aihealueesta on yksi opiskelun tavoitteista. Oppimistavoitteiden, opetuksen sisällön, opetusmenetelmien ja opiskelijoiden arvioinnin tulee tukea päämäärän toteutumista. On tärkeää, että opiskelijat muodostavat ja muokkaavat tietoa itselleen merkitykselliseksi rakentamalla tietoa aktiivisesti, sekä yksin että ryhmässä. Oppiminen on opiskelijan aktiivista kognitiivista toimintaa. Jokainen opiskelija tuo oppimistilanteisiin omat aikaisemmat tietonsa, olettamuksensa ja motiivinsa ja ne vaikuttavat siihen, miten ja mitä opitaan. Uutta tietoa ja havaintoja siis tulkitaan aikaisempien tietojen ja kokemusten perusteella. (Löfström ym. 2010, 20.) Verkko-oppimisympäristöjen, tietoverkon ja multimedian käyttö opetuksessa tuovat oppimiseen tiedonkäsittelyn kannalta uudenlaisen kontekstin. Teknologia mahdollistaa tiedon esittämisen monin eri tavoin, kuten esimerkiksi äänitiedostojen, kuvien tai animaation yhdistämisen opiskeltaviin materiaaleihin. Ne tuovat oppimisprosessiin kognitiivisesti haastavia, mutta oppimista edistäviä tekijöitä, joita perinteiset oppimisympäristöt eivät sisällä. (Löfström ym. 2010, 30.)

Oppimisympäristöllä tarkoitetaan fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista tekijöistä koostuvaa ympäristöä, jossa oppiminen ja opiskelu toteutuvat (Löfström ym. 2010, 27). **Virtuaaliset oppimisalustat** ovat verkko-opettamiseen tarkoitettuja ratkaisuja ja ne ovat osa oppimisympäristöä. Oppimisalustat pitävät sisällään välineet verkkokurssien valmistamiseen ja opiskelijoiden väliseen vuorovaikutukseen. (Mäkitalo & Wallinheimo 2012, 14.) Verkkopohjaiset oppimisalustat tarjoavat monipuolisia mahdollisuuksia opetuksen järjestämiseen (Löfström 2010, 18). Alustoilla on esimerkiksi mahdollisuus asettaa takarajat tehtävien palautuksille tai järjestää etätenttejä.

Yksi opettajien työvälineistä Oulun ammattikorkeakoulussa on **oppimisalusta Moodle**. Se on avoimen lähdekoodin oppimisalusta, joka on käytössä ympäri maailman. Oppimisalusta rakentuu kurseista, jotka sisältävät erilaista materiaalia ja tehtäviä. Moodle sisältää paljon erilaisia ominaisuuksia. Moodlen perustoimintoja ovat pikaviestintä (chat), keskustelufoorumi (forum), arviointi (assignment), oppitunti (lesson), sanasto (glossary), monivalintatehtävät (choice), kysely (survey), tietovisa (quiz), työpajat (workshop) ja Wiki-tietämyspankki (wiki). Saatavilla on myös satoja lisäosia ja lisäksi ohjelmaan voi kytkeä esimerkiksi Google-dokumentit. (Mäkitalo & Wallinheimo 2012, 15.) **H5P** on noin 50 erilaisen työkalun kokoelma verkkosisältöjen tekemiseen. Se on avoimen lähde-

koodin työkalu, joka on asennettavissa Moodleen. HP5:n avulla kuka tahansa voi luoda interaktiivista sisältöä kuten kysymystehtäviä, videotehtäviä tai vaikka muistipelin esimerkiksi oppimisen tueksi. (Moodle 2021.)

5 TARKOITUS JA TAVOITTEET

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus oli tuottaa informatiivinen tietotesti. Tietotestiä voidaan hyödyntää tulevien ammattikorkeakoulujen hoitotyön opiskelijoiden opetuksessa, koskien palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan kokonaisvaltaista oirehoitoa. Projektin onnistumisen kannalta oli olennaista, että itse tuotos eli informatiivinen testi saatiin toteutettua niin, että se pohjautuu opiskelijoiden jo aiemmin oppimaan teorian tietoon, jonka he ovat saaneet verkkokurssien ja luennon kautta.

Toiminnallisena tavoitteena oli luoda ajankohtainen ja tutkittuun tietoon perustuvan informatiivinen testi, jonka avulla hoitotyön opiskelijat syventävät osaamistaan. Projektin **laatutavoitteena** oli koostaa helposti ymmärrettävä, hahmotettava ja helppolukuinen informaatiotuotos, jonka perustana toimi tutkittu tieto ja toimintamenetelmät. Projektin sisältämä materiaali valikoitiin luotettavia ja ajankohtaisia lähteitä käyttäen. Tavoitteena oli, että oppimateriaali on kiinnostavaa, innovatiivista, informoivaa ja motivoivaa. Projektin **pitkänajan kehitystavoitteena** oli saavuttaa muutos, joka parantaisi olennaisesti hoitotyön opiskelijoiden tietämystä palliatiivisesta ja saattohoitotyöstä.

Projektin välitön tavoite kiteytyi toivottuun konkreettiseen lopputulokseen. Tavoitteena oli, että muutos näyttäytyisi välittömän kohderyhmän parantuneena toimintana ja/tai hyödynsaajien palvelun parantumisena. Pitkän ajan tavoitteen päämääränä on saavuttaa muutosvaikutus ennen kaikkea tärkeimmän hyödynsaajaryhmän näkökulmasta. Tämä tavoite toteutuu useimmiten vasta projektin loppuvaiheessa tai mahdollisesti vasta vuosien päästä. (Silfverberg 2007, 41–42.)

6 INFORMATIIVISEN TIETOTESTIN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

Tämä projekti toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä kolmen hengen projektiryhmässä. Toiminnallisen opinnäytetyön lopputuloksena pidetään aina jotain tuotetta, meidän projektimme tuote on sairaanhoitajaopiskelijoiden käyttöön ottama informatiivinen tietotesti koskien palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan kokonaisvaltaista oirehoitoa.

Projektin roolit sekä vastuut jaettiin Teams -palaverissa, jossa aloitimme opinnäytetyön suunnitelman. Määrittelimme roolit ja vastuut selkeästi projektiorganisaatiossamme. Opinnäytetyön projektiorganisaatioon kuului Noora Järvelä, Heidi Turula ja Mira Öfverberg, jotka osallistuivat tuotteen tekemiseen, kirjallisen raportin kirjoittamiseen sekä työn itsearviointiin. Osana organisaatiota olivat myös ohjaavat opettajamme hoitotyön lehtorit Kirsi Myllykangas ja Mari Vihelä, jotka arvioivat opinnäytetyötä sen eri vaiheissa sekä sen valmistuttua. Projektin yhteystyökumppanina toimi Oulun ammattikorkeakoulu. Projektin päällikkö, Heidi Turula, johti projektia sekä vastasi työsuunnitelman laatimisesta, projektin seurannasta ja arvioinnista, raportoinnista sekä tiedottamisesta. Edellä listattuja tehtäviä delegoitiin projektin vetäjän toimesta muillekin projektiin kuuluville henkilöille tarpeen mukaan, mutta varsinainen vastuu näistä kuului projektin vetäjälle, joka valvoi niiden toteutumista. (Silfverberg 2007, 50.) Noora Järvelän erityiseksi vastuualueeksi valikoitui oikeinkirjoituksen, tekstiviitteiden sekä lähdemerkintöjen tarkistaminen ja korjaaminen. Mira Öfverbergin vastuualueeksi valikoitui työelämästä kerrytettyjen käytännön kokemusten hyödyntäminen tietotestin koostamisessa sekä palautekyselyn tekeminen ja kyselytulosten analysoiminen ja raportointi. Jokaisella projektin jäsenellä oli omat nimetyt vastuualueet, mutta käytännössä kaikki projektin jäsenet hoitivat kaikkia projektin osa-alueita.

6.1 Projektin aikataulu

Projektille laadittiin suunnitelmallinen aikataulu, projektin lähdettyä liikkeelle huhtikuussa 2021. Suunnitelmana oli, että kevään 2021 aikana opinnäytetyön suunnitelma hyväksyttäisiin sekä yhteistyösopimus Oulun ammattikorkeakoulun kanssa saataisiin solmittua, jolloin opinnäytetyön tuotosta päästäisiin työstämään kesän 2021 aikana. Suunnitelman mukaisesti syyslukukaudella 2021 toisen lukukauden opiskelijat saivat tuotoksemme opiskeltavakseen ja testattavakseen, jolloin opinnäytetyön raportointi voitiin toteuttaa vuoden 2021 loppuun mennessä.

TAULUKKO 1. Projektin aikataulu

Projektin eteneminen		Ajankohta
Projektin aloitus	Opinnäytetyön aihe valittu	Maalis-huhtikuu 2021
	Projektityöryhmän yhteinen tapaaminen	Huhtikuu 2021
	Projektityöryhmän Teams-tapaaminen sekä opparityöpaja	Huhtikuu 2021
Projektin suunnittelu	Projektityöryhmän ja ohjaavan opettajan yhteinen tapaaminen	Huhtikuu 2021
	Projektityöryhmän Teams-tapaaminen	Toukokuu 2021
	Suunnitelma valmis	Kesäkuu 2021
Projektin toteutus	Tietotestin työstäminen	Heinäkuu 2021 Elokuu 2021
	Palautekyselyn kokoaminen	Syyskuu 2021
	Testin koeponnistaminen opiskelijoilla	Lokakuu 2021
Raportointi	Opinnäytetyön raportin kokoaminen sekä vertaisoppoointi	Marraskuu 2021
	Projekti valmis	Joulukuu 2021

6.2 Projektin kustannukset

Projektin kustannusarvio koostui henkilöstökuluista, tarvikkeista ja materiaaleista, matkakustannuksista sekä mahdollisista muista välillisistä kustannuksista (Taulukko 2). Projektiin kului aikaa

405 h opiskelijaa kohden, joka on laskettu opinnäytetyöstä saatavan opintopistemäärän mukaisesti. Projektiin käytetty aika koostui opinnäytetyön suunnitelmasta, toteutuksesta ja raportoinnista koostuvista opintokokonaisuuksista. Ohjaava opettaja käytti työaikaansa opinnäytetyömme sisällön arviointiin ja ohjaamiseen noin 15 h sekä menetelmäohjaaja 10 tunnin työpanoksen. Lisäksi käytimme opinnäytetyöpajan ohjaajan ohjausta 7,5 tunnin verran. Koska opiskelijat asuivat eri paikkakunnilla, laskimme niiden tapaamisten osalta, mitä emme pysty verkossa toteuttamaan matkakustannukset 1000 kilometrin perusteella. Kilometrejä kertyi 100 km per suunta, kun Oulussa asuva opiskelija ajaisi kahden muun projektiin osallistuvan opiskelijan luokse Oulaisten kampukselle, tai vastaavasti toisinpäin. Arvioimme, että konkreettisia tapaamisia tarvitsemme projektin tiimoilta yhteensä viisi kertaa. Matkakulut olisivat olleet 0,21 €/km. Opiskelijoiden yhtenäisiä konkreettisia tapaamisia ei kuitenkaan järjestetty muuten kuin lähipäivien yhteydessä, vaan tapaamiset pystyttiin järjestämään Teamsin välityksellä. Materiaalikuluja arvioimme tulevaksi 100 € ja muita välillisiä mahdollisia kuluja 50 €. Mahdolliset materiaalikulut koostuivat erilaisista tarvikkeista, kuten esimerkiksi tulostuspaperista, musteista ja muistiinpanovälineistä.

TAULUKKO 2. Projektin kustannusarvio

	Työpanos arvio (h)	Kustannusarvio (€)
Tekijät (10 €/h) (per opiskelija)	405 h	4050 €
Ohjaava opettaja (45 €/h)	15 h	675 €
Menetelmäohjaaja (45 /h)	10 h	450 €
Opinnäytetyöpajan vetäjä (45 €/h)	7,5 h	337,50 €
Matkakulut (0,21 €/km)		210 €
Materiaalikulut		100 €
Muut kulut		50 €
YHTEENSÄ	437.5 h	5 872,50 €

6.3 Projektin riskien ja muutosten hallinta

Opinnäytetyöprojektiimme liittyviä riskejä ja haasteita aiheutti yhtenä tekijänä vallitseva koronapandemia, joka muun muassa vaikeutti konkreettisten tapaamisten järjestämistä. Todellisuudessa

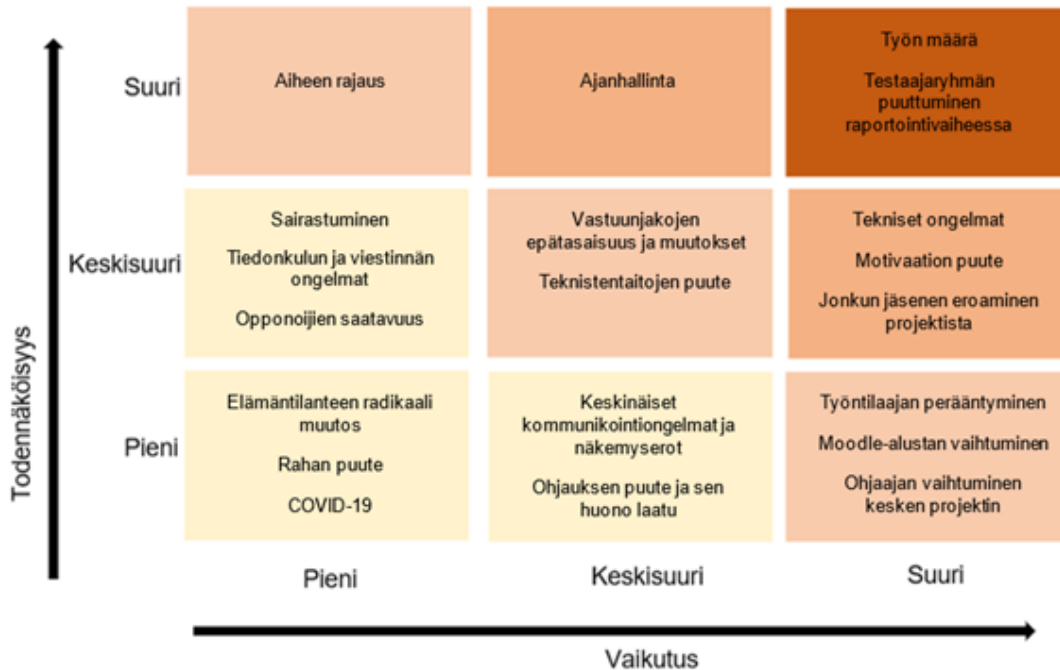
tämä riski oli helposti hallittavissa erilaisten etäyhteyksien kuten Zoom- ja Teams -sovellusten sekä pikaviestisovellusten, kuten WhatsAppin avulla.

Projektin riskien kartoittaminen ja hahmottaminen oli tärkeää, jotta projektin loppuunsaattamisesta voitaisiin varmistua. Koska riskit tunnistettiin etukäteen, niiltä voitiin suojautua tehokkaammin projektin aikana. Suunnitteluvaiheessa kartoitimme erilaiset riskitekijät, jotka voisivat vaarantaa projektin lopputulokseen pääsemiseen riskianalyysejä hyväksi käyttäen. Riskianalyyseissä riskejä arvioidaan käyttäen apuna erilaisia riskilistoja, - taulukoita sekä -matriiseja. (Kettunen 2009, 75; Ruuska 2005, 225.) Esittelemme kuviossa 2 opinnäytetyöhömmme liittyvät riskit.

Riskejä tarkastellessa epätodennäköisemmäksi ja pienimmäksi riskeiksi valikoituvat rahan puute, koska suunnitelmamme pohjalta emme usko tulevamme tarvitsemaan paljoa rahaa opinnäytetyön toteuttamiseen. Eräänä riskitekijänä pidimme elämäntilanteen radikaalia muutosta, tätä riskiä emme kumminkaan pitäneet erityisen suurena vaikuttajana opinnäytetyöprosessiimme. Lisäksi tämä on riskinä sellainen mihin ei voi ennakolta juurikaan varautua. Riskejä toisesta äänilaidasta tarkasteltaessa kaikkien projektin osallisten suurimmaksi riskitekijäksi valikoitui työmäärä. Kaikilla projektin jäsenillä on omat elämäntilanteet sekä henkilökohtaisen opiskelusuunnitelman mukaiset muut opinnot, jotka kuormittavat osallistujien jaksamista. Tämän riskinhallintana käytimme suunnitelmallista aikatauluttamista ja organisoimista etukäteen.

Opiskelijoina havaitsimme, kuinka monet opinnäytetyötä viimeistelevät opiskelijat hakivat aktiivisesti sähköpostitse vertaisarvioitavia opinnäytetöitä sekä pyydettiin opiskelijoita osallistumaan opinnäytetöistä annettavaan palauteen antamiseen. Tästä opiskelijoina saimme päätelmän, että ajoittain opinnäytetöistä palautteen saaminen ei olisi välttämättä helppoa ja vertaisarvioitavien töiden löytäminen voisi osoittautua haasteelliseksi. Tästä johtuen yhdeksi suurimmista riskeistä nousi testaaaja ryhmän puuttuminen raportointivaiheessa, koska tämä riskinä vaikuttaisi merkittävästi opinnäytetyömmme valmistumiseen. Muita suuria riskejä projektimme onnistumiselle olivat aiheen rajaus, ajanhallinta ja erilaiset tekniset haasteet, koskien käyttämiemme työkaluja sekä Moodle-pohjan vaihtuminen OAMK:lta Oulun yliopiston Moodleen alkaen syksyllä 2021. Yhdeksi suurimmista riskeistä koimme mahdollisen motivaation puutteen, joka hidastaisi projektin etenemistä. Tähän opiskelijoina loimme yhteisen strategian suullisesti, jossa sitouduimme kannustamaan toisiamme projektin jäsenenä eteenpäin, mikäli motivaatio tuntuisi joltain hukkuneen. Lisäksi päätimme riskejä hallitaksemme sopia aina valmiiksi seuraavan ajankohdan, milloin työstämme opinnäytetyötämme. Tällä ehkäistiin se, ettei projektimme jää ajelehtimaan motivaation puuttuessa. Lisäksi

päätimme hyödyntää Pomodoro-tekniikkaa, jossa ajasta tehdään työkaveri, eikä vihollinen. Kyseessä on siis ajanhallinta tekniikka, jossa valitaan tehtävä, joka halutaan työstään. Tämän jälkeen laitetaan ajastin soimaan esimerkiksi 25 minuutin päähän, joka on aktiivista työstä aikaa ja tämän jälkeen pidetään tauko (Koulutus.fi 2019.)



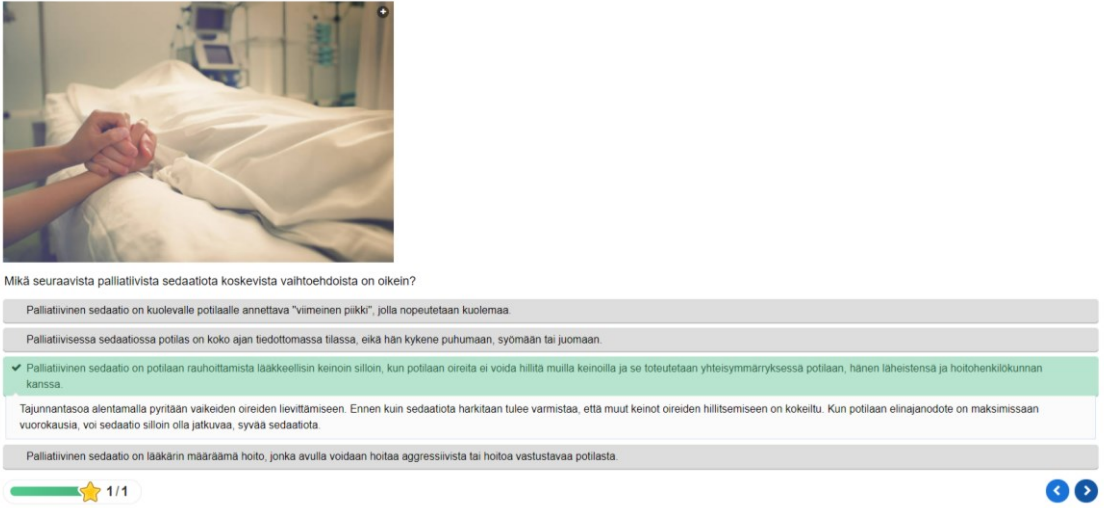
KUVIO 3. Riskien vaikutukset ja todennäköisyydet

6.4 Projektin viestintä

Viestinnän vilkkaus vaihteli riippuen käsillä olevasta projektin vaiheesta. Kun projekti käynnistyi viestintä projektin eri osapuolien välillä, oli hyvinkin aktiivista, mutta projektin toteutuksen aikana jäsenten välillä oli osin hiljaisiakin ajankohtia. Itse projektin aktiivisena pysyminen vaati projektiryhmän sisäisen viestinnän pysymisen vilkkaana. Erilaiset palaverit, raportoinnit, sähköpostit, konkreettiset tapaamiset ja sähköiset työtilat olivat käytettyjä menetelmiä tämän projektin vuorovaikutuksen ylläpitämisessä. (Kettunen 2009, 140; Ruuska 2005, 93.) Viestintä tapahtui projektin eri jäsenten kesken pääsääntöisesti sähköisesti eri sovelluksia apuna käyttäen. Pääasiallisena kommunikoinnin viestintävälineenä toimi sähköposti, Teams- ja Zoom-sovellus sekä WhatsApp-sovellus, ja näiden lisäksi erilaisten asiakirjojen sujuvaan jakamiseen Microsoft OneDrive, mikä mahdollisti opiskelijoiden projektin yhtäaikaisen työstämisen, vaikka opiskelijat olivat konkreettisesti eri paikoissa.

6.5 Informatiivisen testin tekeminen

Tietotesti tehtiin Oulun ammattikorkeakoulun Moodle-alustalle H5P-työkalua hyödyntäen. Testin tekemiseen valittiin Question set -työkalu, joka on kokoelma eri kysymystyyppejä. Testin tekemisessä hyödynettiin seuraavia mahdollisuuksia, Drag the Words – aukkotehtävässä sanoja raahaetaan oikeille paikoille, Multiple choice – monivalintakysymykset, joissa kysymyksille on vastausvaihtoehdot, Drag and Drop – yhdistelytehtävässä yhdistetään vaihtoehtoja ja True/False Question – Oikein/väärin väittämät (Moodle 2021). Tietotestin kysymykset ja tehtävät luotiin kokoamamme teoreettisen viitekehysten pohjalta. Joihinkin kysymyksiin oli useampi kuin yksi oikea vastaus. Tietotestiin luotiin potilascase, johon osa testin kysymyksistä liittyivät. Pyrimme tekemään testistä kompaktin, mutta kuitenkin laajasti opinnäytetyömme aihetta käsittelevän. Kaiken kaikkiaan testiin kertyi 20 erilaista kysymystä koskien palliatiivista hoitoa ja oirehoitoa. Kysymysten vastausten lomaan oli lisätty oppimista tukevaa lisäinformaatiota, joka tuli esiin, kun kysymykseen vastattiin oikein. Tällä voitiin lisätä testin informatiivisuutta. Jokaisen kysymyksen kohdalla ilmoitetaan erikseen, onko vastaus oikein vai väärin ja opiskelijalla on jokaisen kysymyksen kohdalla mahdollisuus yrittää uudelleen, mikäli vastaus ei mennytkään oikein. Tietotestiä oli myös mahdollisuus tehdä uudestaan niin monta kertaa kuin halusi.



Mikä seuraavista palliatiivista sedaatiota koskevista vaihtoehdoista on oikein?

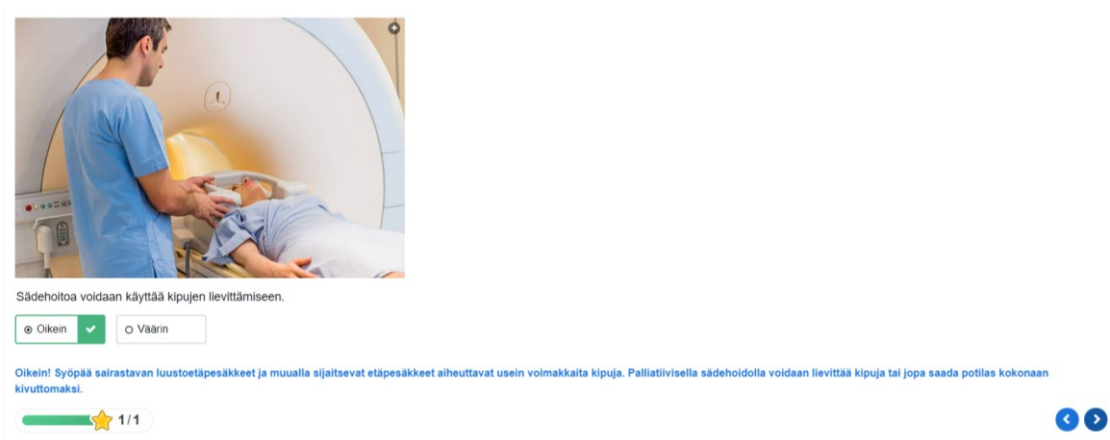
- Palliatiivinen sedaatio on kuolevalle potilaalle annettava "viimeinen piikki", jolla nopeutetaan kuolemaa.
- Palliatiivisessa sedaatiossa potilas on koko ajan tiedottomassa tilassa, eikä hän kykene puhumaan, syömään tai juomaan.
- Palliatiivinen sedaatio on potilaan rauhoittamista lääkkeellisin keinoin silloin, kun potilaan oireita ei voida hillitä muilla keinoilla ja se toteutetaan yhteisymmärryksessä potilaan, hänen läheistensä ja hoitohenkilökunnan kanssa.
- Tajunnantasoa alentamalla pyritään vaikeiden oireiden lievittämiseen. Ennen kuin sedaatiota harkitaan tulee varmistaa, että muut keinot oireiden hillitsemiseen on kokeiltu. Kun potilaan elinajanodote on maksimissaan vuorokausia, voi sedaatio silloin olla jatkuvaa, syvää sedaatiota.
- Palliatiivinen sedaatio on lääkärin määräämä hoito, jonka avulla voidaan hoitaa aggressiivista tai hoitoa vastustavaa potilasta.

1/1

KUVIO 4. Oikean vastauksen yhteyteen oli lisätty oppimista tukevaa lisäinformaatiota

Opetushallituksen asettama työryhmä on määritellyt verkko-oppimateriaalin laatukriteerit, joiden pääosat ovat pedagoginen laatu, käytettävyys, esteettömyys ja tuotannon laatu (Opetushallitus ja tekijät 2006, 13). Koska verkko-oppimateriaalit ovat todella monimuotoisia, ei kaikkien materiaalien laatua voida arvioida kriteerien kaikilla osa-alueilla. Materiaalin tekijä tai sen laadun arvioija voi itse valita materiaalinsa osalta merkitykselliset kriteerit. Pidimme näistä kriteereistä käytettävyyttä ja pedagogista laatua tärkeimpinä tietotestiä laadittaessa. (Opetushallitus ja tekijät 2006, 14.) Tarkoituksenamme oli tehdä tulevasta informatiivisesta opiskelutestistä näiden kriteerien avulla mahdollisimman laadukas ja oppimista tukeva. Pedagogisten laadun kriteerien mukaan otimme opiskelutestiä tehdessämme huomioon, että testi on helposti käytettävä, motivoiva, aktivoiva, opittavien asioiden oppimista tukeva ja että testin tieto on merkityksellistä, riittävää, olennaista sekä ajantasaista (Opetushallitus ja tekijät 2006, 15–17).

Testin käytettävyyttä miettiessä otimme huomioon testin toimimisen oppimisalustalla, testin rakenteeseen liittyvät asiat, kuten asettelu, tyyli, värit, fontit ja -koot ja toiminnot ja niiden yhtenäisyyden ja selkeyden. Testimme sisältävät kuvat olivat hyvälaatuisia ja latautuivat hyvin. (Opetushallitus ja tekijät 2006, 18–21.) Esteettömyydellä tarkoitetaan verkkomateriaalin käytettävyyttä erilaisten ihmisten mukaan, riippumatta fyysisistä ja psyykkisistä ominaisuuksista, vammoista tai terveydentilasta (Opetushallitus ja tekijät 2006, 21). Tietotestiä tehdessämme huomioimme kohderyhmän esteettömyyden eli hoitotyönopiskelijoiden ja oppimisalustan Moodlen ominaisuuksien perusteella. Laadun kriteereitä silmällä pitäen testin tekeminen suunniteltiin ja dokumentoitiin tarkasti. Tietotestin käyttöä testattiin ja arviottiin useaan kertaan. Testiä voitaisiin myös kehittää annetun palautteen perusteella, mutta tälle ei nähty tarvetta. (Opetushallitus ja tekijät 2006, 24–28.)



Sädehoitoa voidaan käyttää kipujen lievittämiseen.

Oikein Väärin

Oikein! Syöpää sairastavan luustopesäkkeet ja muualla sijaitsevat etäpesäkkeet aiheuttavat usein voimakkaita kipuja. Palliatiivisella sädehoidolla voidaan lievittää kipuja tai jopa saada potilas kokonaan kivuttomaksi.

1/1

KUVIO 5. Väittämiin vastattuaan opiskelija saa heti väittämää tarkentavaa tietoa.

Tuotteen sisältöä määritettäessä oikean kohderyhmän rajaaminen sekä määrittäminen tuli tehdä huolella. Mikäli kohderyhmää ei olisi määritelty tarkoin olisi projektia eli opinnäytetyötä ollut hankala toteuttaa. Testin kohderyhmäksi valikoitui toisen lukukauden sairaanhoitajaopiskelijat, joilla oli jo palliatiivisen hoitotyön perusteita sekä muita hoitotyön opintoja opiskeltuna aikaisemmalta lukukaudelta. Lisäksi Moodle -oppimisympäristönä oli kohderyhmälle jo ennestään tuttu. Rajatessamme opinnäytetyön sisältöä tähän vaikutti myös itse kohderyhmä, koska kohderyhmällä on merkittävä osuus opinnäytetyön kokonaisarvioinnissa. Kohderyhmältä pyysimme palautetta koskien toteutetun tuotteen käytettävyyttä, selkeyttä sekä ammatillisesti merkittäviä asioita. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 40.)

Opinnäytetyöprojektimme tuotos on suunnattu ensisijaisesti Oulun ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoille. Opiskelijat saivat testimme kautta kattavan, toiveidemme mukaan palliatiivista hoitoa hyvin konkretisoivan työkalun, joka sisältää ajantasaista tietoa, samalla antaen opiskelijalle palautetta heidän tietotaitonsa tasosta. Projektista hyötyivät myös Oulun ammattikorkeakoulun hoitotyön lehtorit, jotka opettavat kansantauteja sairastavan asiakkaan hoitotyön opintojaksoa. He saivat käyttöönsä laadukasta ja kattavaa opetusmateriaalia innovatiivisessa muodossa. Lisäksi tärkeä hyödynsaaja projektisamme olimme me opinnäytetyön tekijät itse. Pitkän, ryhmätyönä tehdyn projektin kautta olemme perehtyneet syvällisellä tasolla palliatiiviseen hoitotyöhön, mikä on lisännyt omia valmiuksiamme tulevaa työtämme varten.

7 PROJEKTIN ARVIOINTI

Opinnäytetyön arviointi perustui vankasti saatuihin palautteisiin opiskelijoilta, jotka pääsivät ensimmäisenä ryhmänä kokeilemaan informatiivista testiä osana opintojaan. Palautekysely tehtiin Webropol -kyselytyökalulla, ja sen avulla kartoitettiin sairaanhoitajaopiskelijoiden mielipiteitä tekemämme testin asettelusta, kokonaisuudesta ja toimintaperiaatteesta, sekä teknisesti testin toimivuudesta. Vastauksia pyydettiin 30 opiskelijan luokalta ensin Moodle-alustalle liitetyn tervehdyksen avulla sekä myöhemmin luokalle lähetetyllä sähköpostilla. Opiskelijoita motivoitiin vastaamaan pienen herkkupalkinnon avulla, joka olisi jaettu koko luokalle aiheeseen liittyvien lähiovetustuntien aikana. Alkuun vastauksia kertyi kuusi kappaletta, ja sähköpostimuistutuksen myötä yhteensä 11. Tavoitteena oli saada vastauksia vähintään 50 % koko luokasta, tämä tavoite kuitenkin jäi aikataulun puitteissa saavuttamatta.

Arvioinnin pohjana toimivat palautekyselyn kysymykset (liite 1), joilla kartoitettiin, kokivatko opiskelijat tietotestin syventäneen heidän osaamistaan palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan kokonaisvaltaisesta oirehoidosta. Vastusvaihtoehtoina käytettiin janakysymyksiä, joissa vastaajat asettuivat sen mukaan, olivatko samaa vai eri mieltä. Palautekyselyssä oli myös monivalintakysymyksiä, valitse oikeat vaihtoehdot -tyyppisiä kysymyksiä sekä kyselyn lopussa vielä kaksi palautelaatikkoa. Näiden kysymysten avulla opiskelijat arvioivat informatiivista tietotestiamme. Palautekyselyssä kartoitettiin opiskelijoiden kokemuksia testin käytettävyydestä, selkeydestä ja oppimisen kannalta merkittävistä asioista. Tavoitteiden saavuttamista arvioitiin palautekyselyn lisäksi ohjaavien opettajien vapaalla palautteella. Osana tavoitteiden saavuttamisen arvioimista käytettiin opinnäytetyön arviointikriteerejä. Arvioinnissa hyödynnettiin pyydettyä opiskelijapalautetta valmiin tuotoksen pohjalta sekä opinnäytetyön vertaisarviointia.

Palautekyselyssä kysyttiin testin ominaisuuksista ja käyttökokemuksesta sekä hyödyllisyydestä. Haluttiin erityisesti tietää, kokivatko opiskelijat testin positiivisena osana omaa opiskeluaan ja mitkä ominaisuudet testissä on koettu opiskelijoiden toimesta hyödylliseksi. Palautetta pyydettiin myös siitä, mitkä osa-alueet testistä koettiin käytännöllisiksi, sekä lisäsiikö testi opiskelijoiden tietotaitoa. Palautekyselyn kautta oltiin kiinnostuneita ottamaan selvää, onnistuiko testi havainnollistamaan ja konkretisoimaan palliatiivista hoitoa saavan potilaan oirehoidon pääpiirteet testiin. Palautekyselyn kysymykset ovat nähtävillä työn liitteissä (liite 1).

Vastaajien mukaan suurin osa heistä piti testin ulkoasua selkeänä, kysymyksiä helposti ymmärrettävinä ja tehtäväkohtaisia lisäinfoja hyödyllisinä. Kaikki vastanneet pitivät kysymyksiä riittävän haasteellisina, jonka lisäksi suurin osa vastanneista oppi tietotestin kautta jotain uutta palliatiivisesta oirehoidosta tai saattohoidosta. Tämän lisäksi 67 % vastanneista koki saaneensa jonkin verran ja 27 % huomattavasti käytännöntaitoja palliatiivista hoitoa saavan potilaan tai tämän omaisen kohtaamiseen. Testikokonaisuutta monipuolisena piti lähes kaikki, 91 % vastanneista ja 64 % koki saaneensa paremman käsityksen oman osaamisen tasosta koskien palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan oirehoitoa.

Vastanneista opiskelijoista testiä piti informatiivisena 82 % ja käytäntöön sovellettavana 73 % sekä 55 % piti testiä pohdintaa lisäävänä ja koki testin kasvattaneen omaa kiinnostusta palliatiivista oirehoitoa kohtaan. Palautekyselyn lopuksi kysimme vapaata palautetta, näistä palautteista suurin osa oli positiivista. Muutamia asettelua ja tehtävien luonnetta koskevia rakentaviakin palautteita saimme. Vastausten mukaan opiskelijat olivat mielissään tällaisesta oppimista tukevasta ja erilaisesta työkalusta, jossa on konkreettisella tavalla tuotu käyttöön iso määrä teoretietoa. Osalle opiskelijoista testi oli hyödyllinen työkalu testata omaa osaamista ja teorian omaksumista teoriaopintojen jälkeen.

Palautekyselyn loppuun jätettiin kaksi avointa vastauslaatikkoa palautteelle, joiden kautta kerättiin vastauksia siitä, millaisena kokonaisuutena opiskelijat kokivat testin oppimismielessä. Toiseen vastauslaatikkoon pyydettiin kehitys- ja korjausehdotuksia testin ulkoasuun tai esimerkiksi teknisiin ominaisuuksiin liittyen. Alla muutamia suoria lainauksia testin saamista palautteista ja kehittämis-ehdotuksista.

”Hyvä testi jossa sai tiukassa paketissa ison määrän tietoa”

”Ihan hyvä työkalu oppimisen kannalta. Hyvää informaatiota, Hyvä te!”

”Muutamassa kohdassa missä piti siirtää palkkeja, olisi oikeat vastaukset oppimisen kannalta ollut hyödyllisiä :D Enempi näitä alustoille jotta oppii :D”

”Yhdistelytehtävän ulkoasu oli hieman outo. Kun vastauksia siirteli palikoiden päälle niin tekstit peittyi ja se hankaloitti tehtävän tekemistä. Täydennettävien tekstien tekstipätkät oli mielestäni hieman liian pitkiä. Näissä olisi myös aina hyvä jos sanat olisi perusmuodossa niin ei pystyisi sen perusteella päättämään mihin mikäkin sana tulee”

”Hyvä oli ja oppimista tukeva, nuita testejä saisi olla lisää näillä alustoilla, että voi testata osaamista. Oppii eniten niiden kautta. Suurkiitokset!!”

Kokonaisuudessa työryhmässä olimme palautteeseen tyytyväisiä. Palautteet otettiin kiitollisina vastaan ja työryhmän kesken käytiin läpi kehitysehdotuksia ja arvioitiin testin korjaamisen tarpeen. Päätettiin, että testiä ei ole tarpeen muokata. Oli erittäin hienoa kuulla opiskelijoiden hyötynneen testistä, joka kävi ilmi saadusta palautteesta. Menetelmän koki hyödylliseksi useat opiskelijat, jotka myös vapaassa palautteissa toivoivat entistä enemmän testejä opiskelutyökaluiksi.

Opinnäytetyön virallinen arviointi toteutettiin Oulun ammattikorkeakoulun arviointisäännön mukaan arvioivien opettajien toimesta. Lisäksi kukin opiskelija täytti itsearvioinnin, tarkistaen opinnäytetyön kuvailutiedot sekä arviointikriteerit arviointimatriisin pohjalta. Opettajien arvioinnin sekä itsearvioinnin lisäksi työemme arvioitiin toisten opiskelijoiden muodostaman ryhmän toimesta. Projektista raportoimme kirjallisesti Oulun ammattikorkeakoululle. Opinnäytetyö dokumentoitiin ohjeiden mukaisesti, arvioitiin työprosessina ja pyydetiin palautetta opinnäytetyöstä toimeksiantajalta. Kun ohjaavalta opettajalta oli saatu hyväksyntä kirjallisesta tuotoksesta, työ syötettiin Urkundiin sekä Theseukseen, jonka lisäksi opiskelijat toteuttivat maturiteetin.

8 POHDINTA

Onnistuimme tarkoituksen mukaisesti pohjaamaan luomamme tietotestin opiskelijoiden käyttämiin ennakkomateriaaleihin ja kokoamaamme tutkittuun tietoon. Tietotestiin tarvittavan tiedon kaasaaminen oli työlästä, sillä tietoa oli saatavilla paljon. Hyvä pohjatyö kuitenkin helpotti itse testin tekemistä. Koostimme tarvittavan teoriapohjan luotettavista ja monipuolisista lähteistä kuten lääketieteellisistä julkaisuista ja Käypä hoito -suosituksista. Opinnäytetyösuorituksen lisäksi saimme toteutettua palautteidenkin mukaan toimivan, helppokäyttöisen ja informatiivisen tietotestin. Suurin osa palautekyselyyn vastanneista koki saaneensa paremmat valmiudet palliatiivisen potilaan sekä omaisten kohtaamiseen testin myötä. Opiskelijat myös kokivat testin olevan tehokas työkalu oman osaamisen arviointiin. Kolmen hengen ryhmätynä toteutettu opinnäytetyö vaati työnjakoa sekä aikataulujen yhteensovittamista. Projektimme pysyi suunnitellussa aikataulussa koko projektin ajan. Olimme projektin aikana aktiivisesti yhteydessä toisiimme, jotta pysyimme tietoisina opinnäytetyömme vaiheista. Tietotestiä voidaan tulevaisuudessa hyödyntää niin, että tulevaisuudessa työharjoitteluissa ja työelämään siirtyvillä opiskelijoilla olisi kattavasti tietoa palliatiivista hoitoa saavan potilaan kokonaisvaltaisesta oirehoidosta. Informatiivinen tietotestimme jää yhdeksi osaksi palliatiivisen hoitotyön opiskelupakettia Oulun ammattikorkeakoululle.

H5P ja sen sisältämät työkalut eivät olleet kenellekään ryhmän jäsenille entuudestaan tuttuja. Toisella ohjaavista opettajista oli kokemusta H5P:n käytöstä ja saimmekin hyviä vinkkejä testin tekemiseen. Internetistä löytyi myös paljon ohjeita ja videoita HP5-työkalujen käytöstä. Kuitenkin ryhmän jäsenten tietotekniset taidot olivat rajallisia ja H5P-työkalujen käyttöön ei ajan puitteissa ehtinyt kuin pintapuolisesti perehtyä. Mikäli ryhmässä olisi ollut jäsen, joka olisi omannut paremmat tietotekniset taidot tai joku, jolle H5P-työkalut olisivat ennestään olleet tuttuja, olisi työkaluista saanut varmasti paljon enemmän irti. Tulevaisuudessa testiä voisi kehittää ominaisuuksiltaan ja toiminnoiltaan vielä monipuolisemmaksi ja mielenkiintoisemmaksi.

Omien kokemuksiemme mukaan ammattikorkeakouluopinnot sisältävät paljon itsenäistä opiskelua ja yhä enemmän opiskelu tapahtuu verkossa ja vaatii opiskelijoilta oma-aloitteisuutta. Opiskelijoilla voi olla erilaisia oppimistyyplejä, jotkut ovat auditiivisia oppijoita eli he omaksuvat asiat parhaiten kuuntelemalla, kun taas toiset oppivat näköaistin avulla, joten he ovat visuaalisia oppijoita. Taktiilliset oppijat oppivat parhaiten tuntoaistin avulla, kuten vaikka itse kirjoittamalla tai käsin tekemällä ja kineettiset oppijat oppivat aktiviteettien kautta esimerkiksi osallistumalla simulaatioharjoitukseen.

(Anderson 2016.) Verkossa tapahtuva opiskelu palvelee huonosti kineettisiä ja taktiilisia oppijoita. Tietotestiä tai sen sisältämää tietoa voisi tulevaisuudessa kehittää siihen suuntaan, että se tukisi mahdollisimman hyvin kaikkia eri oppimistyyliä. Anderson (2016) toteaa artikkelissaan, että joidenkin tutkimusten mukaan yhden oppimistyylin mukaan työskentely yhdistettynä vain yhteen opetustyyliin voi johtaa siihen, että opiskelijat tylsistyvät ja heidän keskittymisensä herpaantuu. On siis oppimisen kannalta tärkeää, että opinnot sisältävät paljon erilaisia opetusmenetelmiä ja olisivat mahdollisimman hyvin eri oppimistyyliä tukevia ja ovat sopivasti haasteliasta, jotta opiskelijan mielenkiinto opiskeluun pysyy yllä. Jo tietotestin palautteissakin tuli ilmi, että opiskelijat kaipaavat enemmän tekemämme tietotestin kaltaista erilaista opiskelumateriaalia oppimisen tueksi.

On olemassa näyttöä, joka osoittaa, että liian myöhään aloitettu potilaan oireenmukainen hoito saattaa lisätä potilaan kärsimyksiä ja jopa joissakin tapauksissa johtaa ennen aikaiseen kuolemaan (Hänninen & Rahko 2013). Yhteiskunnallisesta näkökulmasta tarkastellessa eurooppalaiset tutkimukset ovat todistaneet elämän loppuvaiheen kustannukset huomattavan korkeiksi. Suomessa kuollaan pääasiallisesti sairaaloissa ja näin ollen sairaalahoidon muodostaa suuren osan terveydenhuollon kustannuksista elämän loppuvaiheessa. Saarron ja Lehdon (2019) artikkelissa kerrotaan että, yhdysvaltalainen tutkimus on myös löytänyt yhteyden ajoissa aloitetun oireenmukaisen hoidon sekä vähentyneen sairaalahoidon tarpeen välillä, kun tarkastellaan elämän loppuvaiheen hoitoa. Tutkittuun tietoon perustuen oikeanlainen ja oikeaan aikaan aloitettu palliatiivinen oirehoito vähentää elämän loppuvaiheessa potilaalle aiheutuvia kärsimyksiä sekä siitä koituvia kustannuksia yhteiskuntatasolla. Voidaan siis todeta, että panostamalla tulevaisuuden hoitotyön ammattilaisten koulutukseen palliatiivisen hoitotyön alueella, tulevaisuudessa on mahdollista tehdä suuria yhteiskuntatason säästöjä sekä helpottaa yksilötasolla potilaan elämän loppuvaihetta.

LÄHTEET

Aalto, Lea & Rajala, Kaisa 2011. Ohje jatkuvan ihonalaisen lääkeannostelijan (ns. kipupumppu) käyttöön perusterveydenhuollon vuodeosastoja varten. Hakupäivä 31.5.2021. <https://www.ksshp.fi/Elamanloppuvaiheenhoito/Laakeannostelijaohje2012.pdf>.

Anderson, Irene 2016. Identifying different learning styles to enhance the learning experience. *Nursing Standard* 31 (7), 53–61.

Anttonen, Anu & Mäkelä, Siru 2015. Palliatiivinen sädehoito. Teoksessa *Palliatiivinen hoito*. (toim. Tiina Saarto, Juha Hänninen, Riitta Antikainen & Anneli Vainio). 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 387–390.

Hagelberg, Nora & Finne-Soveri, Harriet 2015. Muistisairaahan potilaan kivun tunnistaminen. Teoksessa *Palliatiivinen hoito*. (toim. Tiina Saarto, Juha Hänninen, Riitta Antikainen & Anneli Vainio). 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 82–83.

Heiskanen, Tarja 2015. Kivun hoito palliatiivisella potilaalla. Teoksessa *Palliatiivinen hoito*. (toim. Tiina Saarto, Juha Hänninen, Riitta Antikainen & Anneli Vainio). 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 55.

Heiskanen, Tarja, Hamunen, Katri & Hirvonen, Outi 2013. Kipu palliatiivisessa hoidossa. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 129 (4), 385–92.

Hietanen, Päivi 2015. Sanallinen ja sanaton viestintä. Teoksessa *Palliatiivinen hoito*. (toim. Tiina Saarto, Juha Hänninen, Riitta Antikainen & Anneli Vainio). 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 244.

Hillilä, Markku 2015. Ummetus. Teoksessa *Palliatiivinen hoito*. (toim. Tiina Saarto, Juha Hänninen, Riitta Antikainen & Anneli Vainio). 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 143.

Huttunen, Jussi 2013. Hyvä hoito kuoleman lähestyessä. Kolumni. *Terveyskirjasto. Duodecim*. Hakupäivä 22.5.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi/kol00220>.

Hänninen, Juha 2015a. Oireiden hoito palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa Palliatiivinen hoito. (toim. Tiina Saarto, Juha Hänninen, Riitta Antikainen & Anneli Vainio). 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 32–34, 55.

Hänninen Juha 2015b. Saattohoito-opas. Potilaan ja omaisen opas. 14. Uudistettu painos. Helsinki: Sahalan Kirjapaino Oy. Hakupäivä 20.4.2021. <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/frantic/syopa-kaikkisyovasta/Saattohoito-opas-14.-uudistettu-painos-2015.pdf>.

Hänninen, Juha & Rahko, Eeva 2013. Oireiden hoito elämän loppuvaiheessa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 129 (4), 433–439.

Idman, Irja. 2015. Psykososiaalinen tuki ja psyykkisten oireiden hoito syöpäpotilailla. Teoksessa Palliatiivinen hoito. (toim. Tiina Saarto, Juha Hänninen, Riitta Antikainen & Anneli Vainio). 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 219–220.

Kettunen, Sami 2009. Onnistu projektissa. 2. uudistettu painos. Juva: WS Bookwell Oy.

Kipu: Käypä hoito –suositus 2017. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Hakupäivä 22.5.2021. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103#s21>.

Korhonen Tarja & Poukka Paula 2013. Kuolevan potilaan hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, 129 (4), 440–5.

Koulutus.fi. Hakupäivä 29.4.2021. Pomodoro on kokeilemisen arvoinen ajanhallintamenetelmä. <https://www.koulutus.fi/artikkelit/pomodoro-tekniikka-on-toimiva-ajanhallintamenetelma-17172>.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Hakupäivä 17.5.2021. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Lehto, Juho & Pöyhiä, Reino 2015. Hengenahdistus. Teoksessa Palliatiivinen hoito. (toim. Tiina Saarto, Juha Hänninen, Riitta Antikainen & Anneli Vainio). 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 92–96.

Lehto, Juho, Anttonen, Anu & Sihvo, Eero 2013. Hengenahdistuksen ja muiden hengitystieoireiden palliatiivinen hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 129 (4), 395–402.

Lehto, Juho, Marjamäki, Elisa & Saarto, Tiina 2019. Elämän lopunvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 135 (4), 335–342.

Löfström, Erika, Kanerva, Kaisa, Tuuttila, Leena, Lehtinen, Anu & Nevgi, Anne 2010. Laadukkaasti verkossa – Verkko-opetuksen käsikirja yliopisto-opettajalle. Helsinki: Yliopistopaino. Hakupäivä 22.4.2021. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/23899/hallinnon_julkaisu_71_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Marjamäki, Elisa 2015. Lääkeannostelija (PCA). Teoksessa Palliatiivinen hoito. (toim. Tiina Saarto, Juha Hänninen, Riitta Antikainen & Anneli Vainio). 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 313–314.

Moodle 2021. H5P. Hakupäivä 15.5.2021. <https://docs.moodle.org/3x/fi/H5P>.

Mäkitalo, Eino & Wallinheimo Kirsi 2012. Virtuaaliset ympäristöt - Innostava oppiminen, tehokas koulutus. Helsinki: Talentum.

Opetushallitus ja tekijät 2006. Verkko-oppimateriaalin laatukriteerit. Työryhmän raportti. Moniste 1/2006. Helsinki. Hakupäivä 22.4.2021. <http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/TIES462/Materiaalit/laatukriteerit.pdf>.

Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Hakupäivä 21.5.2021. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>.

Palliatiivisen koulutuksen kehittäminen. 2017. Palliatiivisen koulutuksen kehittäminen. Hakupäivä 20.4.2021. <https://www.palliatiivisenkoulutuksenkehittaminen.fi/organisaatio/>.

Rahko, Eeva & Koskela, Ritva 2015. Pahoinvointi ja oksentelu. Teoksessa Palliatiivinen hoito. (toim. Tiina Saarto, Juha Hänninen, Riitta Antikainen & Anneli Vainio). 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 132–142.

Rahko, Eeva & Koskela, Ritva 2018. Pahoinvointi ja oksentelu. Teoksessa Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. (toim. Tiina Saarto, Juha Hänninen, Riitta Antikainen & Anneli Vainio). 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 55.

Ruuska, Kai 2005. Pidä projekti hallinnassa – suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. 5. uudistettu painos. Tampere: Tammer-Paino Oy

Saarni, Samuli 2015. Lääkärin etiikan peruseriaatteita. Teoksessa Palliatiivinen hoito. (toim. Tiina Saarto, Juha Hänninen, Riitta Antikainen & Anneli Vainio). 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 603–604.

Saarnio, Juha, Pohju, Anne & Ahtola, Heikki 2014. Enteraalisen ravitsemuksen aiheet ja toteuttaminen. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 130 (21), 2239–2244.

Saarto, Tiina 2015a. Mitä on palliatiivinen hoito? Teoksessa Palliatiivinen hoito. (toim. Tiina Saarto, Juha Hänninen, Riitta Antikainen & Anneli Vainio). 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 9–29.

Saarto, Tiina 2015b. Nielemisvaikeus. Teoksessa Palliatiivinen hoito. (toim. Tiina Saarto, Juha Hänninen, Riitta Antikainen & Anneli Vainio). 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 115.

Saarto, Tiina & Lehto, Juho 2019. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Suomessa – kolmiportainen malli. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 135 (6), 535–541.

Salminen, Paulina & Huhtinen, Heikki 2008. Maha-suolikanavan stentit. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, 124 (12), 1411–7.

Silfverberg, Paul 2007. Ideasta projektiksi, projektin vetäjän käsikirja. Hakupäivä 22.4.2021 http://www.rakennerahastot.fi/vanhat_sivut/rakennerahastot/tiedostot/esr_julkaisut_2000_2006/esitteet_ja_oppaat/oppaat/01_projektinvetajan_opas.pdf.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatukriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44. Helsinki. Hakupäivä 15.5.2021. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliatiivisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%c3%a4rjest%c3%a4minen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019a. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa – Alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:14. Helsinki. Hakupäivä 20.4.2021. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R_14_19_Palliatiivisen_hoidon_ja_saattohoidon_tila.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2019b. Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:14. Helsinki. Hakupäivä 21.5.2021. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161946/STM_2019_68_Rap.pdf.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2021. Terveydenhuollon maksukatto. Hakupäivä 23.5.2021. <https://stm.fi/terveydenhuollon-maksukatto>.

Styrman, Tuula & Tornainen Marika 2018. Kunnioittavan kosketuksen käsikirja. Ammatillinen kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Suomen evankelis-luterilainen kirkko. Sairaalapappi tukee sairaalassa. Hakupäivä 21.5.2021. <https://evl.fi/apua-ja-tukea/suru-kriisi/sairaalapappi-kulkee-vierellasi-kun-olet-sairas>.

Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry 2017. Mitä kipu on? Hakupäivä 22.5.2021. <https://www.skty.org/@Bin/171512/Mit%C3%A4+kipu+on.+Perustietoa+kivusta+kaikille.pdf>.

Suomen lääkäriliitto 2021. Lääkärin etiikka. Saattohoito. Hakupäivä 11.5.2021. <https://www.laakariliitto.fi/laakarin-etiikka/elaman-loppu/saattohoito/>.

Tahko Sirpa 2018. Potilaan lääkärilehti. Hyödyllistä kivunhoitoa. Hakupäivä 22.5.2021. <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/potilaan-aani/hyodyyllista-kivunhoitoa/>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020. Palliatiivisen hoidon järjestäminen. Hakupäivä 14.5.2021. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/palliatiivisen-hoidon-jarjestaminen>.

Terveyskylä 2020. Hoidon rajaukset. Hakupäivä 17.5.2021. <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/hoidon-rajaukset>.

Terveyskylä 2018a. Hoidon suunnittelu. Hakupäivä 17.5.2021. <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/hoidon-suunnittelu>.

Terveyskylä 2018b. Lääkkeetön kivunhoito. Hakupäivä 20.5.2021. <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/sy%C3%B6p%C3%A4kipu/sy%C3%B6p%C3%A4kivunhoito/l%C3%A4%C3%A4kkeet%C3%B6n-kivunhoito>.


Terveyskylä 2018c. Sosiaalinen tuki. Hakupäivä 23.5.2021. <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/tukea/sosiaalinen-tuki>.

Terveyskylä 2019a. Mitä palliatiivinen hoito on? Hakupäivä 17.5.2021. <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/mit%C3%A4-palliatiivinen-hoito-on>.

Veazey Brooks, Joanna, Poague, Claire, Formagini, Taynara, Sinclair, Cristian T. & Nelson-Brantley Heather V. 2019. The Role of a Symptom Assessment Tool in Shaping Patient-Physician Communication in Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management* 59 (1), 30–38.

Vilkka, Hanna & Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Worldwide Palliative Care Alliance 2020. Global Atlas of Palliative Care. Hakupäivä 4.5.2021. <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>.



Palautekysely opinnäytetyönä tehdystä informatiivisesta oppimistestistä koskien palliatiivisen potilaan oirehoitoa

1. Testin ulkoasu oli selkeä ja helpolukuinen

0 10
 Täysin eri mieltä Täysin samaa mieltä
 En osaa sanoa

2. Testin kysymykset oli helposti ymmärrettävässä muodossa

0 10
 Täysin eri mieltä Täysin samaa mieltä
 En osaa sanoa

3. Testin pituudesta ja tekoajasta

Olisin voinut tehdä testiä pidempäänkin
 Testin tekeminen eteni verkkaisesti
 Sopivan mittainen
 Kysymyksiä oli liikaa

4. Testin kysymykset olivat mielestäni

Liian helppoja
 Riittävän haasteellisia
 Todella vaikeita

5. Testin avulla opin uutta palliatiivisen potilaan oirehoidosta

0 10
 Täysin eri mieltä Täysin samaa mieltä
 En osaa sanoa

6. Koen, että testi antoi minulle välineitä käytäntöön, palliatiivisen potilaan ja tämän omaisen kohtaamiseen

Ei yhtään
 Vähän
 Jonkin verran
 Huomattavasti

7. Testi selkeytti minulle palliatiivisen hoitotyön oirehoitoa ja sen eri osa-alueita

Ei yhtään
 Vähän
 Jonkin verran
 Huomattavasti

8. Testin tehtäväkohtaiset lisäinfot olivat hyödyllisiä

0 10
 Täysin eri mieltä Täysin samaa mieltä
 En osaa sanoa

9. Sain testin avulla käsitksen oman osaamiseni tasosta koskien palliatiivisen potilaan oirehoitoa

Kyllä
 Jotenkuten
 En

10. Testi oli mielestäni kokonaisuutena monipuolinen

Kyllä
 Monipuolinen, mutta jotain jäi puuttumaan (halutessasi voit kertoa tarkemmin).
 Ei, miksi ei?

11. Testi tuki oppimistani hyödyllisenä oppimistyökaluna

0 10
 Täysin eri mieltä Täysin samaa mieltä

12. Viihdytkö testimme parissa?

Kyllä
 En
 Joiltain osin (kerro halutessasi tarkemmin)

13. Testiä mielestäni kuvaa

Pohdintaa lisäävä
 Lisäsi omaa mielenkiintoani aiheetta palliatiivisen potilaan oirehoito kohtaan
 Yksipuolinen
 Innovatiivinen (uudenlaisia menetelmiä hyödyntävä)
 Perinteinen
 Informatiivinen
 Helposti käytäntöön sovellettava kokonaisuus
 En koe hyötyä käytäntöön
 Jokin muu, mikä?

14. Pyytäisimme vielä palautetta testistä, millaisena kokonaisuutena koit testin oppimistyökaluna? Sana on vapaa!

15. Lopuksi voit antaa palautetta opetustestin tekijöille, kehitys/korjausehdotuksia tms!