

**Terveydenhuollon ammattilaisten asenteet ja
uskomukset kroonista sydämen vajaatoimintaa
sairastavan potilaan palliatiivisesta hoidosta ja
hoitoon siirtymisessä**

Hoitotiede
pro gradu -tutkimus

Laatija:
Tanja Valkonen

4.4.2026
Turku

Pro gradu -tutkimus

Tutkinto-ohjelma, oppiaine: Hoitotiede

Tekijä: Tanja Valkonen

Otsikko: Terveysthuollon ammattilaisten asenteet ja uskomukset kroonista sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan palliatiivisesta hoidosta ja hoitoon siirtymisessä

Ohjaaja: Professori Riitta Suhonen

Sivumäärä: 36 sivua, 3 liitettä

Päivämäärä: 9.4.2026

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata terveydenhuollon ammattilaisten asenteita ja uskomuksia kroonista sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden palliatiiviseen hoitoon, ennakoivaan hoitosuunnitelmaan sekä palliatiiviseen hoitoon siirtämiseen. Tutkimus toteutettiin kuvailevana poikkileikkaustutkimuksena kahdella hyvinvointialueella. Aineisto kerättiin sähköisellä Webropol-kyselyllä käyttämällä Singh ym. (2021) muokkaamaa mittaria, joka käännettiin suomen kielelle kaksoiskäännösmenetelmällä ja esitettiin sisällöllisen validiteetin varmistamiseksi. Aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin ja Mann–Whitney U -testillä.

Tutkimukseen osallistui 52 terveydenhuollon ammattilaista, joista 12 oli lääkäreitä ja 40 muita terveydenhuollon ammattilaisia. Tulokset antoivat viitteitä siitä, että vastaajilla oli pääosin myönteinen suhtautuminen palliatiiviseen hoitoon ja sen varhaiseen puheeksi ottoon kroonista sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden kanssa. Keskustelut ennusteesta, kuolemasta ja elämänlaadusta koettiin melko luonteviksi, ja ennakoivaa hoitosuunnitelmaa pidettiin selkeästi potilaan hoitoa, päätöksentekoa ja hoidon jatkuvuutta tukevana. Oireidenhallinnan toteuttaminen koettiin luontevaksi, kun taas emotionaalisen tuen tarjoaminen nähtiin hieman haastavampana, erityisesti lääkäreiden keskuudessa.

Palliatiiviseen hoitoon siirtäminen nähtiin ajankohtaiseksi vasta oireiden selvästi edettyä (NYHA III–IV), mikä viittaa siihen, että palliatiivisen hoidon varhainen integrointi ei ole vielä vakiintunut käytäntö. Ammattiryhmien välillä havaittiin joitakin tilastollisesti merkitseviä eroja, erityisesti epäonnistumisen tunteissa ja palliatiiviseen hoitoon siirtämisen ajankohdassa. Palvelun nimikkeillä ei ollut suurta vaikutusta hoitoon siirtämiseen, mutta ”palliatiivisen hoidon” koettiin heikentävän toivoa useammin kuin neutraalimpana pidetyn ”tukihoidon”.

Tutkimuksen tulokset korostavat tarvetta vahvistaa palliatiivisen hoidon varhaista ja systemaattista käyttöönottoa sydämen vajaatoiminnan hoidossa sekä kehittää ammattilaisten valmiuksia ja yhtenäisiä toimintamalleja. Näitä tuloksia voidaan hyödyntää palliatiivisen hoidon koulutuksen, hoitokäytäntöjen ja palvelurakenteiden kehittämisessä.

Avainsanat: sydämen vajaatoiminta, palliatiivinen hoito, ennakoiva hoitosuunnitelma, terveydenhuollon ammattilaiset, asenteet, uskomukset

Master's thesis

Academic subject: Nursing science

Author: Tanja Valkonen

Title: Healthcare professionals' attitudes and beliefs regarding palliative care, advance care planning and referral to specialist palliative care for patients with chronic heart failure

Supervisor: Professor Riitta Suhonen

Number of pages: 36 pages, 3 appendices

Date: 9.4.2026

The purpose of this master's thesis was to describe healthcare professionals' attitudes and beliefs regarding palliative care, advance care planning, and referral to palliative care for patients with chronic heart failure. The study was conducted as a descriptive cross-sectional survey in two Finnish wellbeing services counties. Data were collected through an electronic Webropol questionnaire using an instrument adapted by Singh et al. (2021), which was translated into Finnish using a forward-backward translation procedure and pre-tested to ensure content validity. The data were analyzed using descriptive statistical methods and the Mann-Whitney U -test.

A total of 52 healthcare professionals participated in the study, including 12 physicians and 40 other healthcare professionals. The findings indicated that respondents generally held positive attitudes toward palliative care and its early introduction in conversations with patients with chronic heart failure. Discussions about prognosis, death, and quality of life were perceived as fairly natural, and advance care planning was clearly regarded as supporting patient care, decision-making, and continuity of care. Providing symptom management was considered natural, whereas offering emotional support was viewed as somewhat more challenging, particularly among physicians.

Referral to palliative care was considered appropriate mainly after symptoms had clearly progressed (NYHA III-IV), suggesting that early integration of palliative care is not yet an established practice. Some statistically significant differences were observed between professional groups, particularly regarding feelings of failure and the timing of referral. The terminology used for services did not substantially influence referral decisions, although the term "palliative care" was more often associated with diminished hope than the more neutral term "supportive care."

The findings highlight the need to strengthen the early and systematic integration of palliative care in the management of chronic heart failure and to further develop healthcare professionals' competencies and unified care pathways. These results can support the development of palliative care education, clinical practices, and service structures.

Keywords: heart failure, palliative care, advance care planning, healthcare professionals, attitudes, beliefs

Sisällysluettelo

1	Johdanto	6
2	Tutkimuksen tausta	8
2.1	Sydämen vajaatoiminta	8
2.2	Palliatiivinen hoito	9
2.3	Terveystieteiden ammattilaisten asenteet ja uskomukset	10
3	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	13
4	Tutkimuksen empiirinen toteutus	14
4.1	Tutkimusasetelma	14
4.2	Tutkimuksen kohderyhmä ja tutkittavien valinta	14
4.2.1	Kohderyhmä ja otos	14
4.2.2	Tutkimukseen osallistujien rekrytointi	15
4.3	Aineiston keruumenetelmä ja aineiston keruu	15
4.3.1	Instrumentin kuvaus	15
4.3.2	Mittarin kääntäminen	17
4.3.3	Instrumentin esitestaus	18
4.3.4	Aineistonkeruu	18
4.4	Aineiston analysointi	19
5	Tutkimus tulokset	20
5.1	Taustatiedot	20
5.2	Asenteet elämän loppuvaiheen hoitoa ja ennakoivaa hoitosuunnitelmaa kohtaan	21
5.2.1	Asenteet palliatiiviseen hoitoon, ennakoivaan hoitosuunnitelmaan sekä palliatiiviseen hoitoon siirtämiseen	21
5.2.2	Uskomukset sydämen palliatiiviseen hoitoon, ennakoivaan hoitosuunnitelmaan sekä palliatiiviseen hoitoon siirtämiseen	22
5.2.3	Vastaajien taustamuuttujien yhteys asenteisiin sydämen vajaatoimintapotilaan palliatiivisessa hoidossa, ennakoivaan hoitosuunnitelmaan teossa sekä palliatiiviseen hoitoon siirtämisessä	22
5.3	Potilaan siirtäminen palliatiivisen erikoislääkärin vastaanotolle	24
5.4	Potilaiden siirtäminen palliatiivisen hoidon erikoislääkärille ammatti taustamuuttujan perusteella	26

5.5	Palvelun nimen ”palliativinen hoito” ja ”tukihoito” vaikutus palliativisen hoitoon siirtämiseen	27
6	Pohdinta	28
6.1	Tutkimustulosten tarkastelu	29
6.2	Tutkimuksen luotettavuus	33
6.3	Tutkimuksen eettisyys	34
7	Johtopäätökset	36
	Lähteet	37
	Liitteet	43
	Liite 1. Tiedote tutkimuksesta	43
	Liite 2. Tutkittavan suostumus	45
	Liite 3. Kategoriset muuttujat	46

1 Johdanto

Terveydenhuollon ammattilaisten asenteet ja uskomukset sekä tiedolliset valmiudet vaikuttavat siihen, milloin palliatiivinen hoito otetaan puheeksi potilaan kanssa ja milloin potilas siirretään palliatiiviseen hoitoon. Tämä tutkimus kohdistuu terveydenhuollon ammattilaisten asenteisiin ja uskomuksiin sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan palliatiivisen hoidon aloitukseen sekä hoitolinjauksen tekemiseen. Aiheen tutkiminen on tärkeää, jotta terveydenhuollossa voidaan tunnistaa palliatiivisen hoidon toteutumista estäviä tekijöitä ja kehittää toimintamalleja, jotka tukevat oikea-aikaista ja potilaan arvojen mukaista hoitoa.

Sydän- ja verisuonisairaudet, kuten sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta sekä aivoverenkiertohäiriöt, yleistyvät ihmisen ikääntyessä ollen Suomessa sekä muualla maailmassa johtavin kuolinsyy (World Health Organization, 2023). Suomessa 10 prosenttia yli 70-vuotiaista sairastaa sydämen vajaatoimintaa, keski-ään ollessa lähellä 75-vuotta. Sydämen vajaatoiminta on yhä parantumaton ja etenevä sairaus, ja vaikka hoitotulokset ovat viime vuosina kohentuneet lääkehoidon kehittymisen ansiosta (Metra ym., 2025.), on ennuste edelleen heikko erityisesti iäkkäillä potilailla. Sydämen vajaatoiminta diagnoosin saaneista potilaista lähes 50 % menehtyy seuraavan viiden vuoden kuluessa diagnoosin saamisesta. Sydämen vajaatoiminnan kroonistuessa ja aktiivisen hoidon tehon heikentyessä potilaan loppuelämän elämänlaatua tulisi parantaa oireenmukaisella eli palliatiivisella hoidolla, sillä sairauden edetessä oireiden paheneminen heikentää merkittävästi potilaan toimintakykyä, arjessa selviytymistä ja kokonaisvaltaista vointia. (Blum ym., 2023; Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus, 2023.)

Vuonna 2024 Suomessa kirjattiin 58 267 kuolemantapausta, joista syöpäsairauksien osuus oli 24 % (13722) ja sydän- ja verisuonisairauksien osuus 32 % (18376). Sydänsairauksiin liittyvien kuolemien osuus oli 16 % (9377) kaikista kuolemantapauksista. (Suomen virallinen tilasto, 2025.) Vaikka sydän- ja verisuonisairauksiin menehtyy vuosittain Suomessa ja maailmalla enemmän potilaita kuin syöpäsairauksiin, on syöpäpotilaiden siirtyminen palliatiivisen hoidon piiriin luontevampaa kuin sydän- ja verisuonisairauksista kärsivien potilaiden. (Ziehm ym., 2016.) Sydämen vajaatoiminnan luonteeseen kuuluva sairauden etenemisen ennustamisen epävarmuus ja oireiden vaihtelevuus vaikeuttavat oikea-aikaisen palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamista. Tämän seurauksena potilaat siirtyvät palliatiivisen hoidon piiriin yleensä myöhemmässä vaiheessa kuin syöpäpotilaat, joiden sairauden

eteneminen on useammin paremmin ennakoitavissa. (Godfrey ym., 2023; McClung ym., 2024.)

Palliativisen hoidon tarve tiedostetaan sydämen vajaatoiminnan hoidossa maailmanlaajuisesti (Blum ym., 2023; Godfrey ym., 2023; McClung ym., 2024). Suomessa ja kansainvälisissä sydämen vajaatoiminnan hoitosuosituksissa suositellaan ottamaan palliativinen hoito puheeksi sairauden varhaisessa vaiheessa ja ennakoivan hoitosuunnitelman laatimista yhdessä potilaan ja hänen lähiomaistensa kanssa (Blum ym., 2023; Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus, 2023). Hoitosuosituksista huolimatta maailmanlaajuisesti vain 14 % sydänpotilaista saa palliativista hoitoa elämänsä loppuvaiheessa (Godfrey ym., 2023; McClung ym., 2024).

Suomessa ei tiettävästi ole tehty tutkimusta sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden hoitoon osallistuvien terveydenhuollon ammattilaisten asenteista ja uskomuksista palliativisen hoidon, palliativiseen hoitoon siirtymisen sekä ennakoivien hoitosuunnitelmien laatimisen osalta. Terveydenhuollon ammattilaisten asenteiden ja uskomusten tutkiminen sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan palliativisessa hoidossa auttaa ymmärtämään ja kehittämään potilaskeskeistä, ennakoivaa hoitoa, joka parantaa potilaiden elämänlaatua sairauden edetessä. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata terveydenhuollon ammattilaisten asenteita ja uskomuksia sydämen vajaatoimintapotilaan palliativiseen hoitoon, ennakoivaan hoitosuunnitelmaan sekä palliativiseen hoitoon siirtämiseen.

Tekstin kieliasun ja oikeaoppisuuden varmistamisessa hyödynnettiin Turun yliopiston käyttämää tekoälyavusteista työkalua (Copilot) tietoturva vaatimusten mukaisesti. Tekoälyä käytettiin ainoastaan kielellisen selkeyden ja virheettömyyden parantamiseen, eikä sillä ollut vaikutusta tutkimuksen sisältöön, analyysiin tai johtopäätöksiin.

2 Tutkimuksen tausta

2.1 Sydämen vajaatoiminta

Sydämen vajaatoiminta on krooninen ja etenevä oireyhtymä, jossa sydämen pumppaustoiminnan heikkeneminen aiheuttaa elimistön tarpeisiin nähden riittämättömän verenkierron (Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus, 2023). Tyypillisiä oireita ovat hengenahdistus, suorituskyvyn heikkeneminen ja väsymys sekä nesteen kertymiseen liittyvät elimistön turvotukset. Sydämen vajaatoiminnan taustalla olevista syistä yleisempiä ovat sepelvaltimotauti, pitkäaikainen kohonnut verenpaine, sydäninfarkti sekä sydämen läppäviat. Myös rytmihäiriöt, kardiomyopatiat, diabetes sekä tietyt toksiset aineet, kuten alkoholi, voivat altistaa sydämen vajaatoiminnan kehittymiselle. (Sydämen vajaatoiminta: Käyvän hoidon potilasversiot, 2023.)

Sydämen vajaatoiminta jaotellaan vasemman kammion supistumisvireyden eli ejektiofraktion perusteella kahteen päätyyppiin, systoliseen ja diastoliseen vajaatoimintaan. Systolisessa vajaatoiminnassa sydämen pumppauskyky on heikentynyt ja ejektiofraktio alentunut, kun taas diastolisessa vajaatoiminnassa ejektiofraktio säilyy normaalina, mutta sydän ei rentoudu täyttymisvaiheessa riittävästi. Suomessa diastolinen vajaatoiminta on yleisin vajaatoiminnan muoto. Sen taustalla ovat tavallisimmin sepelvaltimotauti, läppäviat tai kohonnut verenpaine, joihin usein liittyy myös lihavuus, korkea kolesteroli ja/tai tyypin 2 diabetes. (Sydämen vajaatoiminta: Käyvän hoidon potilasversiot, 2023.)

Sydämen vajaatoiminnan oireiden voimakkuus vaihtelee sekä sairauden etenemisen että potilaan yksilöllisten tekijöiden mukaan. Oireiden vaikeusastetta arvioidaan tavallisesti neliportaisella NYHA-toimintakykyluokituksella, joka kuvaa, kuinka paljon oireet rajoittavat potilaan rasituksen sietoa ja toimintakykyä. NYHA I -luokassa oireet eivät käytännössä rajoita päivittäistä toimintaa, kun taas NYHA IV -luokassa potilas oireilee jo levossa ja toimintakyky on selvästi heikentynyt. Potilaan NYHA -luokituksen ollessa NYHA III-IV potilas hyötyisi palliatiivisen hoidon antamasta oireenmukaisesta hoidosta. (Edigio de Sousa ym., 2021; Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus, 2023.)

Sydämen vajaatoiminnan diagnoosi perustuu lääkärin tekemään kliiniseen arvioon, potilaan oireisiin, kuvantamistutkimuksiin sekä laboratorioarvoihin. Sydämen vajaatoiminnan sairauden etenemisen vaiheet luokitellaan neljään vaiheeseen:

- Vaihe A: riski sairastua, jossa potilaalla on vajaatoiminnalle altistavia riskitekijöitä ja sairauksia, mutta ei vielä oireita
- Vaihe B: esivaihe, jossa potilaalla on rakenteellisia muutoksia sydänlihaksessa, mutta ei vajaatoiminnan oireita
- Vaihe C: oireinen, jossa potilaalla on vajaatoiminnan oireita, kuten suorituskyvyn heikkeneminen sekä löydöksiä tutkimuksissa, jotka johtuvat sydämen toiminnan häiriintymisestä
- Vaihe D: vaikea sydämen vajaatoiminta, jossa potilaalla on vaikeat oireet ja toistuvia sairaalajaksoja

Sydämen vajaatoiminnan esiintyvyys kasvaa iän myötä, ja se on erityisen yleinen iäkkäässä väestössä. Sydämen vajaatoiminta on usein etenevä ja krooninen sairaus, joka heikentää merkittävästi potilaiden elämänlaatua ja lisää sairastavuutta sekä kuolleisuutta. (Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus, 2023.)

2.2 Palliatiivinen hoito

Palliatiivisen ja saattohoidon Käypä hoito -suosituksen mukaan palliatiivinen hoito on potilaan tarpeista lähtevää kokonaisvaltaista hoitoa, jonka keskeisenä tavoitteena on lievittää parantumattomaan sairauteen liittyvää kärsimystä ja ylläpitää potilaan sekä hänen läheistensä elämänlaatua. Hoidon painopiste siirtyy sairauden parantamisesta oireiden hoitoon sekä psyykkisen, sosiaalisen ja hengellisen tuen tarjoamiseen potilaan yksilölliset toiveet huomioon ottaen. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019; Radbruch ym., 2020.)

Vuonna 2020 tehdyn palliatiivisen hoidon konsensuslausuman mukaan palliatiivista hoitoa tulisi antaa potilaille ennemmin tarpeen kuin diagnoosin perusteella (Radbruch ym., 2020). Sydämen vajaatoimintaa sairastavilla potilailla palliatiivisen hoidon aloittaminen korostuu sairauden edetessä, erityisesti tilanteissa, joissa oireet ovat vaikeita ja toimintakyky on merkittävästi heikentynyt huolimatta asianmukaisesta lääke- ja laitehoidosta (NYHA IV). Sydämen vajaatoiminnan NYHA IV -luokassa olevalla potilaalla fyysinen aktiviteetti aiheuttaa vaikeita oireita ja oireita voi olla myös levossa. Tyypillisiä NYHA IV-luokan oireita ovat vaikea turvotus, hengenahdistus, kipua, ahdistuneisuus, uupumus ja unihäiriöt. (Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus, 2023.) Sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden

oireiden vaihtelevuus ja etenemisen vaikea ennustettavuus vaikeuttaa palliatiivisen hoidon aloittamista ja puheeksi ottoa potilaan kanssa. (Yang, ym., 2024; Ziehm, ym., 2016).

Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan palliatiivinen hoito tulisi voida aloittaa sairauden varhaisemmassa vaiheessa rinnakkain sairauden aktiivisen hoidon kanssa (Blum ym., 2023; Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus, 2023). Aktiivisen hoidon rinnalla annettava palliatiivinen hoito vähentää sairaalahoitoja sekä parantaa potilaan elämänlaatua ja oireitaakkaa. Lisäksi palliatiivinen hoito tukee potilaan osallistumista omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon. (Sahlollbey ym., 2020; Tomasoni ym., 2022.)

Palliatiivinen hoito ja ennakoiva hoitosuunnitelma tulisi ottaa puheeksi hoidon alkuvaiheessa, jotta potilaan arvot, toiveet ja hoitotavoitteet voitaisiin huomioida hoidon suunnittelussa.

Varhaisen keskustelun tarkoituksena on lisätä potilaiden ymmärrystä sairaudestaan, hoitovaihtoehtoistaan ja -tavoitteistaan, jolloin hoidon suunnittelu potilaan omien toiveiden mukaan mahdollistuu. (Goswami, 2021.) Varhainen palliatiivinen hoidon aloitus tukee potilaan omahoitoa, auttaa ennakoimaan sairauden etenemistä ja edistää hoidon jatkuvuutta. Sydämen vajaatoiminnan loppuvaiheessa palliatiivinen hoito painottuu oireiden tehokkaaseen lievittämiseen, tarpeettomien hoitotoimenpiteiden välttämiseen sekä saattohoidon suunnitteluun silloin, kun elämän loppuvaihe on lähestymässä. (Edigio de Sousa ym., 2021; Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus, 2023.)

2.3 Terveysthuollon ammattilaisten asenteet ja uskomukset

Kansainväliset tutkimukset palliatiivisen hoidon integroimisen haasteista sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden hoitoon sekä ennakoivien hoitosuunnitelmien teosta sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ja hänen lähiomaistensa kanssa ovat lisääntyneet (Caleffi ym., 2025; Fairlamb & Murtagh, 2021; Singh ym., 2021; Yang ym., 2025).

Tutkimukset ovat kohdistuneet myös terveydenhuollon ammattilaisten asenteisiin sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan palliatiiviseen hoitoon. Terveysthuollon ammattilaiset arvioivat sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden hyötyvän palliatiivisesta hoidosta ja ennakoivan hoitosuunnitelman teosta (Fairlamb & Murtagh, 2021; Tay ym., 2021; Yang ym., 2024). He kokivat myös palliatiivisen hoidon parantavan sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan elämänlaatua sekä samalla vähentävän yhteiskunnan kustannuksia (Balata ym., 2024; Barret ym., 2023; Hui ym., 2015; Rogers ym., 2017; Singh ym., 2021; Tokunage-Nakawatase ym., 2020). Tutkimusten esiin tuomista hyödyistä huolimatta palliatiivisen hoidon integroiminen sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden hoitoon on haasteellista.

Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan palliatiivisen hoitolinjauksen teon haasteina nähtiin muun muassa sairauden etenemisen vaikean ennustettavuuden sekä riittämättömän ajan palliatiivisesta hoitolinjauksesta keskusteluun vastaanotoilla (De Vleminck ym., 2014; Fairlamb & Murtagh, 2021; Higginbotham ym., 2021; Schichtel ym., 2021; Singh ym., 2020), potilaan ja/tai lääkärin väärä käsitys palliatiivisesta hoidosta sekä terveydenhuollon ammattilaisten pelko potilaan luottamuksen menettämisestä (Barret ym., 2023; De Vleminck ym., 2014; Fairlamb & Murtagh, 2021; Higginbotham ym., 2021; Schichtel ym., 2021; Singh ym., 2020) tai luovuttamisen tunne lääkärin siirtäessään potilaan palliatiiviseen hoitoon (Fairlamb & Murtagh, 2021; Higginbotham ym., 2021; Schichtel ym., 2021; Singh ym., 2020).

Terveydenhuollon ammattilaisten uskomukset ennakoivaan hoitosuunnitelmaan kohtaan vaikuttavat keskeisesti siihen, miten tämä otetaan osaksi sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan hoitoa ja hoidon suunnittelua. Tässä tutkimuksessa uskomuksilla tarkoitetaan erityisesti terveydenhuollon ammattilaisten käsityksiä siitä, miten ennakoivan hoitosuunnitelman tekeminen tukee potilaan palliatiivista hoitoa, saattohoitoa sekä potilaan arvoihin ja tavoitteisiin liittyvää päätöksentekoa. (Braña-Marcos ym., 2026; Fairlamb & Murtagh, 2021; Macchiarelli ym., 2026.) Lisäksi uskomuksiin sisältyy näkemys ennakoivan hoitosuunnitelman hyödyllisyydestä sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan kokonaisvaltaisessa hoidon ohjauksessa ja tukemisessa. Aikaisemmissa tutkimuksissa terveydenhuollon ammattilaisten asenteet ja uskomukset ennakoivaa hoitosuunnitelmaa kohtaan ovat olleet pääosin myönteisiä, mutta tulokset ovat tuoneet esiin myös puutteita terveydenhuollon ammattilaisten tiedoissa ennakoivan hoitosuunnitelman tarkoituksesta sekä väärinkäsityksiä, kuten palliatiivisen hoidon sekoittamisesta saattohoitoon. (Braña-Marcos ym., 2026; Fairlamb & Murtagh, 2021; Macchiarelli ym., 2026.)

Terveydenhuollon ammattilaisten ammattiryhmällä voi olla vaikutusta siihen, millaisia asenteita ja uskomuksia ammattilaisilla on palliatiivisen hoidon toteuttamiseen sekä ennakoivan hoitosuunnitelman laatimiseen (Macchiarelli ym., 2026; Tokunaga-Nakawatase ym., 2020). Päävastuu potilaan hoidon linjauksista, lääketieteellisestä päätöksenteosta ja potilaan ennusteen arvioinnista on lääkäreillä (Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus, 2023), kun taas muut terveydenhuollon ammattilaiset työskentelevät tiiviimmin potilaiden arjen tukena, tunnistavat potilaiden oireita ja henkistä kuormitusta sekä osallistuvat hoidon käytännön toteutukseen (Saarto & Lehto, 2019; Vihelä, ym., 2020). Ammattiryhmien eroilla voi olla vaikutusta siihen, milloin ja millä perusteilla ammattilaiset näkevät palliatiivisen

hoidon tai palliativisen erikoislääkärin konsultaation tarpeelliseksi. Ammattiryhmien välisten erojen tarkastelu taustamuuttujana mahdollistaa asenteiden, uskomusten ja palliativiseen hoitoon siirtämisen tutkimisen sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden palliativisessa hoidossa.

3 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata terveydenhuollon ammattilaisten asenteita ja uskomuksia sydämen vajaatoimintapotilaan palliatiiviseen hoitoon, ennakoivaan hoitosuunnitelmaan sekä palliatiiviseen hoitoon siirtämiseen.

Tutkimuksesta saatavan tiedon avulla on mahdollista kehittää sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden palliatiivista hoitoa, ennakoivien hoitosuunnitelmien puheeksi ottoa ja laatimista sekä palliatiiviseen hoitoon siirtymistä potilaiden hoidon ja elämänlaadun parantamiseksi.

Tutkimuskysymykset

1. Millaiset asenteet terveydenhuollon ammattilaisilla on sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan palliatiiviseen hoitoon, ennakoivaan hoitosuunnitelmaan sekä palliatiiviseen hoitoon siirtämiseen?
2. Mitkä uskomukset liittyvät sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan palliatiiviseen hoitoon, ennakoivaan hoitosuunnitelmaan sekä palliatiiviseen hoitoon siirtämiseen?
3. Miten vastaajien taustamuuttujat ovat yhteydessä asenteisiin sydämen vajaatoimintapotilaan palliatiivisessa hoidossa, ennakoivaan hoitosuunnitelmaan teossa sekä palliatiiviseen hoitoon siirtämisessä?

4 Tutkimuksen empiirinen toteutus

4.1 Tutkimusasetelma

Tämä tutkimus toteutettiin kuvailevana poikkileikkaustutkimuksena, jossa sähköisen kyselyn (Webropol -kysely) avulla tarkasteltiin tutkittavaan aiheeseen liittyviä uskomuksia ja käytäntöjä. Tutkimusasetelmana poikkileikkaustutkimus soveltuu tutkimukseen, jossa aineisto kerätään yhdellä mittauskerralla eri ryhmistä (Capili, 2021; Gray & Grove, 2021).

Poikkileikkaustutkimuksen etuna on sen mahdollistama nopea aineistonkeruu, mutta se edellyttää riittävän suurta otosta, jotta erot kuvastavat todellisia ilmiön muutoksia eivätkä vain ryhmäkohtaisia vaihteluita. Poikkileikkaustutkimus luokitellaan kuvailevaksi, mikäli pääpaino tutkimuksessa on muuttujien kuvaamisessa. (Capili, 2021.) Poikkileikkaustutkimusta käytetään usein terveys- ja hoitotieteissä vertailemaan eroja esimerkiksi diagnoosiryhmien tai sairauden vaikeusasteen välillä (Gray & Grove, 2021). Poikkileikkausasetelma soveltuu hyvin tutkimuksiin, joissa halutaan saada tilannekuva tietyn ilmiön tai käsityksen esiintyvyydestä väestössä tietynä ajankohtana ilman seurantaa (Capili, 2021). Kuvaileva poikkileikkaustutkimus sopii hyvin asenteiden, tiedon ja käytäntöjen tutkimiseen, ja tutkimuksesta saatava tieto on hyödyllinen terveydenhuollon interventioiden suunnittelussa (Kesmodel, 2018).

4.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja tutkittavien valinta

4.2.1 Kohderyhmä ja otos

Tutkimuksen kohderyhmänä oli sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattilaiset kahdelta hyvinvointialueelta. Kohderyhmän kooksi arvioitiin 6000 (N) vastaajaa, arvion perustuessa hyvinvointialueiden verkkosivuilla julkaistuihin henkilöstö- ja organisaatietietoihin. Tutkimuksessa tavoitteeksi asetettiin vähintään 30 prosentin vastausosuus, koska verkkokyselyiden vastausprosentin katsotaan olevan luotettava ja edustava, kun se ylittää 30 %. (Webropol, 2024.) Näin ollen vastaustavoitteeksi määriteltiin 1800 vastaajaa. Mikäli kohderyhmän todellinen henkilöstömäärä osoittautuisi arvioitua pienemmäksi, vastaustavoite suhteutettaisiin vastaavasti siten, että tavoitteena olisi edelleen 30 % todellisesta henkilöstömäärästä.

Sisäänottokriteereinä tutkimukseen osallistumiselle oli, että i) vastaaja on laillistettu ammattihenkilö ja ii) hoitaa työssään sydämen vajaatoimintaa sairastavia potilaita.

Laillistettuja ammattihenkilöitä ovat lääkärit, terveydenhoitajat, sairaanhoitajat, lähihoitajat, toimintaterapeutit, fysioterapeutit, farmaseutit ja sosiaalityöntekijät. Poissulkukriteerinä tutkimuksessa oli terveydenhuollon henkilökunta, jotka eivät hoida sydämen vajaatoimintaa sairastavia potilaita tai eivät ole laillistettuja ammattihenkilöitä. Kohderyhmästä rajattiin myös pois yksikkö henkilökuntineen, jossa tutkimuksen tekijä itse työskentelee. Näin tutkimuksen rajaus auttoi välttämään mahdollisia eturistiriitoja ja puolueellisuutta tutkimuksessa ja lisäsi näin tutkimuksen luotettavuutta.

4.2.2 Tutkimukseen osallistujien rekrytointi

Tutkimukseen osallistuvien rekrytointi toteutettiin hyvinvointialueiden kautta. Tutkimukselle saatiin asianmukaiset tutkimusluvut molempien hyvinvointialueiden käytäntöjen mukaisesti. Tutkimusluvissa mainittujen tutkimukseen osallistuvien toimintayksiköiden yhteyshenkilöiden avulla välitettiin tutkimustiedote ja Webropol -kyselyn linkki sähköpostitse oheisten yksiköiden terveydenhuollon ammattilaisille. Oheiset yhteyshenkilöt toimivat rekrytoinnin ensisijaisena toteuttamiskanavana. Aineistonkeruun aikana pyydettiin nimetyt yhteyshenkilöt välittämään tutkimukseen osallistujille yhden muistutusviestin vastaamisen edistämiseksi. Viesti lähetettiin kaksi viikkoa alkuperäisen kyselyn lähettämisen jälkeen.

4.3 Aineiston keruumenetelmä ja aineiston keruu

Tutkimuksen aineisto kerättiin sähköisen Webropol -kyselyn avulla 8.10.-31.10.2025 välisellä ajalla. Tutkimusinstrumenttina käytettiin Singh ym. (2021) kehittämää "*Attitudes and practices towards palliative care in chronic heart failure*" mittaria, ja tähän tutkimukseen käännettyä suomenkielistä versiota.

4.3.1 Instrumentin kuvaus

Aineisto kerättiin "*Attitudes and practices towards palliative care in chronic heart failure*" (Singh ym., 2021) instrumentilla, joka käännettiin englanninkielisestä versiosta suomenkieliseksi kaksoiskäännösomenetelmällä. Singh ym. (2021) muokkasivat tutkimuksensa käyttöön Hui ym. (2015) alkuperäisen mittarin, joka oli kehitetty arvioimaan hematologien ja onkologien asenteita onkologisten potilaiden elämän loppuvaiheen hoitoon ja palliatiiviseen hoitoon siirtämiseen. Singh ym. (2021) sovelsivat mittarin sisältöä sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden hoidon kontekstiin siten, että muokattu versio kartoitti laajemmin terveydenhuollon ammattilaisten asenteita ja uskomuksia, jotka liittyvät sydämen

vajaatoimintaa sairastavan potilaan palliatiiviseen hoitoon, potilaan siirtämiseen palliatiivisen hoidon piiriin sekä ennakoivan hoitosuunnitelman laatimiseen.

Instrumentti valittiin tähän tutkimukseen sen sisällön, sopivuuden ja kehittämisprosessin kuvausten perusteella. Kyseisen mittarin kysymysten sisällöllinen validiteetti perustuu kirjallisuuskatsauksiin ja asiantuntijapaneelisiin. (Singh ym., 2018; Singh ym., 2021.) Hui ym. (2015) tutkimuksen sisällön validiteetti arvioitiin hyväksi, ja sillä saadut tulokset nähtiin johdonmukaisiksi. Mittarin sisäinen johdonmukaisuus, Cronbach alfa, oli 0,72, mikä osoittaa hyväksyttävää luotettavuutta (Heikkilä, 2014). Singh ym. (2021) muokatun mittarin Cronbach alfa oli 0,78.

Lupa mittarin käyttöön ja muokkaamiseen suomenkieliseen kontekstiin tässä tutkimuksessa saatiin sähköpostitse sekä alkuperäisen instrumentin kehittäjältä, Gursharan Singh (28.1.2025), että muokatun version kehittäjältä, David Hui (30.1.2025), jotka ovat kumpikin instrumentin luvan haltijat.

Käytetyssä mittarissa on kolme osaa, A (taustatiedot, 11 kysymystä), B (asenteet ja uskomukset liittyen elämän loppuvaiheen hoitoon, mukaan lukien ennakoiva hoitosuunnitelma, 11 kysymystä) ja C (asenteet ja uskomukset koskien siirtoa tuettuun ja palliatiiviseen hoitoon, 20 kysymystä sekä yksi avoin kysymys).

Osa A, taustatietoina kysyttiin vastaajien sosiodemografisia tietoja, kuten sukupuoli, ikä, organisaatio ja ammattiryhmä. Webropol-kyselyn toteutuksen aikana havaittiin, että strukturoiduista vastausvaihtoehdoista puuttui ensihoitajan ja terveydenhoitajan ammattiryhmät, joiden puuttumista ei havaittu kyselyn esitestaus vaiheessa. Näiden ammattiryhmien edustajilla oli kuitenkin mahdollisuus ilmoittaa oma ammattinsa avoimen kysymyksen kautta. Ammattiryhmän perusteella pystyttiin tarkentamaan vastaajien palliatiivisen koulutuksen taso sekä kokemus sydämen vajaatoiminta potilaan hoidossa vuosina. Vastaajilta kysyttiin myös hyvinvointialueensa palliatiivisen hoidon hoitokäytännöistä. Kysymykset koskivat muun muassa palliatiivisten sydänpotilaiden jatkohoitomahdollisuuksia hyvinvointialueilla, sydämen vajaatoimintapotilaiden siirtämisestä palliatiiviseen hoitoon, oireita, jotka olivat johtaneet vastaajan viimeisimmän potilaan siirtämiseen palliatiiviseen hoitoon, sekä hoitosuhteen kestosta ja jatkuvuudesta siirron jälkeen.

Osa B, asenteet ja uskomukset liittyen elämän loppuvaiheen hoitoon, mukaan lukien ennakoiva hoitosuunnitelma, sisälsi yksitoista Likert-asteikollista kysymystä. Vastaajat arvioivat jokaisen kysymyksen neljäportaisella Likert-asteikolla, jossa kokonaispistemäärä vaihtelee 4–1 välillä. Mitä korkeampi pistemäärä, sen positiivisempi on vastaajan asenne. Väittämä ”Tunnen epäonnistumisen tunnetta, kun en pysty muuttamaan sydämen vajaatoiminnan luonnollista etenemistä tai hidastamaan kliinistä pahenemista ja parantamaan elossa oloaika” oli pisteytetty Likert-asteikon vastakkaiseen suuntaan muihin väittämiin nähden, minkä vuoksi muuttujan Likert-asteikko käännettiin analyysia varten (1→4, 2→3, 3→2, 4→1). (Singh ym., 2021.)

Osa C, vastaajien asenne ja uskomukset palliatiiviseen ja tuettuun hoitoon siirtämisestä sisältää 20 Likert-asteikollista kysymystä. Vastaajat arvioivat jokaisen kysymyksen neljäportaisella Likert-asteikolla, jossa kokonaispistemäärä vaihtelee 4–1 välillä. Asteikon pisteytys: 4=täysin samaa mieltä, 3=samaa mieltä, 2=eri mieltä ja 1=täysin eri mieltä. Korkeampi pistemäärä viittaa suurempaan valmiuteen tarjota palliatiivista hoitoa. (Singh ym., 2021.)

4.3.2 Mittarin kääntäminen

Mittari käännettiin alkuperäiskielestä (englanti) kohdekielelle (suomi) kaksoiskäännös menetelmällä (*forward-back translation*) kahden toisistaan riippumattoman kielenhuoltajan toimesta. Mittari käännettiin ensin kohdekielelle, englannista suomenkieliseksi kääntäjän toimesta ja takaisin alkuperäiskielelle toisen kääntäjän toimesta. (Hilton & Skrutkowski, 2002; Maneesriwongul & Dixon, 2004.) Lisäksi tutkija aiheen asiantuntijana tarkasti käännökset yhdessä tutkimuksen ohjaajan kanssa jokaisessa vaiheessa, ensimmäisen vaiheen käännöksen jälkeen sekä toisen takaisinkäännöksen jälkeen. Tällä menettelyllä varmistettiin käännöksen sisällöllinen vastaavuus alkuperäiseen instrumenttiin ja merkitysten säilyminen muuttumattomina. (Finnerty, 2020.) Suomen kielelle käännetty mittari esitettiin asiasisällön asiantuntijoilla (n= 7) pyytämällä palautetta väittämien ymmärrettävyydestä ja asiaankuuluvuudesta. Palautteen antaminen mahdollistettiin tulostamalla sähköisestä kyselystä paperiversio, johon asiantuntijoilla oli mahdollisuus kirjata käsin korjausehdotuksensa. Täytetyt lomakkeet palautettiin suljetussa kirjekuoressa ennalta sovittuun palautuspaikkaan, mikä varmisti korjausehdotusten anonymiteetin. (Hilton & Skrutkowski, 2002; Maneesriwongul & Dixon, 2004.)

4.3.3 Instrumentin esitestausta

Suomeksi käännetty mittari esitestattiin ennen varsinaista aineistonkeruuta tutkijan omassa yksikössä mittarin käännöstyön ja itse mittarin toimivuuden varmistamiseksi. Heikkilän (2014) mukaan mittari tulee esitestata ennen varsinaista aineistonkeräämistä mittarin vastausvaihtoehtojen sisällöllisen toimivuuden, ohjeiden ja kysymysten selkeyden ja vastaamiseen kuluvan ajan osalta. Heikkilän (2014) mukaan testaamiseen riittää 5–10 henkilöä. Tämän mittarin testaamiseen osallistui seitsemän (N=7) asiasisällön asiantuntijaa. Esitestaukseen osallistuneiden asiasisällön asiantuntijoiden avulla mittari saatettiin sellaiseen muotoon, että väittämien sisältö ja mittarin rakenne säilyi mahdollisimman muuttumattomana. Mittarin kolmen kysymyksen sanamuotoja tarkistettiin ja muokattiin selkeämmiksi alkuperäinen merkitys säilyttäen. Korjausten tavoitteena oli parantaa mittarin sisällöllistä validiteettia ja varmistaa, että kysymykset mittaavat johdonmukaisesti niille asetettuja ilmiöitä. Tällä keinolla varmistettiin myös terveydenhuollon kansallinen konteksti ja sisällön sopivuus suomalaiseen hoitokäytäntöön ja prosesseihin soveltuvaksi tämän potilasryhmän osalta (Alavi ym., 2025).

4.3.4 Aineistonkeruu

Varsinainen aineisto kerättiin kahden hyvinvointialueen terveydenhuollon ammattilaisilta, jotka hoitavat työssään sydämen vajaatoimintaa sairastavia potilaita.

Tutkimuksen toteuttamiseen tarvittavat luvat (tutkimuslupa 120/2025, 26.9.2025 ja tutkimuslupa OP2025/4954, 2.10.25) haettiin molemmilta hyvinvointialueilta näiden organisaatioiden vakiintuneiden käytänteiden mukaisesti. Ennen tutkimusluvan myöntämistä ja organisaation käytänteitä noudattaen tutkija neuvotteli osallistuvista toimintayksiköistä nimetyt yhteyshenkilöt, joiden tehtävänä oli välittää Webropol-kyselyn linkki tutkimuksen piiriin kuuluville terveydenhuollon ammattilaisille sovitusti. Oheinen kyselylinkki toimitettiin vastaajille sähköpostitse oheisten hyvinvointialueiden myöntämässä tutkimusluvassa nimettyjen yhteyshenkilöiden kautta. Sähköpostin liitteenä oli saateteksti, tutkimuksen tiedote (liite 1) ja tietosuojailmoitus sekä Webropol -kyselyn linkki. Sähköiseen Webropol-kyselyyn jokainen osallistuja pystyi vastaamaan vain kerran.

4.4 Aineiston analysointi

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin strukturoitua kyselylomaketta, joka sisälsi sekä suljettuja että avoimia kysymyksiä. Määrällinen aineisto analysoitiin tilastollisesti IBM SPSS Statistics -ohjelmalla (versio 31). Aineiston analysointi aloitettiin kuvailevin tilastollisin menetelmin (frekvenssi, prosenttijakaumat, keskiarvo \bar{x} ja keskihajonta s), joiden avulla määritettiin asenteiden yleisyys ja jakautuminen eri vastaajaryhmissä. Vastaajien taustatietoja kuvattiin vastaavasti kuvailevan tilastotieteen menetelmin. Ammattiryhmien välisiä eroja analysoitiin Mann–Whitney U -testillä, ja tilastollinen merkitsevyys arvioitiin p-arvojen perusteella. Päämuuttujat väittämittäin olivat kategorisia muuttujia, minkä vuoksi kunkin kysymyksen osalta väittämien kuvaus on tehty myös luokittain (Liite 3). Tutkimuksen tavoitteena ei ollut tarkastella syy-seuraussuhteita, vaan kuvata ja jäsentää ilmiötä terveydenhuollon ammattihenkilöiden näkökulmasta. Instrumentin OSA B ja OSA C sisäistä johdonmukaisuutta arvioitiin Cronbachin alfa-kertoimen avulla (α), jonka hyväksyttävyyden raja-arvona pidetään $\alpha > 0,70$.

5 Tutkimus tulokset

5.1 Taustatiedot

Tutkimuksen kyselyyn vastaamisen aloitti 70 vastaajaa, joista 52 suoritti kyselyn loppuun asti. Vastanneista naisia oli 40, miehiä yhdeksän ja kolme ei halunnut ilmoittaa sukupuoltaan. Vastaajista lääkäreitä oli 12 ja muita terveydenhuollon ammattilaisia 40. (Taulukko 1.)

Taulukko 1 Vastaajien taustamuuttujat

Sukupuoli	n	%
Mies	9	17
Nainen	40	77
En halua vastata	3	6
Työkokemus	n	%
Yli 20 vuotta	23	44
Yli 10 vuotta	14	27
Yli 5 vuotta	12	23
Alle 5 vuotta	3	6
Ammatti	n	%
Lääkäri	13	23
Terveydenhuollon ammattilainen	40	77
Tutkinto	n	%
Erikoislääkäri	7	14
Erikoistuva lääkäri	4	8
Yleislääkäri	2	4
Sairaanhoitaja YAMK	7	14
Sairaanhoitaja	26	50
Lähihoitaja	8	15
Terveydenhoitaja	1	2
Sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoaika	n	%
0–6 kuukautta	45	87
7–12 kuukautta	3	6
1–2 vuotta	3	6
2–3 vuotta	3	6
yli 3 vuotta	4	8

Koulutustaustaltaan lääkärit olivat erikoislääkäreitä (n=7), erikoistuvia lääkäreitä (n=4) ja yleislääkäreitä (n=2). Yksi erikoistuvista lääkäreistä oli vastannut olevansa yleislääkäri. Muut

terveydenhuollon ammattilaiset olivat koulutukseltaan sairaanhoitaja YAMK (n=7), sairaanhoitajia (n=26), lähihoitajia (n=8) ja terveydenhoitajia (n=1). Sairaanhoitajista kaksi ilmoitti koulutustaustaltaan olevansa myös lähihoitaja ja terveydenhoitaja. (Taulukko 1.)

Kyselyyn vastanneista suurin osa työskenteli sairaalan ja yleislääketieteen osastoilla, joissa palliatiivinen hoito on osa sairaalahoitoa sekä kotisairaalassa. Muutamalla lääkäriellä ja muiden terveydenhuollon ammattilaisella oli useampi sijoituspaikka, jonka vuoksi vastauksia on enemmän kuin kyselyyn vastanneita. Kyselyyn vastanneista vain pieni osa (n=8) oli saanut palliatiivisen hoidon koulutusta. Vastaajista 32 ei ollut saanut palliatiivisen hoidon koulutusta.

5.2 Asenteet elämän loppuvaiheen hoitoa ja ennakoivaa hoitosuunnitelmaa kohtaan

5.2.1 Asenteet palliatiiviseen hoitoon, ennakoivaan hoitosuunnitelmaan sekä palliatiiviseen hoitoon siirtämiseen

Tutkimuksen tulokset antoivat viitteitä, että vastaajat suhtautuivat pääosin myönteisesti palliatiiviseen hoitoon. Keskustelu potilaiden kanssa sairauden ennusteesta ja kulusta (ka 3,35; kh 0,68) sekä kuolemasta ja kuolemisenesta (ka 3,19; kh 0,84) koettiin enimmäkseen luontevaksi. Vastaajat keskustelivat mieluummin elämän laadusta kuin elämän pituudesta potilaiden kanssa, lähes kaikki vastanneet olivat tästä joko täysin samaa mieltä tai samaa mieltä (ka 3,54; kh 0,54). Suurin osa vastaajista koki työnsä merkitykselliseksi voidessaan tarjota elämän loppuvaiheen hoitoa sydämen vajaatoimintaa sairastaville potilaille (ka 3,35; kh 0,68). Vastaajat eivät myöskään kokeneet epäonnistumisen tunnetta siitä, etteivät voineet vaikuttaa sydämen vajaatoiminnan etenemiseen. Suurin osa vastaajista vastasi olevansa väittämän kanssa samaa mieltä tai täysin samaa mieltä (ka 2,85; kh 0,80). (Taulukko 2.)

Ennakoivaan hoitosuunnitelmaan liittyvät arviot sijoittuivat lähelle asteikon keskitasoa. Ennakoivasta hoitosuunnitelmasta keskustelu varhaisessa vaiheessa koettiin jokseenkin luontevaksi (ka 2,73; kh 0,77), ja edunvalvojan nimeämisen ehdottaminen hieman tätä haastavammaksi (ka 2,65; kh 0,88). Vastaajat eivät kokeneet läheistä suhdetta potilaisiin tai heidän omaisiinsa (ka 2,40; kh 0,69), vastaukset jakaantuivat samaa mieltä ja eri mieltä vastanneiden välillä. Vertaistuen järjestämisen mahdollisuus kuoleville potilaille sai väittämien alhaisimman tuloksen (ka 2,08; kh 0,59), suurin osa vastanneista oli joko eri mieltä tai täysin eri mieltä. (Taulukko 2.)

5.2.2 Uskomukset sydämen palliatiiviseen hoitoon, ennakoivaan hoitosuunnitelmaan sekä palliatiiviseen hoitoon siirtämiseen

Vastaajat uskoivat ennakoivan hoitosuunnitelman teon hyödyttävän kroonista sydämen vajaatoimintaa sairastavia potilaita. Vastaajat uskoivat, että ennakoivan hoitosuunnitelman tekeminen tukee potilaan hoitoa, saattohoitoa sekä arvoihin ja tavoitteisiin liittyvää päätöksentekoa (ka 3,75; kh 0,48). Ennakoivan hoitosuunnitelman uskottiin hyödyttävän sydämen vajaatoimintapotilaan hoidon ohjaamista ja tukemista, lähes kaikki vastanneista oli joko täysin samaa mieltä tai samaa mieltä, vain kaksi vastanneista oli eri mieltä (ka 3,65; kh 0,56). Nämä olivat aineiston korkeimpia keskiarvoja, joissa hajonta oli vähäistä, mikä kuvastaa laajaa yksimielisyyttä ennakoivan hoitosuunnitelman hyödyllisyydestä sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan hoidossa. (Taulukko 2.)

5.2.3 Vastaajien taustamuuttujien yhteys asenteisiin sydämen vajaatoimintapotilaan palliatiivisessa hoidossa, ennakoivaan hoitosuunnitelmaan teossa sekä palliatiiviseen hoitoon siirtämisessä

Ammattiryhmien, lääkärit ja muut terveydenhuollon ammattilaiset, välisissä vastauksissa havaittiin merkitsevää eroa vain yhdessä vastauksessa. Lääkärit arvioivat keskustelun potilaiden kanssa ennusteesta (lääkärit ka 3,58 vs muut ka 3,28, $p = 0,205$), kuolemasta (lääkärit ka 3,58 vs muut ka 3,08, $p = 0,080$) ja elämänlaadusta (lääkärit ka 3,75 vs muut ka 3,48, $p = 0,123$) luontevammaksi kuin muut terveydenhuollon ammattilaiset, mutta erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Myös työn merkityksellisyys elämän loppuvaiheen hoidossa koettiin lääkäreillä vahvemmasi (ka 3,67) kuin muilla terveydenhuollon ammattilaisilla (ka 3,25), tilastollista merkitsevyyttä ei nähty ($p=0,069$). (Taulukko 2.)

Lääkärit arvioivat suhteensa potilaisiin jonkin verran läheisemmiksi (ka 2,67) kuin muut terveydenhuollon ammattilaiset (ka 2,33), vastauksissa ei ollut merkitsevää eroa ($p = 0,161$). Lääkärit eivät myöskään kokeneet epäonnistumisen tunnetta, vaikka eivät pystyneet muuttamaan potilaan sairauden luonnollista etenemistä, hidastamaan kliinistä pahenemista ja parantamaan elossa oloaika (ka 3,42), jossa muut terveydenhuollon ammattilaiset kokivat epäonnistumisen tunnetta (ka 2,68). Tämä ero on tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,004$). (Taulukko 2.)

Ennakoivasta hoitosuunnitelmasta keskustelu koettiin hieman luontevammaksi lääkäreiden keskuudessa (ka 2,83) verrattuna muihin terveydenhuollon ammattilaisiin (ka 2,70).

Molemmat ryhmät arvioivat ennakoivan hoitosuunnitelman hyödyllisyyden potilaan päätöksenteon tukemisessa samalle tasolle (ka 3,75). Edunvalvojan nimeämisen ehdottaminen oli lääkäreille luontevampaa (ka 2,92) kuin muille terveydenhuollon ammattilaisille (ka 2,58). (Taulukko 2.)

Lääkärit (ka 2,08) sekä muut terveydenhuollon ammattilaiset (ka 2,08) kokivat vertaistuen järjestämisen mahdollisuudet kuoleville potilaille yhtä heikoiksi. (Taulukko 2.)

Taulukko 2 Asenteet ja uskomukset elämän loppuvaiheen hoitoon

Osa B, asenteet ja uskomukset liittyen elämän loppuvaiheen hoitoon, mukaan lukien ennakoiva hoitosuunnitelma	Kaikki ka (kh)	Lääkärit ka (kh)	Muut ammattilaiset ka (kh)	Asymp. Sig
Keskustelen luontevasti potilaan kanssa ennusteesta ja sairauden kulusta	3,35 (0,683)	3,58 (0,515)	3,28 (0,716)	0,205
Keskustelen luontevasti kuolemasta ja kuolemista potilaiden kanssa	3,19 (0,841)	3,58 (0,515)	3,08 (0,888)	0,080
Keskustelen mieluummin elämän laadusta kuin elämän pituudesta	3,54 (0,541)	3,75 (0,452)	3,48 (0,554)	0,123
Minulla on läheiset suhteet potilaisiin ja heidän perheisiinsä	2,40 (0,693)	2,67 (0,651)	2,33 (0,694)	0,161
Koen työni merkitykselliseksi tarjotessani elämän loppuvaiheen hoitoa sydämen vajaatoimintaa sairastaville potilaille (mukaan lukien tahdistimen deaktivointi ja palliatiivinen hoito)	3,35 (0,683)	3,67 (0,492)	3,25 (0,707)	0,069
Pystyn järjestämään riittävästi vertaistukea kuoleville potilailleni	2,08 (0,589)	2,08 (0,515)	2,08 (0,616)	0,881
Tunnen epäonnistumisen tunnetta, kun en pysty muuttamaan sydämen vajaatoiminnan luonnollista etenemistä tai hidastamaan kliinistä pahenemista ja parantamaan elossa oloaikaa	2,85 (0,802)	3,42 (0,515)	2,68 (0,797)	0,004
Keskustelen luontevasti potilaiden kanssa varhaisessa vaiheessa ja säännöllisesti ennakoivasta hoitosuunnitelmasta	2,73 (0,770)	2,83 (0,577)	2,70 (0,823)	0,634
Uskon, että ennakoivan hoitosuunnitelman tekeminen on hyödyllistä potilaan hoitoa, saattohoitoa, arvoja ja tavoitteita koskevien päätösten tekemisessä	3,75 (0,480)	3,75 (0,452)	3,75 (0,494)	0,894
Minulle on luontevaa ehdottaa potilaalle edunvalvojan nimeämistä	2,65 (0,883)	2,92 (0,793)	2,58 (0,903)	0,251
Uskon, että ennakoivan hoitosuunnitelman teosta on hyötyä sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan hoidon ohjaamisessa ja tukemisessa	3,65 (0,556)	3,75 (0,452)	3,63 (0,586)	0,571

5.3 Potilaan siirtäminen palliatiivisen erikoislääkärin vastaanotolle

Vastaajat arvioivat sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan siirtämisen palliatiivisen hoidon erikoislääkärin vastaanotolle epätodennäköiseksi tilanteessa, jossa potilaalla oli vastadiagnosoitu sydämen vajaatoiminta ja vain vähäisiä tai ei lainkaan oireita (NYHA I) (ka 1,75, kh 0,860). (Taulukko 3.)

Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan oireiden pysyessä pääosin vakaina, mutta oireiden vähitellen lisääntyessä (NYHA II–III), palliatiiviseen hoitoon siirtämisen todennäköisyys kasvoi (ka 2,46, kh 0,851). Oireiden pahentuessa ja potilaan liikuntakyvyn heikentyessä palliatiiviseen hoitoon siirtäminen nähtiin jo enemmän todennäköisemmäksi (NYHA III–IV) (ka 3,33, kh 0,810). (Taulukko 3.)

Vaikeassa ja pitkälle edenneessä sydämen vajaatoiminnassa, johon liittyi heikko hoitovaste, toistuvia sairaalahoitjaksoja, levossa ilmeneviä oireita, monielinvaurioita, kakeksiaa ja heikentynyttä elämänlaatua (NYHA IV), lähes kaikki vastaajat olivat valmiit siirtämään potilaan palliatiivisen erikoislääkärin vastaanotolle (ka 3,77, kh 0,469). (Taulukko 3.)

Tilanteessa, jossa potilaan arvioidaan todennäköisesti kuolevan seuraavan 12 kuukauden aikana, vastaajat olivat valmiit siirtämään palliatiivisen hoidon erikoislääkärin vastaanotolle melko todennäköisesti (ka 3,52, kh 0,641). Terminalivaiheessa oleva potilas oltiin valmiit siirtämään palliatiivisen hoidon erikoislääkärin vastaanotolle lähes yksimielisesti (ka 3,04, kh 1,137), vain neljä oli vastannut vastasi olevansa eri mieltä. (Taulukko 3.)

Henkisiin kysymyksiin (ka 2,83, kh 0,923) sekä psykologisiin tarpeisiin (ka 2,60, kh 0,913), kuten pelkoon, ahdistukseen tai masennukseen, liittyvät syyt koettiin olevan riittävä syy potilaan siirtämiseen palliatiivisen hoidon erikoislääkärin vastaanotolle, mutta vastaukset jakoivat vastaajien mielipiteet puolesta ja vastaan. Psykososiaalisia syyt (ka 2,02, kh 0,852), kuten työttömyys, taloudelliset tarpeet tai asumiseen liittyvät haasteet ja sosiaaliset tarpeet (ka 2,1, kh 0,869), kuten sosiaalisen vuorovaikutuksen puute tai monimutkainen perhetilanne, ei koettu olevan riittävä syy palliatiivisen hoidon erikoislääkärin vastaanotolle siirtämiseen. (Taulukko 3.)

Vastaajien vastaukset jakautuivat tässä osiossa useisiin eri vaihtoehtoihin. Keskiarvoissa ja keskihajonnoissa näkyi selkeää vaihtelua, mikä kuvaa vastaajien erilaisten näkemysten ja arviointien kirjoa eri tilanteissa. Kliinisiä, psykologisia, sosiaalisia ja henkisiä tekijöitä koskevat arviot eivät muodostaneet selkeästi yhtenäistä suuntaa, vaan vastausjakaumat olivat

useiden väittämien osalta hajanaisia. Ainoa tilanne, jossa vastaajien antamat arviot olivat selvästi yhdenmukaisempia, liittyi vaikeaan ja pitkälle edenneeseen sydämen vajaatoimintaan (NYHA IV). Tätä koskevassa väittämässä vaihtelu oli muita väittämiä vähäisempää, ja vastaajat sijoittuivat keskimäärin lähelle samaa vaihtoehtoa. (Taulukko 3.)

Taulukko 3 Asenteet ja uskomukset elämän loppuvaiheen hoitoon

Osa C, Lähettäisin/ohjaisin kroonista sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan "palliativisen hoidon" erikoislääkärin vastaanotolle, jos:	Kaikki ka (kh)	Lääkärit ka (kh)	Muut ammattil. ka (kh)	Asymp. Sig
Hänellä on vastadiagnosoitu sydämen vajaatoiminta, lääkitys ja vähäiset tai oireettomat oireet (NYHA-luokka I)	1,75 (0,860)	1,17 (0,389)	1,93 (0,888)	0,003
Oireet ovat pysyneet vakaina nykyisellä hoidolla, mutta nyt oireet alkavat lisääntyä. (NYHA II-III)	2,46 (0,851)	1,92 (0,669)	2,63 (0,838)	0,011
Oireet pahenevat, liikuntakyky heikkenee ja hän on yhä enemmän sidottu kotiin ja eristyksissä (NYHA III-IV)	3,33 (0,810)	2,75 (1,055)	3,50 (0,641)	0,015
On heikko hoitovaste, useita sairaalahoitjaksoja, pitkälle edenneet vaikeat oireet jopa levossa, monielinvauriot, sydämen kakeksia ja huono elämänlaatu (NYHA-luokka IV)	3,77 (0,469)	3,75 (0,622)	3,78 (0,423)	0,771
En olisi yllättynyt, jos potilas kuolisi seuraavan 12 kuukauden aikana	3,52 (0,641)	3,42 (0,793)	3,55 (0,597)	0,707
On terminaalivaiheessa, mm kardiogeeninen sokki ja useiden elinten vajaatoiminta	3,04 (1,137)	2,58 (1,240)	3,18 (1,083)	0,122
Henkiset kysymykset (ongelmat, jotka liittyvät itsetunnon säilyttämiseen fyysisen toimintakyvyn heikentyessä, hoitoon ja/tai elinsiirtoon vaikuttavat hengelliset ja uskonnolliset uskomukset, merkityksen ja toivon palauttaminen potilaiden elämään)	2,83 (0,923)	2,50 (1,000)	2,93 (0,888)	0,186
Psykososiaaliset syyt (työttömyys, taloudelliset tarpeet, asuntoasiat, vaikeudet yllä pitää hoitoa asuinpaikassa)	2,02 (0,852)	1,92 (0,996)	2,05 (0,815)	0,515
Sosiaaliset tarpeet (sosiaalisen vuorovaikutuksen puute, sosiaalisten taitojen ja hallinnan tunteen puute, monimutkainen perhetilanne)	2,10 (0,869)	2,08 (1,084)	2,10 (0,810)	0,881
Psykologiset tarpeet (pelkoon, ahdistukseen ja masennukseen liittyvät ongelmat, jotka voivat liittyä muihin ongelmiin)	2,60 (0,913)	2,50 (1,000)	2,63 (0,897)	0,731

5.4 Potilaiden siirtäminen palliatiivisen hoidon erikoislääkärille ammatti taustamuuttujan perusteella

Vaikka vastaajat (lääkärit ka 1,17; muut ka 1,93) eivät olleet valmiita siirtämään potilaita palliatiivisen hoidon erikoislääkärin vastaanotolle NYHA I -luokassa, oli vastauksissa tilastollisesti merkitsevä ero ($p = 0,003$) muiden terveydenhuollon ammattilaisten ollessa vastauksissa selkeästi myönteisempiä kuin lääkärit. Potilaan oireiden lisääntymisen myötä, NYHA II–III, muut terveydenhuollon ammattilaiset (ka 2,63) olivat jo valmiimpia siirtämään potilaat palliatiivisen hoidon erikoislääkärin vastaanotolle kuin lääkärit (ka 1,92), vastauksen ollessa tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,011$). (Taulukko 3.)

Tilanteessa, jossa potilaan oireet pahenevat, liikuntakyky heikkenee ja potilas kokee olevansa enemmän sidottu kotiin (NYHA III–IV), lääkärit (ka 2,75, kh 1,055) olivat valmiimpia siirtämään potilaat palliatiivisen hoidon erikoislääkärin vastaanotolle, kun muut terveydenhuollon ammattilaiset (ka 3,50, kh 0,641) olivat jo lähes yksimielisesti valmiita siirtämään potilaat palliatiivisen hoidon erikoislääkärin vastaanotolle. Tässä ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,015$). Sydämen vajaatoiminnan edetessä viimeiseen luokkaan (NYHA IV), lääkärit (ka 3,75, kh 0,622) ja muut terveydenhuollon ammattilaiset (ka 3,78, kh 0,423) olivat valmiita siirtämään potilaan lähes yksimielisesti palliatiivisen hoidon erikoislääkärin vastaanotolle. (Taulukko 3.)

Lääkärit (ka 3,42, kh 0,793) sekä muut terveydenhuollon ammattilaiset (ka 3,55, kh 0,597) olivat lähes yksimielisesti valmiita siirtämään potilaan palliatiivisen hoidon erikoislääkärin vastaanotolle, kun eivät kokeneet olevansa yllättyneitä, jos potilas kuolisi seuraavan 12 kuukauden aikana. Terminaalivaiheessa olevan potilaan siirtäminen palliatiivisen hoidon erikoislääkärin vastaanotolle jakoi vastaajien mielipiteet, vaikkakin vastaus ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,122$). Lääkäreistä (ka 2,58, kh 1,240) vähän yli puolet oli valmiit siirtämään potilaan palliatiivisen hoidon erikoislääkärin vastaanotolle, kun taas muut terveydenhuollon ammattilaiset (ka 3,18, kh 1,083) olivat lähes kaikki valmiita siirtämään potilaan palliatiivisen hoidon erikoislääkärin vastaanotolle. (Taulukko 3.)

Lääkäreistä (ka 2,50, kh 1,000) vain vähän yli puolet ja muista terveydenhuollon ammattilaisista (ka 2,93, kh 0,888) lähes kaikki olivat valmiit siirtämään potilaan palliatiivisen hoidon erikoislääkärin vastaanotolle, kun kyse oli henkisistä kysymyksistä. Ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,186$). Psykologiset tarpeet koettiin molempien vastaajien ryhmässä syyksi siirtää potilas palliatiivisen hoidon erikoislääkärin

vastaanotolle, lääkäreistä (ka 2,50, kh 1,000) ja muiden terveydenhuollon ammattilaisista (ka 2,63, kh 0,897) yli puolet. Psykososiaaliset syyt, kuten työttömyys ja taloudelliset tarpeet, ei koettu riittäväksi syyksi siirtää potilas palliatiivisen hoidon erikoislääkärin vastaanotolle, lääkärit (ka 1,92, kh 0,996) ja muut terveydenhuollon ammattilaiset (ka 2,05, kh 0,815). Sosiaaliset tarpeet ei myöskään koettu riittäväksi syyksi siirtää potilas palliatiivisen hoidon erikoislääkärin vastaanotolle, lääkäreistä (ka 2,08, kh 1,084) alle puolet, samoin muista terveydenhuollon ammattilaisista (ka 2,10, kh 0,810). (Taulukko 3.)

Vastaajat kokivat palliatiivisen hoidon toteuttamiseen liittyvät tehtävät pääosin melko luonteviksi. Oireiden hallinnan tarjoaminen sai korkean keskiarvon (ka 3,46, kh 0,609), ja lääkärit kokivat tämän kaikkein luontevimmaksi (ka 3,75, kh 0,452), kun taas muiden terveydenhuollon ammattilaisten keskiarvo oli hieman matalampi (ka 3,38, kh 0,628). Emotionaalisen tuen tarjoaminen arvioitiin sekin melko luontevaksi (ka 3,21, kh 0,667), mutta selvästi vähemmän kuin oireiden hallinta. Tässä kohdassa muut terveydenhuollon ammattilaiset arvioivat emotionaalisen tuen antamisen luontevammaksi (ka 3,28, kh 0,640) kuin lääkärit (ka 3,00, kh 0,739). Ammattiryhmien väliset erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä. (Taulukko 4.)

Taulukko 4 Palliatiivisen hoidon toteuttamisen mielekkyys

Osa C, Arvioi, kuinka samaa mieltä olet palliatiivisen hoidon toteuttamisesta: Valitse itseäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto	Kaikki ka (kh)	Lääkärit ka (kh)	Muut ammattilaiset ka (kh)	Asymp. Sig
Tunnen oloni luontevaksi tarjotessani potilailleni oireiden hallintaa	3,46 (0,609)	3,75 (0,452)	3,38 (0,628)	0,061
Tunnen oloni luontevaksi tarjotessani potilaille emotionaalista tukea, jonka avulla kyetään lievittämään heidän pelkoaan ja ahdistustaa	3,21 (0,667)	3,00 (0,739)	3,28 (0,640)	0,234

© Hui ym. 2015; Singh ym. 2021

5.5 Palvelun nimen ”palliatiivinen hoito” ja ”tukihoito” vaikutus palliatiivisen hoitoon siirtämiseen

Vastauksien mukaan vastaajat suhtautuivat molempiin palvelun nimiin pääosin myönteisesti. Palvelun nimiä ”palliatiivinen hoito” että ”tukihoito” ei koettu esteenä potilaiden siirtämiselle oireenmukaiseen hoitoon (”palliatiivinen hoito” ka 1,81, kh 0,793 vs. ”tukihoito” ka 1,95, kh 0,779). Lääkäreiden mielestä ”palliatiivinen hoito” (ka 1,42, kh 0,515) oli vähemmän esteenä potilaan siirtämiselle oireen mukaiseen hoitoon verrattuna ”tukihoitoon” (ka 1,75, kh 0,754), kun taas muut terveydenhuollon ammattilaiset kokivat ”palliatiivisen hoidon” (ka 1,93, kh

0,829) ja varsinkin ”tukihoitoon” (ka 2,05, kh 0,783) jopa esteeksi. Kumpaakaan nimeä, ”palliativinen hoito” (ka 1,69, kh 0,755) ja ”tukihoito” (ka 1,56, kh 0,608), ei pääsääntöisesti pidetty vastaajien kesken saattohoidon tai elämän loppuvaiheen synonyymina. Kuitenkin ammattiryhmittäin tarkasteltuna osa lääkäreistä (ka 1,92, kh 0,793) koki ”palliativisen hoidon” enemmän saattohoidon synonyymina, kuin muut terveydenhuollon ammattilaiset (ka 1,63, kh 0,740). Merkittävin palvelun nimien välinen ero liittyi väittämään toivon heikkenemisestä. Kaikkien vastaajien kesken ”palliativinen hoito” koettiin toivoa vähentäväksi (ka 2,58, kh 0,825), kun taas ”tukihoitoa” ei (ka 1,65, kh 0,556). Tässä ammattiryhmien väliset vastaukset olivat lähes saman kaltaiset. Palvelunimen kytkeytymistä potilaan ennusteeseen koskevat arviot asettuivat lähelle asteikon keskikohtaa molemmilla termeillä (”palliativinen hoito” ka 2,21, kh 0,825 vs. ”tukihoito” ka 2,19, 0,793) ilman olennaisia eroja ammattiryhmien välillä. Yhteenvetona voidaan todeta, että palvelunimen ei koettu olevan esteenä potilaan siirrossa oireenmukaiseen hoitoon, mutta ”palliativinen hoito” yhdistettiin enemmän toivon heikkenemiseen liittyväksi miellelyhtymäksi kuin ”tukihoito”. (Taulukko 5.)

Taulukko 5 Palvelun nimen vaikutus palliativiseen hoitoon

Osa C, Palvelun nimi ”Palliativinen hoito” vs ”Tukihoito”	Palliativinen hoito			Tukihoito		
	Kaikki ka (kh)	Lääkärit ka (kh)	Muut ka (kh)	Kaikki ka (kh)	Lääkärit ka (kh)	Muut ka (kh)
Palvelun nimi on esteenä potilaiden ohjaamiselle oireen mukaiseen hoitoon	1,81 (0,793)	1,42 (0,515)	1,93 (0,829)	1,95 (0,779)	1,75 (0,754)	2,05 (0,783)
Palvelun nimi on synonyymi saattohoidolle ja elämän loppuvaiheelle	1,69 (0,755)	1,92 (0,793)	1,63 (0,740)	1,56 (0,608)	1,42 (0,515)	1,60 (0,632)
Palvelun nimi voi vähentää potilaiden ja perheiden toivoa, koska se antaa ymmärtää, ettei mitään ole tehtävissä	2,58 (0,825)	2,42 (0,793)	2,63 (0,838)	1,65 (0,556)	1,75 (0,754)	1,63 (0,490)
Palvelun nimi riippuu ennusteesta	2,21 (0,825)	2,17 (0,718)	2,23 (0,862)	2,19 (0,793)	2,25 (0,754)	2,18 (0,813)

6 Pohdinta

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata terveydenhuollon ammattilaisten asenteita ja uskomuksia sydämen vajaatoimintapotilaiden palliatiiviseen hoitoon, ennakoivan hoitosuunnitelman laatimiseen sekä palliatiiviseen hoitoon siirtämiseen. Lisäksi tarkasteltiin, miten vastaajien taustamuuttuja ”ammattiryhmä” oli yhteydessä näihin asenteisiin ja uskomuksiin. Tutkimuksen tulokset antoivat viitteitä siitä, että terveydenhuollon ammattilaiset suhtautuvat pääosin myönteisesti kroonista sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan palliatiiviseen hoitoon, palliatiiviseen hoitoon siirtämiseen ja ennakoivan hoitosuunnitelman tekoon.

Vastaajat kokivat keskustelut potilaiden kanssa sairauden ennusteesta, kuolemasta ja kuolemisen ja elämän laadusta pääsääntöisesti melko luonteviksi. Samansuuntaisia havaintoja ovat tehneet myös Singh ym. (2021), joiden tutkimuksessa yli puolet vastaajista piti palliatiiviseen hoitoon liittyviä keskusteluja luontevana osana potilaan hoitoa. Lisäksi Tay ym. (2021) raportoivat, että terveydenhuollon ammattilaiset tunnistivat palliatiivisen hoidon merkityksen etenevien sairauksien hoidossa (Tay ym., 2021). Tämän tutkimuksen vastaajat kokivat työnsä myös merkitykselliseksi, kun he pystyivät keskustelemaan potilaiden kanssa elämän loppuvaiheen hoidosta. Tämä voi viitata siihen, että suomalaiset terveydenhuollon ammattilaiset ovat valmiita käsittelemään haastaviakin teemoja sydämen vajaatoimintapotilaiden kanssa ja ymmärtävät palliatiivisen hoidon merkityksen, vaikka johtopäätökset perustuvat tämän tutkimuksen melko pieneen vastaajajoukkoon.

Suurin osa vastaajista ei kokenut epäonnistumisen tunnetta siitä, etteivät he voineet vaikuttaa sairauden luonnolliseen etenemiseen. Samansuuntaisia tuloksia raportoivat Singh ym. (2021), joiden tutkimuksessa vastaajat eivät myöskään kokeneet epäonnistumisen tunteita potilaan tilanteen heikentyessä. On kuitenkin huomionarvoista mainita, että osa aikaisemmista tutkimuksista on tuonut esiin myös päinvastaisia kokemuksia, joiden mukaan terveydenhuollon ammattilaiset voivat kokea voimakastakin riittämättömyyden tunnetta tilanteissa, joissa kroonista sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan hoidon rajallisuudet korostuvat. (Schichtel ym., 2021; Singh ym., 2020; Tay ym., 2021).

Ennakoivaan hoitosuunnitelmaan liittyvät uskomukset olivat kokonaisuutena erittäin myönteisiä. Vastaajat olivat lähes yksimielisiä siitä, että potilaan kanssa tehtävä ennakoiva

hoitosuunnitelma tukee potilaan hoitoa, saattohoitoa sekä potilaan arvoihin ja tavoitteisiin perustuvaa päätöksentekoa. Ennakoivan hoitosuunnitelman koettiin myös selkeästi edistävän kroonista sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan hoidon suunnittelua, ohjausta ja jatkuvuutta. Vastaajien vähäisestä määrästä huolimatta tuloksissa näkyi vahva yhteisymmärrys siitä, että ennakoivan hoitosuunnitelman laatimista kroonista sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaalle pidetään tärkeänä ja tarpeellisena osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa Suomessa. Myös kansainväliset tutkimukset tukevat ennakoivan hoitosuunnitelman tärkeyttä kroonista sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan hoidossa (Braña-Marcos ym., 2026; Fairlamb & Murtagh, 2021; Macchiarelli ym., 2026).

Huomionarvoista on myös mainita, että ennakoivan hoitosuunnitelman teossa tulee myös huomioida kulttuuritekijät, koska kaikille kulttuureille ei ole ominaista keskustella kuolemasta ja kuolemasta (Tokunaga-Nakawatase ym., 2020).

Vastaajat kokivat suhteensa kroonista sydämen vajaatoimintaa sairastaviin potilaisiin ja heidän omaisiinsa melko etäiseksi, mikä saattaa liittyä hoitosuhteiden lyhyeen keston. Tutkimuksessa 87 % vastaajista oli hoitanut potilasta enintään 0–6 kuukauden ajan ennen potilaan siirtymistä palliatiivisen hoidon piiriin, mikä voi osaltaan selittää etäisyyden kokemusta (Taulukko 1). Vertaistuen järjestäminen kuoleville potilaille nousi selvästi heikoimmaksi osa-alueeksi, mikä voi johtua terveydenhuollon rajallisista resursseista tai rakenteellisista haasteista tällaisten tukimuotojen toteuttamisessa. Myös Singh ym. (2021) tulokset olivat samansuuntaiset.

Ammattiryhmien vastauksissa havaittiin tilastollisesti merkitseviä eroja neljässä väittämässä. Yksi näistä koski epäonnistumisen tunteita tilanteissa, joissa potilaan sairauden luonnolliseen etenemiseen ei voida vaikuttaa. Suurin osa vastaajista ei kokenut näitä tilanteita henkilökohtaisena epäonnistumisena, mutta ammattiryhmien välillä ilmeni selvä ero, sillä lääkärit raportoivat tällaisia tunteita huomattavasti harvemmin kuin muut terveydenhuollon ammattilaiset. Samansuuntaisia havaintoja ovat esittäneet myös Singh ym. (2021), joiden tutkimuksessa kaksi kolmesta vastaajasta ei kokenut epäonnistumisen tunteita potilaan sairauden edetessä.

Lääkärit kokivat ennusteeseen, kuolemaan ja elämänlaatuun liittyvät keskustelut jonkin verran luontevammiksi kuin muut terveydenhuollon ammattilaiset, vaikka ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Tämä on ymmärrettävää, sillä lääkärit ovat tyypillisesti keskeisessä roolissa hoitolinjausten päätöksenteossa ja ennusteen laatimisessa (Caleffi, ym., 2025; Schallmo ym.,

2019). Lääkäreiden arviot olivat myös hieman myönteisempiä työn merkityksellisyydestä elämän loppuvaiheen hoidossa sekä suhteensa läheisyydestä potilaisiin verrattuna muihin terveydenhuollon ammattilaisiin. Samansuuntaisia havaintoja raportoivat myös Hjelmfors ym. (2014), joiden tutkimuksessa sydämen vajaatoimintaa hoitavat sairaanhoitajat katsoivat, että ennusteen ja elämän loppuvaiheen hoitoa koskevien keskustelujen ensisijainen vastuu kuuluu lääkäreille. Tämä roolijako selittää osaltaan, miksi lääkärit saattavat kokea tällaiset keskustelut luontevammiksi kuin muut ammattiryhmät. Aiemmassa kirjallisuudessa on kuitenkin tuotu esiin myös päinvastaisia havaintoja, joissa osa terveydenhuollon ammattilaisista kokee palliatiivista hoitolinjaa koskevat keskustelut haastaviksi ja pelkäävät, että aiheen ottaminen esille liian varhain voi heikentää potilaan luottamusta saamaansa hoitoon (Schallmo ym., 2019; Schichtel ym., 2021; Singh ym., 2018; Tay ym., 2021).

Palliatiivisen erikoislääkärin vastaanotolle siirtämisen ajankohta liittyi selkeästi sydämen vajaatoiminnan edenneisyyteen. Varhaisessa vaiheessa (NYHA I–II) vastaajat eivät yleensä olleet valmiita ohjaamaan potilasta palliatiivisen erikoislääkärin vastaanotolle, ja lääkäreiden asenteiden ollessa tässä vaiheessa muita terveydenhuollon ammattilaisia kielteisempiä, ryhmien välisen eron ollessa tilastollisesti merkitsevä. Tämä viittaa siihen, että palliatiivisen hoidon varhainen integrointi aktiivisen hoidon rinnalle ei ole vielä vakiintunut käytäntö. Samansuuntaisia tuloksia raportoitiin myös Singh ym. (2021) ja Ziehm ym. (2016) tutkimuksissa, jossa potilaan ohjaus palliatiivisen hoidon piiriin varhaisessa vaiheessa (NYHA I–II) koettiin olevan edelleen harvinaista.

Potilaan oireiden vaikeutuessa palliatiivisen hoidon erikoislääkärille ohjaaminen tuli todennäköisemmäksi. Lähes kaikki vastaajat olivat valmiita siirtämään NYHA III–IV-luokkaan kuuluvat potilaat palliatiivisen hoidon erikoislääkärin vastaanotolle, ja hoitajien valmius tähän oli lääkäreitä myönteisempää. Tulokset ovat yhteneväisiä kansainvälisen tutkimusnäytön kanssa. Aiemmat tutkimukset (Singh ym., 2021; Tokunaga-Nakawatase ym., 2020; Ziehm ym., 2016) ovat osoittaneet, että lääkärit sekä muut terveydenhuollon ammattilaiset pitävät palliatiivista hoitoa olennaisena osana sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoa elämän loppuvaiheessa. Tämä heijastaa käsitystä, jossa palliatiivinen hoito mielletään edelleen ensisijaisesti loppuvaiheen hoitomuodoksi, vaikka nykyiset suositukset (Blum ym., 2023; Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus, 2023) korostavat palliatiivisen hoidon varhaista käyttöönottoa jo sairauden alkuvaiheessa.

Lähes kaikki muut terveydenhuollon ammattilaiset olivat valmiita siirtämään potilaan palliatiivisen hoidon erikoislääkärin vastaanotolle henkisten syiden perusteella, kun taas lääkärit suhtautuivat tähän varovaisemmin. Psykologiset tarpeet nähtiin yleisesti hyväksyttävänä perusteina palliatiiviseen hoitoon siirtämiselle, mutta sosiaalisia tai psykososiaalisia tekijöitä ei pidetty yhtä vahvoina indikaatioina. Aiemmassa tutkimuksessa palliatiivinen hoito onkin liitetty ennen kaikkea emotionaaliseen ja eksistentiaaliseen tukeen, kun taas sosiaalista tukea on pidetty muiden tahojen, kuten sosiaalipalveluiden vastuulle kuuluvana (Tay ym., 2021).

Vastausten hajanaisuus voi viitata siihen, ettei palliatiiviseen hoitoon ohjaamisen kriteereistä ole terveydenhuollossa yhtenäistä käsitystä, lukuun ottamatta tilanteita, joissa sairaus on selvästi edennyt ja toimintakyky heikentynyt. Tätä tulkintaa tukevat myös aikaisemmat tutkimukset, joissa on todettu, että sydämen vajaatoiminnan etenemisen vaikea ennustettavuus ja hoitolinjauksen ajoituksen epäselvyys vaikeuttavat palliatiiviseen hoitoon ohjaamista (Hjelmfors ym., 2014; Tay ym., 2021).

Palliatiivisen hoidon käytännön toteuttaminen koettiin vastanneiden ammattilaisten keskuudessa pääosin luontevaksi, mutta eri osa-alueet painottuivat ammattiryhmittäin eri tavoin. Lääkäreille oireiden hallinta näyttäisi olevan luontaisempi osa heidän kliinistä rooliaan, kun taas muut terveydenhuollon ammattilaiset kokivat emotionaalisen tuen antamisen omaksi vahvuusalueekseen. Tämä vastaa aiemmin kuvattua palliatiivisen hoidon moniammatillista työnjakoa, jossa lääkärit keskittyvät lääketieteelliseen hoitoon ja muut ammattilaiset potilaan kokonaisvaltaiseen tukemiseen (Hjelmfors ym., 2014; Schichtel ym., 2021; Singh ym., 2021; Tay ym., 2021; Ziehm ym., 2016). Schichtel ym. (2021) tutkimuksessa työnjako nähtiin samanlaisena, mutta keskustelu kuolemasta ja kuolemisenstä ei koettu luontevaksi kummassakaan ammattiryhmässä. Tuloksista voidaan myös päätellä, että vaikka emotionaalinen tuki on olennainen osa palliatiivista hoitoa, sen toteutuminen voi vaihdella ammattiryhmittäin. Tämä voi korostaa tarvetta vahvistaa yhtenäisiä toimintamalleja ja varmistaa, että kaikki ammattilaiset kokevat emotionaalisen tuen antamisen osaksi omaa työtehtäväänsä.

Palvelun nimet ”palliatiivinen hoito” ja ”tukihoito” eivät muodostuneet selväksi esteeksi potilaan siirtämiselle palliatiiviseen hoitoon, vaikka ammattiryhmien välillä havaittiin jonkin verran eroja suhtautumisessa. Merkittävimmäksi palvelun nimien väliseksi eroksi nousi ”palliatiivinen hoito” -termin herättämä mielleyhtymä toivon heikkenemisestä, mikä ei

liittynyt yhtä voimakkaasti ”tukihoito” -termiin. Tämä tulos on yhdenmukainen Singh ym. (2021) havaintojen kanssa, jossa ”palliatiivinen hoito” miellettiin monien ammattilaisten keskuudessa negatiivisemmaksi termiksi kuin ”tukihoito”. Singh ym. (2021) ”palliatiivinen hoito” nähtiin synonyymina saattohoidolle, aiheuttaen potilaan toivon tai luottamuksen menettämisen. Nämä tulokset viittaavat siihen, että terminologia itsessään voi vaikuttaa ammattilaisten valmiuteen keskustella palliatiivisesta hoidosta, vaikka palvelun nimi ei muodostuisikaan varsinaiseksi esteeksi hoidon aloittamiselle.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimustulosten raportoinnissa on tärkeää arvioida koko tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuuden arviointi käsittää sekä validiteetin että reliabiliteetin tarkastelun. Validiteetti kuvaa mittarin kykyä mitata tarkoituksenmukaista ilmiötä, kun taas reliabiliteetti tarkoittaa mittarin johdonmukaista ja toistettavaa toimintaa (Gray & Grove, 2021; Heikkilä, 2014). Tässä tutkimuksessa käytettiin SPSS tilasto-ohjelmaa. SPSS tilasto-ohjelma mahdollistaa tilastollisten erojen ja riippuvuuksien tarkastelun, mutta varsinainen arvio siitä, kuvaavatko mittarin väittämät tutkittavaa ilmiötä riittävällä tarkkuudella, on tehtävä sisällöllisen arvioinnin kautta. Luotettavuuden läpinäkyvä raportointi on keskeistä, jotta tutkimuksen tuloksia voidaan tulkita ja hyödyntää perustellusti. (Gray & Grove, 2021; Heikkilä, 2014.)

Tässä tutkimuksessa käytetty mittari valittiin huolellisen kirjallisuuskatsauksen pohjalta, ja se pohjautui aiempaan tutkimusnäyttöön sekä valmiiksi kehitettyihin väittämiin. Mittarin käänös toteutettiin johdonmukaisena ja systemaattisena prosessina, jossa sisällön asiantuntijuus oli keskeisessä asemassa. Käännöstyössä varmistettiin, että väittämien käsitteellinen sisältö ja mittauks tarkoitus säilyivät muuttumattomina, ja että instrumentti soveltui suomalaiseen terveydenhuollon kontekstiin. Mittarin sisällöllistä validiteettia vahvistettiin edelleen esitestauksella, jossa arvioitiin kysymysten ymmärrettävyyttä ja toimivuutta. Esitestauksen perusteella tehtiin kielellisiä tarkennuksia, joiden avulla varmistettiin, että kysymykset mittasivat johdonmukaisesti niille asetettuja ilmiöitä.

Kyselytutkimuksissa reliabiliteetti on yleisin luotettavuuden arviointitapa. Tämän tutkimuksen reliabiliteettia arvioitiin Cronbachin alfalla (α), joka tarkastelee, kuinka hyvin saman osa-alueen väittämät mittaavat samaa ilmiötä. Yleisesti $\alpha \geq 0,70$ katsotaan hyväksyttäväksi, $\alpha \geq 0,80$ hyväksi ja $\alpha \geq 0,90$ erinomaiseksi (Gray & Grove, 2017; Heikkilä, 2014.) Tässä tutkimuksessa OSA B -osion (asenteet ja uskomukset liittyen elämän

loppuvaiheen hoitoon, 11 kysymystä) ja OSA C -osion (vastaajien asenteet ja uskomukset palliatiiviseen ja tuettuun hoitoon siirtämisestä, 10 kysymystä) yhteinen Cronbachin alfa oli 0,749, mikä osoittaa hyväksyttävää sisäistä johdonmukaisuutta. OSA C -osion (Jos palvelun nimi on ”palliatiivinen hoito” tai ”tukihoito”, miten suhtaudut) alfa-arvo jäi heikommaksi (0,575), mikä viittaa siihen, että väittämät eivät täysin mitanneet yhtenäistä ilmiötä. Tämä voi viitata siihen, että palvelun nimen vaikutus hoitoon ohjaamiseen on moniulotteinen aihe, jota vastaajat voivat tulkita eri tavoin, mikä näkyy sisäisen johdonmukaisuuden tasossa.

Luotettavuuden arvioinnissa on huomioitava myös sisältövaliditeetti, joka perustuu asiantuntija-arvioon siitä, kattavatko kysymykset tutkittavan ilmiön riittävästi. Lisäksi vastausprosentti ja puuttuvien arvojen määrä vaikuttavat mittarin luotettavuuteen ja tulosten yleistettävyyteen (Heikkilä, 2014). Korkea vastausprosentti ja vähäinen puuttuvien tietojen osuus vahvistavat mittauksen pätevyyttä, kun taas matala vastausprosentti voi lisätä vastausvinoiman riskiä. Hyvin suunniteltu ja esitettävä kysely, jossa väittämät ovat selkeitä ja johdonmukaisia, tukee tutkimuksen reliabiliteettia. Luotettavuuden huolellinen arviointi ja raportointi ovat välttämättömiä, jotta tutkimuksen tuloksia voidaan tulkita luotettavasti ja hyödyntää käytännön toiminnan sekä kliinisen päätöksenteon kehittämisessä (Gray & Grove, 2021; Heikkilä, 2014).

Sisältövaliditeettiin vaikuttavat vastausprosentti ja puuttuvien arvojen määrä. Tämän tutkimuksen luotettavuutta heikensi suhteellisen pieni vastausprosentti, mikä voi lisätä vastausvinoimaa ja rajoittaa tulosten yleistettävyyttä. Erityisesti taustamuuttujien ja päämuuttujien välisten yhteyksien tarkastelu on näillä perusteilla tulkittava suuntaa antavasti.

Kaiken kaikkiaan systemaattinen mittarin valinta, käänösprosessi, asiantuntija-arviot ja esitetaus tukivat tutkimuksen sisällöllistä validiteettia, kun taas tilastollinen reliabiliteettianalyysi osoitti mittarin sisäisen johdonmukaisuuden olevan pääosin hyväksyttävällä tasolla. Luotettavuuden läpinäkyvä arviointi vahvistaa tulosten uskottavuutta ja tukee niiden hyödyntämistä kliinisen toiminnan kehittämisessä (Gray & Grove, 2021; Heikkilä, 2014).

6.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksessa sitouduttiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) ohjeisiin ja eurooppalaiseen tutkimuseettiseen ohjeistukseen (Keiski ym., 2023). Hyvän tieteellisen

käytännön peruseriaatteisiin kuuluvat vastuullisuus, rehellisyys, luotettavuus ja tutkittavien arvostaminen.

Aineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella, joka toimitettiin osallistujille sähköpostitse hyvinvointialueen yhdyshenkilöiden kautta. Oheisen sähköpostin liitteenä tutkittavat saivat ennen vastaamista tutkimustiedotteen (Liite 1), jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus, vapaaehtoisuus, luottamuksellisuus sekä henkilötietojen käsittelyyn liittyvät käytännöt. Vastaamalla sähköiseen kyselyyn osallistujat antoivat tietoon perustuvan suostumuksensa (Liite 2). Osallistujilla oli oikeus kieltäytyä osallistumisesta, jättää vastaamatta ja keskeyttää osallistumisensa tutkimukseen missä vaiheessa tahansa. Kyselyssä ei kerätty tunnistettavia tietoja, joten lähetettyjä vastauksia ei voitu myöhemmin poistaa.

Tietosuojaja ja anonymiteetti varmistettiin koko tutkimusprosessin ajan. Vastaukset kerättiin anonymisesti, eikä tutkimuksessa käsitelty erityisiä henkilötietoja. Aineisto tallennettiin Turun yliopiston ylläpitämään suojattuun Seafile pilvipalveluun, joka edellyttää käyttäjätunnuksia ja täyttää tietoturva vaatimukset. Aineistoa säilytetään Turun yliopiston tietosuojakäytännön ja GDPR:n säilytyksen rajoittamisen periaatteen mukaisesti vain niin kauan kuin se on tutkimuksen käyttötarkoituksen kannalta tarpeellista. Kun aineistoa ei enää tarvita, se poistetaan.

Tutkimuksessa käytettiin aiemmin kehitettyä ja validoitua mittaria, jonka käyttöön oli hankittu asianmukaiset luvat. Mittarin käyttö, sen käänös ja kontekstuaalinen muokkaus toteutettiin johdonmukaisen ja systemaattisen prosessin mukaisesti. Tutkittavien vastauksia arvostettiin, ja tutkimuksen tulokset raportoitiin avoimesti, läpinäkyvästi ja rehellisesti.

7 Johtopäätökset

Tutkimus antaa viitteitä siitä, että suomalaisilla terveydenhuollon ammattilaisilla on kokonaisuudessaan myönteinen suhtautuminen palliatiiviseen hoitoon ja ennakoivan hoitosuunnitelman laatimiseen sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden hoidossa. Palliatiiviseen hoitoon liittyvät keskustelut koettiin pääosin luonteviksi, ja ennakoivan hoitosuunnitelman koettiin selvästi tukevan potilaan hoitoa, päätöksentekoa ja hoidon jatkuvuutta. Tämä osoittaa, että ammattilaiset pitävät ennakoivaa hoitosuunnitelmaa tärkeänä osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa.

Käytännön toteutuksessa oli kuitenkin vaihtelua, erityisesti varhaisen palliatiivisen hoidon aloittamisessa. Tulokset viittaavat siihen, että hoitokulttuuri painottuu edelleen palliatiivisen hoidon myöhäiseen vaiheeseen, vaikka hoitosuosituksissa korostetaan sen varhaista integrointia. Eri ammattiryhmien vastauksissa oli myös eroja, hoitajat suhtautuivat varhaisempaan palliatiiviseen hoitoon siirtämiseen myönteisemmin kuin lääkärit. Lisäksi terveydenhuollon ammattilaisten suhde potilaisiin ja vertaistuen järjestäminen potilaille näyttäytyivät haasteina, mikä voi liittyä sydämen vajaatoiminnan hoitopolun lyhyisiin hoitosuhteisiin ja terveydenhuollon rakenteisiin.

Palvelun nimikkeillä ei ollut merkittävää vaikutusta potilaan ohjaamiseen palliatiiviseen hoitoon, mutta ”palliatiivinen hoito” yhdistettiin useammin toivon heikkenemiseen kuin ”tukihoito”. Tämä korostaa palliatiivisen hoidon terminologiaan ja viestintään liittyviä haasteita.

Vaikka kansainvälinen tutkimus on laaja-alaista, suomalaisessa kontekstissa tietoa sydämen vajaatoimintapotilaiden palliatiivisen hoidon käytännöistä ja ammattilaisten valmiuksista on edelleen rajallisesti. Tulokset osoittavat tarpeen vahvistaa yhdenmukaisia käytäntöjä, lisätä koulutusta palliatiivisesta hoidosta ja edistää selkeitä hoitolinjauksia, jotka tukevat palliatiivisen hoidon varhaisempaa ja systemaattisempaa toteuttamista sydämen vajaatoiminnan hoidossa.

Lähteet

- Alavi, M., Le Lagadec, D. & Cleary, M. (2025). Challenges of cross-cultural validation of clinical assessment measures: A practical introduction. *Journal of Advanced Nursing*, 82(4), 941–949. <https://doi.org/10.1111/jan.16906>
- Balata, M., Radbruch, L., Hesse, M., Westenfeld, R., Neukirchen, M., Pfister, R., Batzler, Y.-N., Öztürk, C., Kavsar, R., Tiyerili, V., Weltermann, B., Pölsler, R., Standl, T., Nickenig, G. & Becher, M. (2024). Early integration of palliative care versus standard cardiac care for patients with heart failure (EPCHF): A multicentre, parallel, two-arm, open-label randomised controlled trial. *The Lancet Healthy Longevity*, 5(10). <https://doi.org/10.1016/j.lanhl.2024.08.006>
- Barrett, T., MacEwan, S., Melnyk, H., Volney, J., Singer, J., Tosto, G., Rush, L., Shiu-Yee, K., Benza, R. & McAlearney, A. (2023). The role of palliative care in heart failure, part 1: Referring provider perspectives about opportunities in advanced cardiac therapies. *Journal of Palliative Medicine*, 26(12), 1671–1677. <https://doi.org/10.1089/jpm.2022.0595>
- Blum, M., Goldstein, N., Jaarsma, T., Allen, L. & Gelfman, L. (2023). Palliative care in heart failure guidelines: A comparison of the 2021 ESC and the 2022 AHA/ACC/HFSA guidelines on heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 25(10), 1849–1855. <https://doi.org/10.1002/ejhf.2981>
- Braña-Marcos, B., Fernández-Arce, L., Vegas-Pardavila, E., Fernández-García, C. & Orts-Cortés, M. I. (2026). Factors influencing healthcare professionals' attitudes toward advance care planning. *Geriatric Nursing*, 68, 103825. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2026.103825>
- Caleffi, D., Alberti, S., Rovesti, S., Bassi, M. C., Hassen, H., Saguatti, I., Cannizzaro, D. & Ferri, P. (2025). Nurses' attitudes and perceptions towards heart failure palliative care: A mixed-method systematic review. *Healthcare*, 13(6), 673. <https://doi.org/10.3390/healthcare13060673>
- Capili, B. (2021). Cross-sectional studies. *American Journal of Nursing*, 121(10), 59–62. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000794280.73744.fe>
- De Vleminck, A., Pardon, K., Beernaert, K., Deschepper, R., Houttekier, D., Van Audenhove, C., Dellens, L. & Vander Stichele, R. (2014). Barriers to advance care planning in cancer, heart failure, and dementia patients: A focus group study on general

- practitioners' views and experiences. *PLOS ONE*, 9(1), e84905.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0084905>
- Egídio de Sousa, I., Pedroso, A., Chambino, B., Roldão, M., Pinto, F., Guerreiro, R., Araújo, I., Henriques, C. & Fonseca, C. (2021). Palliative care in heart failure: Challenging prognostication. *Cureus*, 13(9), e18301. <https://doi.org/10.7759/cureus.18301>
- Fairlamb, H. & Murtagh, F. (2021). Health professionals' perceptions of palliative care for end-stage cardiac and respiratory conditions: A qualitative interview study. *BMC Palliative Care*, 20, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00805-3>
- Finnerty, C. (2020). Translation and cultural adaptation of research instruments. *Nursing Research*, 69(2), 68–75. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000412>
- Godfrey, S., Kirkpatrick, J., Kramer, D. & Sulistio, M. (2023). Expanding the paradigm for cardiovascular palliative care. *Circulation*, 148(13), 1039–1052.
<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.123.063193>
- Goswami, P. (2021). Advance care planning and end-of-life communications: Practical tips for oncology advanced practitioners. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, 12(1), 89–98. <https://doi.org/10.6004/jadpro.2021.12.1.7>
- Gray, J. & Grove, S. (2021). *Burns and Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (9th ed.). St. Louis, Missouri. Elsevier.
- Heikkilä, T. (2014). *Tilastollinen tutkimus*. Porvoo. Edita.
- Higginbotham, K., Jones, I. & Johnson, M. (2021). Exploring healthcare professionals' decision-making when managing end-stage heart failure care: A grounded theory study. *Journal of Advanced Nursing*, 77(7), 3142–3155.
<https://doi.org/10.1111/jan.14852>
- Hilton, A. & Skrutkowski, M. (2002). Translating instruments into other languages: Development and testing process. *Cancer Nursing*, 25(1), 1–7.
<https://doi.org/10.1097/00002820-200202000-00001>
- Hjelmfors, L., Strömberg, A., Friedrichsen, M., Mårtensson, J. & Jaarsma, T. (2014). Communicating prognosis and end-of-life care to heart failure patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(2), 152–161.
<https://doi.org/10.1177/1474515114521746>
- Hui, D., Bansal, S., Park, M., Reddy, A., Cortes, J., Fossella, F. & Bruera, E. (2015). Differences in attitudes toward end-of-life care between hematologic and solid tumor oncology specialists. *Annals of Oncology*, 26(7), 1440–1446.
<https://doi.org/10.1093/annonc/mdv028>

- Keiski, R., Hämäläinen, K., Karhunen, M., Löfström, E., Näreaho, S., Varantola, K., Spoof, S.-K., Tarkiainen, T., Kaila, E. & Aittasalo, M. (Toim.) (2023). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohje 2023. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja; Vol. 2/2023. Tutkimuseettinen neuvottelukunta ja Tiedonjulkistamisen neuvottelukunta.
- Kesmodel, U. (2018). Cross-sectional studies—What are they good for? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 97(4), 388–393. <https://doi.org/10.1111/aogs.13331>
- Macchiarelli, A., Capulli, E., Chattat, R., Domenicali, M., Iorio, G., Lenzi, B., Maltoni, M., Neri, G., Peterle, C., Secli, S., Sironi, V., Ottoboni, G. & Ingravallo, F. (2026). Advance care planning knowledge, attitudes, and experiences among hospital healthcare professionals: A survey. *Palliative and Supportive Care*, 24, e61. <https://doi.org/10.1017/S1478951526101874>
- Maneesriwongul, W. & Dixon, J. (2004). Instrument translation process: A methods review. *Journal of Advanced Nursing*, 48(2), 175–186. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03185.x>
- McClung, J., Frishman, W. & Aronow, W. (2024). The role of palliative care in cardiovascular disease. *Cardiology in Review*, 32(5), 539–548. <https://doi.org/10.1097/CRD.0000000000000634>
- Metra, M., Tomasoni, D., Adamo, M., Anker, S., Bayes-Genis, A., Boehm, M., Butler, J., Chioncel, O., Filippatos, G., Gustafsson, F., Jankowska, E., Kaski, J. C., Moura, B., Petrie, M., Ponikowski, P., Rakisheva, A., Ristic, A., Roubille, F., Savarese, G., Seferovic, P., van der Meer, P., Volterrani, M., Coats, A., Chopra, V. & Rosano, G. (2025). SGLT2 inhibitors for the prevention and treatment of heart failure. *ESC Heart Failure*, 12, 3806–3825. <https://doi.org/10.1002/ehf2.15408>
- Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus. (2019). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 16.3.2025. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>
- Radbruch, L., De Lima, L., Knaut, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Munyoro, E., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K., Goh, C., Gomez-Garcia, W., Harding, R., Khan, Q., Larkin, P., Leng, M., Luyirika, E., Marston, J., Moine, S., Osman, H., Pettus, K., Puchalski, C., Rajagopal, M., Spence, D., Spruijt, O.,

- Venkateswaran, C., Wee, B., Woodruff, R., Yong, J. & Pastrana, T. (2020). Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(4), 754–764.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
- Rogers, J., Patel, C., Mentz, R., Granger, B., Steinhauer, K., Fiuzat, M., Adams, P., Speck, A., Johnson, K., Krishnamoorthy, A., Yang, H., Anstrom, K., Dodson, G., Taylor, D., Kirchner, J., Mark, D., O'Connor, C. & Tulsy, J. (2017). Palliative care in heart failure: the PAL-HF randomized, controlled clinical trial. *Journal of the American College of Cardiology*, 70(3), 331–341. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.05.030>
- Saarto, T. & Lehto, J. (2019). Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Suomessa kolmiportainen malli. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 135 (6), 535–541.
<https://www.duodecimlehti.fi/duo14834>
- Sahlollbey, N., Lee, C., Shirin, A. & Joseph, P. (2020). The impact of palliative care on clinical and patient-centred outcomes in patients with advanced heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. *European Journal of Heart Failure*, 22, 2340–2346. <https://doi.org/10.1002/ejhf.1783>
- Schallmo, M., Dudley-Brown, S. & Davidson, P. (2019). Healthcare Providers' Perceived Communication Barriers to Offering Palliative Care to Patients with Heart Failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 34 (2), E9-E18.
<https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000556>
- Schichtel, M., MacArtney, J., Wee, B. & Boylan, A. (2021). Implementing advance care planning in heart failure: a qualitative study of primary healthcare professionals. *British Journal of General Practice*, 71(708), e550-e560.
<https://doi.org/10.3399/BJGP.2020.0973>
- Singh, G., Davidson, P., Macdonald, P. & Newton, P. (2018). The perspectives of health care professionals on providing end of life care and palliative care for patients with chronic heart failure: An integrative review. *Heart, Lung & Circulation*, 28(4), 539–552.
<https://doi.org/10.1016/j.hlc.2018.10.009>
- Singh, G., Ramjan, L., Ferguson, C., Davidson, P. & Newton, P. (2020). Access and referral to palliative care for patients with chronic heart failure: a qualitative study of healthcare professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9-10), 1576-1589.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15222>
- Singh, G., Ferguson, C., Davidson, P. & Newton, P. (2021). Attitudes and practices towards palliative care in chronic heart failure: a survey of cardiovascular nurses and

- physicians. *Contemporary Nurse*, 57(1–2), 113–127.
<https://doi.org/10.1080/10376178.2021.1928522>
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt [verkkójulkaisu]. ISSN=1799–5051.
 Helsinki: Tilastokeskus (viitattu: 20.2.2026). Saantitapa: <https://stat.fi/fi/tilasto/ksyyt>
- Sydämen vajaatoiminta. Käypä hoito -suositus. (2023). Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 16.3.2025.
<https://www.kaypahoito.fi/hoi50113?tab=suositus>
- Sydämen vajaatoiminta. Käyvän hoidon potilasversiot. (2023). Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 5.4.2026. <https://www.kaypahoito.fi/khp00124>
- Tay, J., Compton, S., Phua, G., Zhuang, Q., Neo, S., Lee, G., Wijaya, L., Chiam, M., Woong, N. & Krishna, L. (2021). Perceptions of healthcare professionals towards palliative care in internal medicine wards: a cross-sectional survey. *BMC Palliative Care*, 20(1), 101. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00805-3>
- Tokunaga-Nakawatase, Y., Ochiai, R., Sanjo, M., Tsuchihashi-Makaya, M., Miyashita, M., Ishikawa, T. & Watabe, S. (2020). Perceptions of physicians and nurses concerning advance care planning for patients with heart failure in Japan. *Annals Of Palliative Medicine*, 9(4), 1718–1731. <https://doi.org/10.21037/apm-19-685>
- Tomasoni, D., Vishram-Nielsen, J., Pagnesi, M., Adamo, M., Lombardi, C., Gustafsson, F. & Metra, M. (2022) Advanced Heart Failure: Guideline-Directed Medical Therapy, Diuretics, Inotropes, and Palliative Care, *ESC Heart Failure*, 9(3), 1507–1523.
<https://doi.org/10.1002/ehf2.13859>
- Vihelä, M., Hökkä, M. & Kaakinen, P. (2020). Potilaiden ja läheisten kokemukset sairaanhoitajan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. *Hoitotiede*, 32(4), 275-284.
- Webropol. (2024). Mikä on hyvä kyselyn vastausprosentti? <https://webropol.fi/mika-on-hyva-kyselyn-vastausprosentti/>
- World Health Organization (WHO). (2023). Palliative care. Viitattu 17.1.2025.
<https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-carePrognostication>. *Cureus* 2021;13(9):e18301
- Yang, H., Liang, T. & Zhang, C. (2024) Attitudes and Practices of Healthcare Professionals in Palliative Care for Heart Failure. *Indian Journal of Palliative Care*.
https://doi.org/10.25259/IJPC_364_2024

Ziehm, J., Farin, E., Seibel, K., Becker, G. & Köberich, S. (2016). Health care professionals' attitudes regarding palliative care for patients with chronic heart failure: an interview study. *BMC Palliative Care*, 15, 76. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0149-9>

Liitteet

Liite 1. Tiedote tutkimuksesta

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

Terveystieteiden ammattilaisten asenteet ja uskomukset kroonista sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan palliatiivisesta hoidosta ja hoitoon siirtymisessä

Pyyntö osallistua tutkimukseen

Sinua pyydetään mukaan tutkimukseen, jossa tutkitaan terveydenhuollon ammattilaisten asenteita ja uskomuksia sydämen vajaatoimintapotilaan palliatiiviseen hoitoon, ennakoivan hoitosuunnitelman tekoon sekä palliatiiviseen hoitoon siirtämisestä. Tutkimus toteutetaan sähköisenä kyselyinä.

Sinua pyydetään osallistumaan tähän tutkimukseen, koska olet terveydenhuollon ammattilainen ja hoidat sydämen vajaatoimintaa sairastavia potilaita. Mikäli olet saanut kutsun osallistua tutkimukseen, etkä hoida sydämen vajaatoimintaa sairastavia potilaita, ei tämä tutkimus koske sinua. Tutkimus lähetetään kahden hyvinvointialueen sydämen vajaatoimintapotilaita hoitaville terveydenhuollon ammattilaisille. Kohdejoukon arvioidaan olevan noin 6600 henkilöä. Organisaatiosta on saatu asianmukaiset luvat tutkimuksen toteutukselle.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Voit kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen, tai keskeyttää sen tarvitsematta perustella tätä. Lähettäessäsi kyselyn lähetä painikkeella, et voi peruuttaa osallistumista, koska tunnisteellisia tietoja ei kysytä. Lähetetty lomake tulkitaan suostumukseksi osallistua tutkimukseen.

Tutkimuksen toteuttaja ja rahoittaja

Tutkimus toteutetaan Turun yliopiston, lääketieteellisen tiedekunnan hoitotieteen laitoksen toimesta ja sen toteuttaa TtM-opiskelija, sairaanhoitaja YAMK Tanja Valkonen. Tutkimuksesta vastaa professori Riitta Suhonen.

Tutkimuksen kulku

Sähköpostin mukana saat linkin sähköiseen kyselyyn, johon vastaaminen kestää n. 15 minuuttia. Tutkimukseen osallistuminen ei aiheuta sinulle kuluja. **Vastaathan ennen 31.10. 2025, jonka jälkeen kysely sulkeutuu.**

Tutkimuksesta mahdollisesti aiheutuvat hyödyt ja haitat

Tutkittavalle ei koidu tutkimuksesta välillistä hyötyä, eikä siitä arvioida koituvan erityistä haittaa. Kyselyyn vastataan nimettömänä.

Tutkimuksesta maksettavat korvaukset

Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota.

Henkilötietojen käsittely

Tutkimuksessa saadut tiedot ovat luottamuksellisia. Tässä tutkimuksessa ei kerätä syntymävuoden ja sukupuolesi lisäksi muita henkilötietoja eikä muita tunnistettavia tietoja. Kaikkia tutkimukseen kerättäviä tietoja käsitellään siten, ettei yksittäisiä tietoja pystytä tunnistamaan tutkimukseen liittyvistä tutkimustuloksista, selvityksistä tai julkaisuista. Tutkimuksessa kerättäviä henkilötietoja käsitellään tietosuoja-asetuksen mukaisesti (ks. tietosuojaseloste).

Tutkimusaineiston säilyttäminen ja tutkimustulosten raportointi

Tutkimuksessa kerätyt aineistot säilytetään Turun yliopiston ylläpitämässä, käyttäjätunnuksin varustetussa tietoturvalisessä Seafire - pilvitalennuspalvelussa. Tutkimuksessa kerättyä aineistoa säilytetään tutkimuksen valmistumiseen asti, jonka jälkeen kyselystä saatu aineisto hävitetään.

Aineisto käytetään tieteellisiin tarkoituksiin. Tutkimustulokset raportoidaan oppinäytetyönä, ja mahdollisesti tieteellisenä julkaisuna.

Lisätietojen antajan yhteystiedot

Lisätietoja tutkimuksesta antaa

Tanja Valkonen tamaav@utu.fi
Hoitotieteen laitos, 20014 Turun yliopisto

Tanja Valkonen
TtM-opiskelija, TtK, Sh-YAMK
Tutkimuksen tekijä
Hoitotieteen laitos,
20014 Turun yliopisto
tamaav@utu.fi
[REDACTED]

Riitta Suhonen
Professori, TtT
Tutkimuksen tieteellinen vastuhenkilö
Hoitotieteen laitos,
20014 Turun yliopisto
riisuh@utu.fi
[REDACTED]

Liite 2. Tutkittavan suostumus

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

Tutkimuksen nimi: Terveydenhuollon ammattilaisten asenteet ja uskomukset kroonista sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan palliatiivisesta hoidosta ja hoitoon siirtymisessä

Tutkimuksen toteuttaja:

Tanja Valkonen tamaav@utu.fi

Hoitotieteen laitos, 20014 Turun yliopisto

Ohjaaja: professori, TtT Riitta Suhonen

Minua on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun tutkimukseen, jonka tarkoituksena on tutkia terveydenhuollon ammattilaisten asenteita ja uskomuksia kroonista sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan palliatiivisesta hoidosta ja hoitoon siirtymisessä

Olen saanut tiedotteen tutkimuksesta ja ymmärtänyt sen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja toteutuksesta, oikeuksistani sekä tutkimuksen mahdollisesti liittyvistä hyödyistä ja riskeistä. Minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini.

Olen saanut tiedot tutkimukseen mahdollisesti liittyvästä henkilötietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta ja minun on ollut mahdollista tutustua tutkimuksen tietosuojaselosteeseen.

Osallistun tutkimukseen vapaaehtoisesti. Minua ei ole painostettu eikä houkuteltu osallistumaan tutkimukseen.

Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen.

Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista ja että sähköisen kyselyn lähettäminen tulkitaan suostumukseksi osallistua tutkimukseen. Olen tietoinen, että lähettäessäni kyselyn, tietoja ei pystytä tunnistamaan tai poistamaan aineistosta.

Vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen. (valinta ”kyllä” sähköisessä lomakkeessa, joka johtaa kyselylomakkeeseen)

Liite 3. Kategoriset muuttujat

Osa B, asenteet ja uskomukset liittyen elämän loppuvaiheen hoitoon, mukaan lukien ennakoiva hoitosuunnitelma			
Keskustelen luontevasti potilaan kanssa ennusteesta ja sairauden kulusta			
Vastausvaihtoehto	Lääkärit n (%)	Muut th:n ammattilaiset n (%)	Kaikki n (%)
1. Täysin eri mieltä	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
2. Eri mieltä	0 (0 %)	6 (15 %)	6 (12 %)
3. Samaa mieltä	5 (42 %)	17 (43 %)	22 (42 %)
4. Täysin samaa mieltä	7 (58 %)	17 (43 %)	24 (46 %)
Yhteensä	12 (100 %)	40 (100 %)	52 (100 %)
Keskustelen luontevasti kuolemasta ja kuolemisesta potilaiden kanssa			
Vastausvaihtoehto	Lääkärit n (%)	Muut th:n ammattilaiset n (%)	Kaikki n (%)
1. Täysin eri mieltä	0 (0 %)	2 (5 %)	2 (4 %)
2. Eri mieltä	0 (0 %)	8 (20 %)	8 (15 %)
3. Samaa mieltä	5 (42 %)	15 (38 %)	20 (39 %)
4. Täysin samaa mieltä	7 (58 %)	15 (38 %)	22 (42 %)
Yhteensä	12 (100 %)	40 (100 %)	52 (100 %)
Keskustelen mieluummin elämän laadusta kuin elämän pituudesta			
Vastausvaihtoehto	Lääkärit n (%)	Muut th:n ammattilaiset n (%)	Kaikki n (%)
1. Täysin eri mieltä	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
2. Eri mieltä	0 (0 %)	1 (3 %)	1 (2 %)
3. Samaa mieltä	3 (25 %)	19 (48 %)	22 (42 %)
4. Täysin samaa mieltä	9 (75 %)	20 (50 %)	29 (56 %)
Yhteensä	12 (100 %)	40 (100 %)	52 (100 %)
Minulla on läheiset suhteet potilaisiin ja heidän perheisiinsä			
Vastausvaihtoehto	Lääkärit n (%)	Muut th:n ammattilaiset n (%)	Kaikki n (%)
1. Täysin eri mieltä	0 (0 %)	4 (10 %)	4 (8 %)
2. Eri mieltä	5 (42 %)	20 (50 %)	25 (48 %)
3. Samaa mieltä	6 (50 %)	15 (38 %)	21 (40 %)
4. Täysin samaa mieltä	1 (8 %)	1 (2 %)	2 (4 %)
Yhteensä	12 (100 %)	40 (100 %)	52 (100 %)
Koen työni merkitykselliseksi tarjotessani elämän loppuvaiheen hoitoa sydämen vajaatoimintaa sairastaville potilaille (mukaan lukien tahdistimen deaktivointi ja palliatiivinen hoito)			
Vastausvaihtoehto	Lääkärit n (%)	Muut th:n ammattilaiset n (%)	Kaikki n (%)

1. Täysin eri mieltä	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
2. Eri mieltä	0 (0 %)	6 (15 %)	6 (12 %)
3. Samaa mieltä	4 (33 %)	18 (45 %)	22 (42 %)
4. Täysin samaa mieltä	8 (67 %)	16 (40 %)	24 (46 %)
Yhteensä	12 (100 %)	40 (100 %)	52 (100 %)
Pystyn järjestämään riittävästi vertaistukea kuoleville potilailleni			
Vastausvaihtoehto	Lääkärit n (%)	Muut th:n ammattilaiset n (%)	Kaikki n (%)
1. Täysin eri mieltä	1 (8 %)	5 (13 %)	6 (12 %)
2. Eri mieltä	9 (75 %)	28 (70 %)	37 (71 %)
3. Samaa mieltä	2 (17 %)	6 (15 %)	8 (15 %)
4. Täysin samaa mieltä	0 (0 %)	1 (2 %)	1 (2 %)
Yhteensä	12 (100 %)	40 (100 %)	52 (100 %)
Tunnen epäonnistumisen tunnetta, kun en pysty muuttamaan sydämen vajaatoiminnan luonnollista etenemistä tai hidastamaan kliinistä pahenemista ja parantamaan elossa oloaikkaa			
Vastausvaihtoehto	Lääkärit n (%)	Muut th:n ammattilaiset n (%)	Kaikki n (%)
1. Täysin eri mieltä	0 (0 %)	3 (7 %)	3 (6 %)
2. Eri mieltä	0 (0 %)	12 (30 %)	12 (23 %)
3. Samaa mieltä	7 (58 %)	20 (50 %)	27 (52 %)
4. Täysin samaa mieltä	5 (42 %)	5 (13 %)	10 (19 %)
Yhteensä	12 (100 %)	40 (100 %)	52 (100 %)
Keskustelen luontevasti potilaiden kanssa varhaisessa vaiheessa ja säännöllisesti ennakoivasta hoitosuunnitelmasta			
Vastausvaihtoehto	Lääkärit n (%)	Muut th:n ammattilaiset n (%)	Kaikki n (%)
1. Täysin eri mieltä	0 (0 %)	7 (7 %)	3 (6 %)
2. Eri mieltä	3 (25 %)	12 (30 %)	15 (29 %)
3. Samaa mieltä	8 (67 %)	19 (48 %)	27 (52 %)
4. Täysin samaa mieltä	1 (8 %)	6 (15 %)	7 (13 %)
Yhteensä	12 (100 %)	40 (100 %)	52 (100 %)
Uskon, että ennakoivan hoitosuunnitelman tekeminen on hyödyllistä potilaan hoitoa, saattohoitoa, arvoja ja tavoitteita koskevien päätösten tekemisessä			
Vastausvaihtoehto	Lääkärit n (%)	Muut th:n ammattilaiset n (%)	Kaikki n (%)
1. Täysin eri mieltä	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
2. Eri mieltä	0 (0 %)	1 (2 %)	1 (2 %)
3. Samaa mieltä	3 (25 %)	8 (20 %)	11 (21 %)
4. Täysin samaa mieltä	9 (75 %)	31 (78 %)	40 (77 %)
Yhteensä	12 (100 %)	40 (100 %)	52 (100 %)

Minulle on luontevaa ehdottaa potilaalle edunvalvojan nimeämistä			
Vastausvaihtoehto	Lääkärit n (%)	Muut th:n ammattilaiset n (%)	Kaikki n (%)
1. Täysin eri mieltä	0 (0 %)	4 (10 %)	4 (8 %)
2. Eri mieltä	4 (33 %)	16 (40 %)	20 (38 %)
3. Samaa mieltä	5 (42 %)	13 (33 %)	18 (35 %)
4. Täysin samaa mieltä	3 (25 %)	7 (17 %)	10 (19 %)
Yhteensä	12 (100 %)	40 (100 %)	52 (100 %)
Uskon, että ennakoivan hoitosuunnitelman teosta on hyötyä sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan hoidon ohjaamisessa ja tukemisessa			
Vastausvaihtoehto	Lääkärit n (%)	Muut th:n ammattilaiset n (%)	Kaikki n (%)
1. Täysin eri mieltä	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
2. Eri mieltä	0 (0 %)	2 (5 %)	2 (4 %)
3. Samaa mieltä	3 (25 %)	11 (27 %)	14 (27 %)
4. Täysin samaa mieltä	9 (75 %)	27 (68 %)	36 (69 %)
Yhteensä	12 (100 %)	40 (100 %)	52 (100 %)
Osa C, Lähettäisin/ohjaisin kroonista sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan "palliativisen hoidon" erikoislääkärin vastaanotolle, jos:			
Hänellä on vastadiagnosoitu sydämen vajaatoiminta, lääkitys ja vähäiset tai oireettomat oireet (NYHA-luokka I)			
Vastausvaihtoehto	Lääkärit n (%)	Muut th:n ammattilaiset n (%)	Kaikki n (%)
1. Täysin eri mieltä	10 (83 %)	14 (35 %)	24 (46 %)
2. Eri mieltä	2 (17 %)	18 (45 %)	20 (38 %)
3. Samaa mieltä	0 (0 %)	5 (13 %)	5 (10 %)
4. Täysin samaa mieltä	0 (0 %)	3 (7 %)	3 (6 %)
Yhteensä	12 (100 %)	40 (100 %)	52 (100 %)
Oireet ovat pysyneet vakaina nykyisellä hoidolla, mutta nyt oireet alkavat lisääntyä. (NYHA II-III)			
Vastausvaihtoehto	Lääkärit n (%)	Muut th:n ammattilaiset n (%)	Kaikki n (%)
1. Täysin eri mieltä	3 (25 %)	3 (7 %)	6 (12 %)
2. Eri mieltä	7 (58 %)	15 (38 %)	22 (42 %)
3. Samaa mieltä	2 (17 %)	16 (40 %)	18 (35 %)
4. Täysin samaa mieltä	0 (0 %)	6 (15 %)	6 (11 %)
Yhteensä	12 (100 %)	40 (100 %)	52 (100 %)
Oireet pahenevat, liikuntakyky heikkenee ja hän on yhä enemmän sidottu kotiin ja eristyksissä (NYHA III-IV)			
Vastausvaihtoehto	Lääkärit n (%)	Muut th:n ammattilaiset n (%)	Kaikki n (%)
1. Täysin eri mieltä	2 (17 %)	0 (0 %)	2 (4 %)

2. Eri mieltä	2 (17 %)	3 (7 %)	5 (10 %)
3. Samaa mieltä	5 (42 %)	14 (35 %)	19 (36 %)
4. Täysin samaa mieltä	3 (25 %)	23 (58 %)	26 (50 %)
Yhteensä	12 (100 %)	40 (100 %)	52 (100 %)
On heikko hoitovaste, useita sairaalahoitojaksoja, pitkälle edenneet vaikeat oireet jopa levossa, monielinvauriot, sydämen kakeksia ja huono elämänlaatu (NYHA-luokka IV)			
Vastausvaihtoehto	Lääkärit n (%)	Muut th:n ammattilaiset n (%)	Kaikki n (%)
1. Täysin eri mieltä	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
2. Eri mieltä	1 (8 %)	0 (0 %)	2 (2 %)
3. Samaa mieltä	1 (8 %)	9 (22 %)	10 (19 %)
4. Täysin samaa mieltä	10 (84 %)	31 (78 %)	41 (79 %)
Yhteensä	12 (100 %)	40 (100 %)	52 (100 %)
En olisi yllättynyt, jos potilas kuolisi seuraavan 12 kuukauden aikana			
Vastausvaihtoehto	Lääkärit n (%)	Muut th:n ammattilaiset n (%)	Kaikki n (%)
1. Täysin eri mieltä	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
2. Eri mieltä	2 (17 %)	2 (5 %)	4 (8 %)
3. Samaa mieltä	3 (25 %)	14 (35 %)	17 (33 %)
4. Täysin samaa mieltä	7 (58 %)	24 (60 %)	31 (59 %)
Yhteensä	12 (100 %)	40 (100 %)	52 (100 %)
On terminaalivaiheessa, mm kardiogeeninen sokki ja useiden elinten vajaatoiminta			
Vastausvaihtoehto	Lääkärit n (%)	Muut th:n ammattilaiset n (%)	Kaikki n (%)
1. Täysin eri mieltä	3 (25 %)	5 (12 %)	8 (15 %)
2. Eri mieltä	3 (25 %)	5 (13 %)	8 (16 %)
3. Samaa mieltä	2 (17 %)	8 (20 %)	10 (19 %)
4. Täysin samaa mieltä	4 (33 %)	22 (55 %)	26 (50 %)
Yhteensä	12 (100 %)	40 (100 %)	52 (100 %)
Henkiset kysymykset (ongelmat, jotka liittyvät itsetunnon säilyttämiseen fyysisen toimintakyvyn heikentyessä, hoitoon ja/tai elinsiirtoon vaikuttavat hengelliset ja uskonnolliset uskomukset, merkityksen ja toivon palauttaminen potilaiden elämään)			
Vastausvaihtoehto	Lääkärit n (%)	Muut th:n ammattilaiset n (%)	Kaikki n (%)
1. Täysin eri mieltä	2 (17 %)	2 (5 %)	4 (8 %)
2. Eri mieltä	4 (33 %)	11 (27 %)	15 (29 %)
3. Samaa mieltä	4 (33 %)	15 (38 %)	19 (36 %)
4. Täysin samaa mieltä	2 (17 %)	12 (30 %)	14 (27 %)
Yhteensä	12 (100 %)	40 (100 %)	52 (100 %)
Psykososiaaliset syyt (työttömyys, taloudelliset tarpeet, asuntoasiat, vaikeudet yllä pitää hoitoa asuinpaikassa)			

Vastausvaihtoehto	Lääkärit n (%)	Muut th:n ammattilaiset n (%)	Kaikki n (%)
1. Täysin eri mieltä	5 (42 %)	10 (25 %)	15 (29 %)
2. Eri mieltä	4 (33 %)	20 (50 %)	24 (46 %)
3. Samaa mieltä	2 (17 %)	8 (20 %)	10 (19 %)
4. Täysin samaa mieltä	1 (8 %)	2 (5 %)	3 (6 %)
Yhteensä	12 (100 %)	40 (100 %)	52 (100 %)
Sosiaaliset tarpeet (sosiaalisen vuorovaikutuksen puute, sosiaalisten taitojen ja hallinnan tunteen puute, monimutkainen perhetilanne)			
Vastausvaihtoehto	Lääkärit n (%)	Muut th:n ammattilaiset n (%)	Kaikki n (%)
1. Täysin eri mieltä	5 (42 %)	9 (22 %)	14 (27 %)
2. Eri mieltä	2 (17 %)	20 (50 %)	22 (42 %)
3. Samaa mieltä	4 (33 %)	9 (23 %)	13 (25 %)
4. Täysin samaa mieltä	1 (8 %)	2 (5 %)	3 (6 %)
Yhteensä	12 (100 %)	40 (100 %)	52 (100 %)
Psykologiset tarpeet (pelkoon, ahdistukseen ja masennukseen liittyvät ongelmat, jotka voivat liittyä muihin ongelmiin)			
Vastausvaihtoehto	Lääkärit n (%)	Muut th:n ammattilaiset n (%)	Kaikki n (%)
1. Täysin eri mieltä	2 (17 %)	3 (7 %)	5 (10 %)
2. Eri mieltä	4 (33 %)	17 (43 %)	21 (40 %)
3. Samaa mieltä	4 (33 %)	12 (30 %)	16 (31 %)
4. Täysin samaa mieltä	2 (17 %)	8 (20 %)	10 (19 %)
Yhteensä	12 (100 %)	40 (100 %)	52 (100 %)
Osa C, Arvioi, kuinka samaa mieltä olet palliatiivisen hoidon toteuttamisesta: Valitse itseäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto			
Hänellä on vastadiagnosoitu sydämen vajaatoiminta, lääkitys ja vähäiset tai oireettomat oireet (NYHA-luokka I)			
Vastausvaihtoehto	Lääkärit n (%)	Muut th:n ammattilaiset n (%)	Kaikki n (%)
1. Täysin eri mieltä	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
2. Eri mieltä	0 (0 %)	3 (7 %)	3 (6 %)
3. Samaa mieltä	3 (25 %)	19 (48 %)	22 (42 %)
4. Täysin samaa mieltä	9 (75 %)	18 (45 %)	27 (52 %)
Yhteensä	12 (100 %)	40 (100 %)	52 (100 %)
Oireet ovat pysyneet vakaina nykyisellä hoidolla, mutta nyt oireet alkavat lisääntyä. (NYHA II-III)			
Vastausvaihtoehto	Lääkärit n (%)	Muut th:n ammattilaiset n (%)	Kaikki n (%)
1. Täysin eri mieltä	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
2. Eri mieltä	3 (25 %)	4 (10 %)	7 (13 %)

3. Samaa mieltä	6 (50 %)	21 (52 %)	27 (52 %)			
4. Täysin samaa mieltä	3 (25 %)	15 (38 %)	18 (35 %)			
Yhteensä	12 (100 %)	40 (100 %)	52 (100 %)			
Osa C, Palvelun nimi "Palliativinen hoito" vs "Tukihoito"	Palliativinen hoito		Tukihoito			
Palvelun nimi on esteenä potilaiden ohjaamiselle oireen mukaiseen hoitoon						
Vastausvaihtoehto	Lääkärit n (%)	Muut th:n ammattilaiset n (%)	Kaikki n (%)	Lääkärit n (%)	Muut th:n ammattilaiset n (%)	Kaikki n (%)
1. Täysin eri mieltä	7 (58 %)	14 (35 %)	21 (40 %)	5 (42 %)	9 (23 %)	14 (27 %)
2. Eri mieltä	5 (42 %)	16 (40 %)	21 (40 %)	5 (42 %)	22 (55 %)	27 (52 %)
3. Samaa mieltä	0 (0 %)	9 (23 %)	9 (18 %)	2 (16 %)	7 (17 %)	9 (17 %)
4. Täysin samaa mieltä	0 (0 %)	1 (2 %)	1 (2 %)	0 (0 %)	2 (5 %)	2 (4 %)
Yhteensä	12 (100 %)	40 (100 %)	52 (100 %)	12 (100 %)	40 (100 %)	52 (100 %)
Palvelun nimi on synonyymi saattohoidolle ja elämän loppuvaiheelle						
Vastausvaihtoehto	Lääkärit n (%)	Muut th:n ammattilaiset n (%)	Kaikki n (%)	Lääkärit n (%)	Muut th:n ammattilaiset n (%)	Kaikki n (%)
1. Täysin eri mieltä	4 (33 %)	21 (53 %)	25 (48 %)	7 (59 %)	18 (45 %)	25 (48 %)
2. Eri mieltä	5 (42 %)	13 (32 %)	18 (35 %)	5 (42 %)	21 (53 %)	26 (50 %)
3. Samaa mieltä	3 (25 %)	6 (15 %)	9 (17 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
4. Täysin samaa mieltä	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (2 %)	1 (2 %)
Yhteensä	12 (100 %)	40 (100 %)	52 (100 %)	12 (100 %)	40 (100 %)	52 (100 %)
Palvelun nimi voi vähentää potilaiden ja perheiden toivoa, koska se antaa ymmärtää, ettei mitään ole tehtävissä						
Vastausvaihtoehto	Lääkärit n (%)	Muut th:n ammattilaiset n (%)	Kaikki n (%)	Lääkärit n (%)	Muut th:n ammattilaiset n (%)	Kaikki n (%)
1. Täysin eri mieltä	2 (17 %)	5 (12 %)	7 (13 %)	5 (42 %)	15 (38 %)	20 (38 %)
2. Eri mieltä	3 (25 %)	9 (23 %)	12 (23 %)	5 (42 %)	25 (62 %)	30 (58 %)
3. Samaa mieltä	7 (58 %)	22 (55 %)	29 (56 %)	2 (16 %)	0 (0 %)	2 (4 %)
4. Täysin samaa mieltä	0 (0 %)	4 (10 %)	4 (8 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)

Yhteensä	12 (100 %)	40 (100 %)	52 (100 %)	12 (100 %)	40 (100 %)	52 (100 %)
Palvelun nimi riippuu potilaan ennusteesta						
Vastausvaihtoehto	Lääkärit n (%)	Muut th:n ammattilai set n (%)	Kaikki n (%)	Lääkärit n (%)	Muut th:n ammattilais et n (%)	Kaikki n (%)
1. Täysin eri mieltä	2 (17 %)	9 (22 %)	11 (21 %)	2 (17 %)	8 (20 %)	10 (19 %)
2. Eri mieltä	6 (50 %)	15 (38 %)	21 (40 %)	5 (42 %)	19 (48 %)	24 (46 %)
3. Samaa mieltä	4 (33 %)	14 (35 %)	18 (35 %)	5 (42 %)	11 (27 %)	16 (31 %)
4. Täysin samaa mieltä	0 (0 %)	2 (5 %)	2 (4 %)	0 (0 %)	2 (5 %)	2 (4 %)
Yhteensä	12 (100 %)	40 (100 %)	52 (100 %)	12 (100 %)	40 (100 %)	52 (100 %)

© Hui ym. 2015; Singh ym. 2021