

Lotta Kuosmanen

# Sairaanhoidajalta edellytetty osaaminen erityis- tason palliativisessa hoidossa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidaja (YAMK)

Sosiaali- ja terveysalan palvelujen  
johtaminen

Opinnäytetyö

1.9.2018



Tekijä(t) Otsikko  Sivumäärä Aika	Lotta Kuosmanen Sairaanhoidajalta edellytetty osaaminen erityistason palliatiivisessa hoidossa 46 sivua + 2 liitettä 1.9.2018
Tutkinto	Sairaanhoidtaja (YAMK)
Koulutusohjelma	Sosiaali- ja terveysalan palvelujen johtaminen
Suuntautumisvaihtoehto	Sosiaali- ja terveysalan palvelujen johtaminen
Ohjaaja(t)	yliopettaja, THT, dos. Elina Haavisto
<p>Palliatiivinen hoito on kokonaisvaltaista oireenmukaista hoitoa, jossa kuolema nähdään normaalina tapahtumana. Siinä keskitytään kivun ja muiden oireiden helpottamiseen sekä potilaan ja hänen läheistensä psykososiaaliseen tukemiseen. Suomessa palliatiivinen hoito on jaettu kolmeen portaaseen vaadittavan erityisosaamisen mukaan. Tässä työssä tutkittiin osaamista erityistason palliatiivisessa hoidossa. Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan tässä työssä palliatiivista- ja saattohoitoa.</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaanhoidajilta edellytettyä osaamista ja osaamista edistäviä tekijöitä erityistason palliatiivisessa yksikössä. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää tutkintoon johtavassa- ja sen jälkeisessä täydennyskoulutuksessa, hoidon laadun ja potilasturvallisuuden parantamisessa sekä yhteisistä hoitokäytännöistä sovittaessa. Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Aineisto kerättiin sähköisellä avoimista kysymyksistä muodostetulla kyselylomakkeella, joka lähetettiin kolmen Uudellamaalla toimivan erityistason saattohoidon osaston sairaanhoidajille. Vastauksia kyselyyn saatiin 21. Saatu aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Tulosten perusteella erityistason saattohoidossa tarvitaan kliinistä-, psykososiaalista- sekä teknistä- ja työyhteisöosaamista. Kliininen osaaminen sisälsi oirehoidon, lääkehoidon, perushoidon, toimenpiteet, potilaan tarkkailun sekä lääketieteeseen liittyvän osaamisen. Psykososiaalinen osaaminen koostui kulttuuriin ja uskontoon liittyvästä osaamisesta, vuorovaikutuksesta, henkisestä tuesta sekä omaisten kohtaamisesta. Tekninen- ja työyhteisöosaaminen piti sisällään teknisen osaamisen, kirjaamisen, moniammatillisen yhteistyön sekä työn organisointitaidot. Osaamista edistävät tekijät liittyivät työyhteisöön (koulutus, työhyvinvointi, yhteistyö ja työnantajan tuki) sekä työntekijään (motivaatio, kokemus ja persoona).</p> <p>Saadut tulokset olivat samansuuntaisia kansainvälisten tutkimusten kanssa sekä kansallisten, että kansainvälisten osaamismäärittelyjen kanssa. Erityistason palliatiivisessa hoidossa toimiakseen sairaanhoidajalta edellytetään vahvaa osaamista useilta eri osa-alueilta.</p>	
Avainsanat	Palliatiivinen hoito, saattohoito, sairaanhoidtaja, osaaminen

Author(s) Title Number of Pages Date	Lotta Kuosmanen Required competences of a nurse working in a special palliative care unit 46 pages + 2 appendices 1 September 2018
Degree	Master of Social Services and Health Care
Degree Programme	Master Degree in Social Services and Health Care
Specialisation option	Management in Social Services and Health Care
Instructor(s)	Elina Haavisto, PhD, Adjunct Professor, Principal lecturer
<p>Palliative treatment is a holistic symptomatic treatment where death is seen as a normal occurrence. Palliative treatment focuses on the relief of pain and other symptoms and the psychosocial support of the patient and his / her relatives. In Finland, palliative care is recommended to be provided on a three-tier model. This thesis focuses on specialized level. In this thesis palliative care refers to both palliative and end-of-life care.</p> <p>The purpose of this study was to describe the competence required by the nurses working at the palliative unit and the factors that promote competencies. The aim of the study was to produce information that can be used in the graduate degree and post-graduate education, in improving the quality of care and patient safety and in agreeing common care practices. The research was carried out as a qualitative study. The data was collected through an electronic open-ended questionnaire sent to nurses working in three special palliative care units in Uusimaa, Finland. The amount of responses was 21. The data was analyzed by inductive content analysis.</p> <p>Based on the results, clinical, psychosocial, technical and work community competencies are required in the special palliative care treatment. Clinical competence included symptomatic treatment, medication, basic care, procedures, patient monitoring, and medical expertise. Psychosocial competence consisted of culture, religion, interaction, mental support and the encounter of relatives. Technical and work community competence included technical know-how, documentation, multi-professional collaboration and job organization skills. The promoting factors were work-related (education, well-being at work, co-operation and support from the employer) and employee-related (motivation, experience and personality).</p> <p>The results were similar to previous studies, both national and international. In order to work in special palliative care, the nurses need strong expertise in a number of different areas.</p>	
Keywords	Palliative care, end-of-life care, nurse, competence



## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Teoreettiset lähtökohdat	3
2.1	Palliativisen hoidon määritelmä	3
2.2	Palliativisen hoidon järjestäminen Suomessa	5
2.3	Onnistuneen palliativisen hoidon edellytykset	7
2.4	Sairaanhoitajan osaaminen palliativisessa hoidossa	8
3	Työn tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	13
4	Tutkimuksen toteutus	13
4.1	Kvalitatiivinen tutkimus	13
4.2	Aineisto ja sen keruu	14
4.3	Aineiston analyysi	15
5	Tutkimustulokset	19
5.1	Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat	19
5.2	Sairaanhoitajalta edellytetty osaaminen	21
5.3	Kliininen osaaminen	22
5.4	Psykososiaalinen osaaminen	26
5.5	Tekninen- ja työyhteisöosaaminen	29
5.6	Osaamisen tarpeen muuttuminen kuoleman lähestyessä	31
5.7	Osaamista edistävät tekijät	32
6	Pohdinta	36
6.1	Tulosten tarkastelu	36
6.2	Tutkimuksen eettisyys	38
6.3	Tutkimuksen luotettavuus	39
6.4	Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimushaasteet	42
	Lähteet	44
	Liitteet	
	Liite 1. Sähköinen kyselylomake	
	Liite 2. Tiedote tutkittaville	





## 1 Johdanto

Palliativista eli oireita lievittävää hoitoa tarvitsee vuosittain Suomessa 30 000 potilasta (STM 2017:7). Maailmanlaajuisesti palliativista hoitoa tarvitsee yli 20 miljoonaa potilasta, joista suurin osa on yli 60-vuotiaita. Suurimman osan palliativisista potilaista muodostavat potilaat, joilla on jokin sydän- ja verisuonitauti, syöpäsairaus tai keuhkohtaumatauti. Muita yleisiä diagnooseja ovat muun muassa erilaiset muistisairaudet, maksakirroosi, munuaisten vajaatoiminta sekä Parkinsonin tauti. Kaikki kuolevat potilaat eivät tarvitse palliativista hoitoa. Arvioiden mukaan noin 40-60% kuolevista potilaista tarvitsee palliativista hoitoa elämänsä loppuvaiheessa. Yleisin oire, joka vaatii palliativista hoitoa, on kipu, jota on käytetty arvioidessa palliativisen hoidon tarpeen määrää. (WHO & WPCA 2014: 10-26)

Yksi merkittävimmistä tekijöistä onnistuneessa palliativisessa hoidossa on kansalliset suositukset, strategiat ja ohjeistukset. Palliativinen hoito tulisi tunnistaa osaksi terveydenhuoltojärjestelmää, ja maissa tulisi olla yhteneväiset kansalliset suositukset sen määrittämiseksi ja järjestämiseksi. (WHO & WPCA 2014: 27) Suomen perustuslaki (1999/731) edellyttää, että jokaiselle kansalaiselle on turvattava tarvittavat sosiaali- ja terveyspalvelut. Terveysturvalaki (2010/1326) puolestaan edellyttää, että nämä palvelut on pystyttävä tarjoamaan potilaalle asuinpaikasta riippumatta. Terveysturvalaki edellyttää myös, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon on tehtävä yhteistyötä. Valtioneuvoston asetuksessa erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä (582/2017) on säädetty, että vaativan palliativisen hoidon suunnittelu ja alueellinen yhteen sovittaminen on erikoissairaanhoidon vastuulla. Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksissa saattohoidon toteuttaminen kuvataan niin, että vastuu saattohoidon laadukkaasta toteutuksesta ja henkilökunnan kouluttamisesta on ensisijaisesti erikoissairaanhoidolla, mutta potilaan hoitovastuu siirtyy saattohoitopäätöksen jälkeen pääsääntöisesti perusterveydenhuoltoon. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rajat eivät saa kuitenkaan muodostua esteeksi potilaan hyvälle hoidolle vaan konsultaation ja koulutuksen tulee onnistua yli organisaatorajojen. Suosituksissa on nostettu esille myös kotisaattohoidon merkitys ja mahdollisuus. (STM 2010: 23-26).

Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö on yhdessä asiantuntijoiden kanssa luonut suosituksia hyvästä palliativisesta- ja saattohoidosta sekä sen järjestämisestä (STM 2010; STM 2017). Lisäksi valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE

on määrittänyt saattohoidon ja tehnyt suositukset sen toteuttamiseksi (ETENE 2003). Lokakuussa 2017 on eduskuntaan jätetty lakialoite, jossa ETENE:n vuonna 2003 asettamat suositukset saattohoidosta nostettaisiin laiksi (Juvonen 2017). ETENEN:n suosituksissa yhdeksi kahdeksasta kohdasta on nostettu muun muassa saattohoitoa toteuttavien yksiköiden valmius toteuttaa saattohoitoa. Tämä edellyttää yksiköiltä henkilökunnan riittävää osaamista saattohoidon osalta. (ETENE 2003: 12) Lakialoite on tällä hetkellä valiokunnan käsittelyssä. Jos lakialoite hyväksyttäisiin sellaisenaan, se tarkoittaisi sitä, että sairaanhoitopiirien tulisi ottaa entistä enemmän vastuuta alueidensa palliatiivisesta- ja saattohoidosta. Lisäksi palliatiivisen hoidon yksiköjä tulisi perustamaan entistä laajemmin, sillä laki edellyttäisi, että laadukasta saattohoitoa pitäisi pystyä tarjoamaan kaikille asuinpaikasta riippumatta.

Useiden sairaanhoitopiirien saattohoitosuunnitelmissa erityisesti hoitajien osaaminen ja sen puute on nostettu esille. Myös Sosiaali- ja terveysministeriön antamista suosituksista käy ilmi, että hoitajien saattohoidon osaaminen on Suomessa puutteellista verrattuna lääkäreiden osaamiseen. Hoitajien koulutuksessa ei käsitellä saattohoitoa tarpeeksi eikä täydennyskoulutusta ole saatavilla niin mittavasti ja järjestelmällisesti kuin olisi tarpeen. (STM 2010: 21-22, 30-31) Myös WPCA ja WHO ovat nostaneet koulutuksen tärkeäksi tekijäksi palliatiivisen hoidon toteutumisen kannalta. Vaikka koulutus ja tutkimus ovat kehittyneet viimeisten vuosien aikana, tarve kehittämislle on edelleen suurimmassa osassa maita. Palliatiivista koulutusta tulisi toteuttaa kolmella tasolla. Ensimmäinen taso koskisi kaikkia terveydenhuollon ammattilaisia ja keskittyisi palliatiivisen hoidon perusteisiin. Toinen taso koskisi ammattilaisia, jotka työskentelevät jatkuvasti kuolemaan johtavia sairauksia sairastavien parissa ja kolmas taso koskisi ammattilaisia, jotka työskentelevät palliatiivisten potilaiden parissa, jotka vaativat keskimääräistä vaativampaa oireenmukaista hoitoa. (WPCA & WHO 2014: 27-28)

Suomessa tutkimusta siitä, mitä sairaanhoitajan hyvä saattohoito-osaaminen tarkoittaa, on tehty verrattain vähän. Kansainvälistä tutkimusta aiheesta on, mutta sen soveltaminen on vaikeaa erilaisen kulttuurin ja käytäntöjen vuoksi. Osaamisen tarpeen kartoittaminen on tärkeää, sillä sen avulla voidaan muun muassa suunnitella koulutuskokonaisuuksia, sekä yhtenäistää hoitokäytänteitä.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien tarvitsemaa osaamista ja osaamista edistäviä tekijöitä erityistason palliatiivisessa yksikössä. Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa sekä palliatiivista että saattohoitoa.

## 2 Teoreettiset lähtökohdat

### 2.1 Palliatiivisen hoidon määritelmä

Maailman terveysjärjestön määritelmän mukaan palliatiivinen hoito on kokonaisvaltaista oireenmukaista hoitoa, jossa kuolema nähdään normaalina tapahtumana. Palliatiivisella hoidolla ei pyritä edistämään, eikä jarruttamaan kuolemaa. Palliatiivisessa hoidossa keskitytään kivun ja muiden oireiden helpottamiseen sekä potilaan ja hänen läheistensä psykososiaaliseen tukemiseen. Tämä tarkoittaa sitä, että sosiaaliset, psykologiset ja hengelliset ulottuvuudet otetaan huomioon potilaan hoidossa. Palliatiivisella hoidolla pyritään turvaamaan potilaalle paras mahdollinen kliininen hoito potilaan sosioekonomisesta statuksesta ja asuinpaikasta riippumatta. Sitä toteutetaan moniammatillisen tiimin turvin, jotta potilaalle ja läheisille voidaan tarjota paras mahdollinen tuki. Potilaan sekä potilaan läheisten elämänlaatu ja toimintakyky ovat palliatiivisessa hoidossa keskiössä. (WHO 2018)

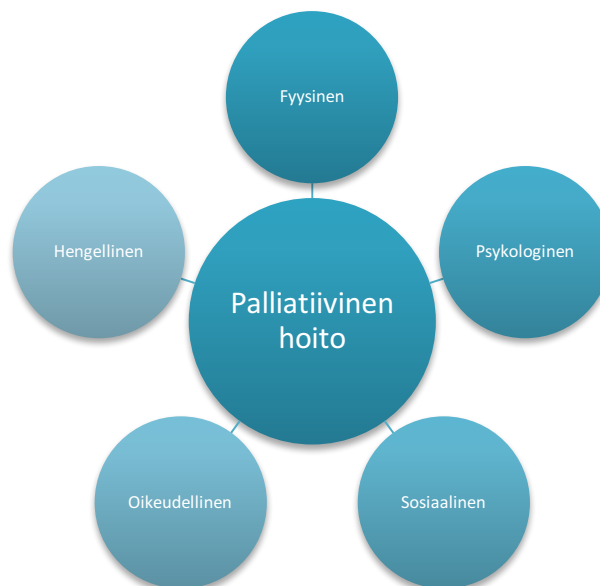
Palliatiivinen hoito tulisi pyrkiä aloittamaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jolloin potilaan ja läheisten tarve henkiselle tuelle ja oikealle informaatiolle alkaa. Palliatiivisen hoidon rinnalla voidaan toteuttaa vielä joitain jarruttavia ja elämänlaatua parantavia hoitoja. Hyvään palliatiiviseen hoitoon kuuluu kuolemaan johtavan sairauden hoitaminen siltä osin, kun se potilaan elämänlaatua voisi parantaa. Usein ongelmaksi potilaiden kohdalla muodostuu se, että siirryttäessä parantavasta hoidosta palliatiiviseen hoitoon, potilas saattaa joutua olemaan jonkin aikaa ilman mitään terveydenhuollon kontaktia joutuessaan vaihtamaan yksikköä. Sujuva yhteistyö ja hoitolinjojen integroiminen edesauttaisivat jatkuvuutta, jolloin potilas voisi saada tarvitsemaansa tukea taudin vaiheesta riippumatta. Palliatiivisella hoidolla ei ole aikarajaa, ja se voidaan aloittaa jo hyvissä ajoin ennen kuolemaa parhaan mahdollisen hoidon varmistamiseksi. Useat palliatiivista hoitoa tarvitsevat potilaat ja terveydenhuollon ammattilaiset käsittävät palliatiivisella hoidolla vain saattohoidon, mistä tulisi pyrkiä eroon. Saattohoito tulee erottaa palliatiivisesta hoidosta, sitä kuitenkin unohtamatta. Palliatiivinen hoito pitää sisällään hoidon huomattavasti pidemmältä ajalta ja saattohoito on merkittävä osa sitä, mutta se tapahtuu lähempänä kuolemaa (Kuvio 1). Hyvän palliatiivisen hoidon edellytys on koko perheen huomiointi ja kokonaisvaltainen hoitaminen. Hyvässä palliatiivisessa hoidossa on tilaa avoimelle keskustelulle. Potilaalle tulee kertoa rehellisesti ja ymmärrettävästi sairautensa tilasta sekä eri hoitovaihtoehdoista. Jotta tämä kaikki olisi mahdollista tulee kaikella

palliativista hoitoa toteuttavalla henkilökunnalla olla koulutus palliativiseen hoitoon. (WPCA 2009)



Kuvio 1. Palliativisen- ja saattohoidon suhde

Maailman palliativisen hoidon yhdistys on listannut palliativisesta hoidosta viisi eri elementtiä selkeyttääkseen palliativisen hoidon määritelmää (Kuvio 2). Elementit auttavat myös ymmärtämään moniammatillisen yhteistyön merkityksen palliativisessa hoidossa. Viidestä elementistä ensimmäinen eli fyysinen hoito pitää sisällään oireiden tunnistamisen ja hoitamisen sekä klinisen hoidon ja yhteistyön yksiköiden välillä. Toiseen eli psykologiseen elementtiin kuuluu psykososiaalisten tarpeiden arviointi, emotionaalinen tuki ja ohjaaminen. Kolmas eli sosiaalinen elementti muodostuu sosioekonomisista tarpeista huolehtimisesta. Neljänteen elementtiin eli oikeudellisuuteen kuuluu ihmisoikeuden toteutumisesta huolehtimisen sekä lakiin liittyvien asioiden huolehtimisen. Viimeiseen eli viidenteen elementtiin eli hengellisyyteen kuuluu potilaan hengellisen kärsimyksen sekä hengellisten tarpeiden arviointi ja hengellinen hoito. Kaikki elementit sisältävät lisäksi ohjaamisen tarvittaessa muiden palveluiden piiriin. (WPCA 2009)



Kuvio 2. Palliativisen hoidon elementit (WPCA 2009)

## 2.2 Palliativisen hoidon järjestäminen Suomessa

The Economist on tehnyt vertailun 80 maan palliativisesta hoidosta vuonna 2015, ja Suomi oli yksi vertailuun valikoituneista maista. Tutkimuksessa vertailtiin maiden valmiuksia tarjota palliativista hoitoa. Vertailtavia kategorioita oli viisi ja ne muodostuivat yhteensä 20 eri indikaattorista. Palliativisen hoidon kokonaisuuksia verrattaessa Suomi sijoittui sijalle 20. Positiivista palautetta Suomi sai muun muassa siitä, että Suomessa on selkeä kansallinen palliativisen hoidon strategia, ohjeita ja lakeja, mitkä ohjaavat hoitoa. Tästä huolimatta tarkasteltaessa kapasiteettia tarjota palliativista hoitoa, Suomi sijoittui vasta sijalle 28. Koulutetun henkilökunnan määrää pidettiin riittävänä, mutta esiin tuotiin joidenkin ammattiryhmien puutteellinen koulutus, ja Suomi sijoittui vertailussa vasta sijalle 18. Laadultaan suomalainen palliativinen hoito sijoittui vertailussa sijalle 15. Laadun indikaattoreita oli muun muassa psykososiaalisen tuen tarjonta, elvytyskieltojen käyttäminen sekä opiaattien saatavuus. (Economist Intelligence Unit 2015: 6-42)

Sosiaali- ja terveysministeriön kokoaman työryhmän selvityksestä käy ilmi, että kattavaa kartoitusta palliativisen- ja saattohoidon nykytilasta Suomessa on suomessa tehty viimeksi vuonna 2012. Tämän jälkeen on kuitenkin tapahtunut paljon kehitystä, vaikka tavoitetasolle ei vielä olla päästy. Selvityksessä esille tuoduista kehittämiskohteissa on paljon samoja asioita kuin The Economistin vertailussa. Kehittämistarpeiksi on tunnistettu muun muassa palliativisen- ja saattohoidon saatavuuden parantaminen asuinpaikasta riippumatta sekä kotona toteutettavan palliativisen- ja saattohoidon mahdollistaminen ja sen laadun varmistaminen. Lisäksi kehittämiskohteeksi on esitetty erityisosaamisen varmistaminen ja koulutuksen kehittäminen ja laajentaminen kaikkien terveydenhuollon, ja soveltuvin osin myös sosiaalihuollon ammattilaisten koulutukseen. (STM 2017: 10-12)

Palliativiset- ja saattohoitoyksiköt luokitellaan kolmeen eri portaaseen vaadittavan erityisosaamisen mukaan (Taulukko 1). Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut tavoitteeksi, että vuoteen 2020 mennessä eri tason yksiköitä on tarvittava määrä, ja että kaikille palliativista- ja saattohoitoa tarvitseville potilaille voitaisiin taata laadukas loppuvaiheen hoito asuinpaikasta riippumatta. Perustason yksikkö tarjoaa perustason palliativista- ja saattohoitoa, ja saattohoito on huomioitu henkilöstöresursseissa sekä koulutuksessa. Suomessa kaikkien yksiköiden, joissa hoidetaan palliativisia- tai saattohoitopotilaita pitäisi yltää perustason kriteereihin. Erityistason yksikkö tarjoaa erityistason palliativista- ja saattohoitoa ja yksiköiden henkilökunnan tulisi olla erityiskoulutettua. Erityista-

son yksiköt tarjoavat myös avohoitotoimintaa ja toimivat esimerkiksi kotisaattohoitoa tarjoavan kotisairaalaan tukiosastoina. Lisäksi yksiköt tarjoavat konsultaatiota oman alueensa muihin yksiköihin ja huolehtivat oman alueensa palliatiivisen- ja saattohoidon osaamisen varmistamisesta. Vaativan erityistason yksiköt tarjoavat vaativan erityistason palliatiivista- ja saattohoitoa. Käytännössä vaativan erityistason saattohoitoa toteuttavat Suomessa yliopistosairaanhoidopiirien palliatiiviset keskuskeskukset. Keskukset palvelevat koko erva-alueitaan ja tarjoavat ympärivuorokautista konsultaatiotukea. Vaativan erityistason yksiköiden palveluita ovat palliatiivinen poliklinikka, palliatiivinen osasto sekä psykososiaalinen yksikkö. Vaativan erityistason yksikössä myös moniammatillisuus sekä tutkimus- ja kehittämistyö korostuvat. (STM 2017)

Taulukko 1. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli (STM 2017)

Taso	Tehtävät	Toteuttaja	Henkilökunta
<b>A taso</b> = <b>perustaso</b>	Perustason palliatiivisen- ja saattohoidon toteutus  Lisäkoulutukseen osallistuminen	Kaikki terveydenhuollon yksiköt, jotka hoitavat palliatiivisia- tai saattohoitopotilaita	Perustason koulutuksen omaava terveydenhuollon ammattihenkilöstö. Vastuuhenkilöillä jatkokoulutusta.
<b>B taso</b> = <b>erityistaso</b>	Palliatiivisen- ja saattohoidon toteutus  Konsultoivana yksikkönä toimiminen omalla alueella  Lisäkoulutukseen osallistuminen	Alueelliset palliatiivisen- ja saattohoidon yksiköt  Yksityiset saattohoitokodit	Henkilökunnalla jatkokoulutusta erityistason palliatiivisesta- ja saattohoidosta. Vastuuhenkilöillä erikoistumiskoulutus.  Erityistyöntekijöitä.
<b>C taso</b> = <b>vaativa erityistaso</b>	Vaativan palliatiivisen hoidon toteutus  Konsultoivana yksikkönä omalla alueella toimiminen  Lisäkoulutukseen osallistuminen  Tutkimus ja kehittämistyö	Yliopistosairaanhoidopiirien palliatiiviset keskuskeskukset  Saattohoitokodit	Henkilökunnalla erikoistumiskoulutus.  Moniammatillinen työryhmä.  Erityiskoulutettu lääkäri 24/7.

### 2.3 Onnistuneen palliatiivisen hoidon edellytykset

The National Consensus Projectin asiantuntijat ovat kirjoittaneet oppaan laadukkaan palliatiivisen hoidon järjestämisessä. Oppaassa otetaan kantaa muun muassa siihen, millä edellytyksillä laadukasta palliatiivista hoitoa voidaan tarjota. Vaadittavat edellytykset on muodostettu palliatiivisen hoidon osaamisalueiden pohjalta, jotka ovat esiteltyinä kappaaleessa 2.4. Suositusten mukaan palliatiivisen hoidon tulisi pohjautua moniammatillisen tiimin kattavaan ja ajankohtaiseen arvioon potilaan ja potilaan perheen tilanteesta. Tämä edellyttää moniammatillista ja koordinoitua kirjaamista ja dokumentointia. Arviointia tulisi tehdä säännöllisesti potilaan hoitajakson aikana tai aina potilaan tai perheen tilanteen muuttuessa. Potilaan hoitosuunnitelman pitäisi olla potilaslähtöinen ja se tulisi tehdä yhdessä potilaan ja potilaan läheisten kanssa moniammatillisen tiimin ohjauksessa ja tukemana. Hoitosuunnitelmasta tulee käydä ilmi potilaan ja läheisten toiveet, arvot, tavoitteet sekä tarpeet. Potilaan hoito toteutetaan hoitosuunnitelman pohjalta ja hoitoon osallistuu moniammatillinen tiimi. Lääkäreiden, sairaanhoitajien, papin sekä sosiaalityöntekijän lisäksi tiimiin voi kuulua muutakin terapiahenkilökuntaa. Lisäksi potilaan hoitoon voi osallistua siihen koulutettuja vapaaehtoistyöntekijöitä. (National Consensus Project for Quality Palliative Care 2013: 14-18)

Koko moniammatillisen tiimin kouluttautumista ja ammatillista kasvua tulee tukea. Koulutuksen tulisi sisältää muun muassa kivun- ja oirehoidon periaatteita, vuorovaikutustaitoja, surutyöskentelytaitoja, eettisyyttä sekä yleistä tietoa palliatiivisesta- ja saattohoidosta. Työnantajan tulisi tunnistaa työn vaativuus ja tarjota työnohjausta ja muita työntekijöiden hyvinvointia lisääviä työkaluja työntekijöille. Jokaisen palliatiivisen yksikön tulisi myös tarkastella omaa toimintaansa ja sen laatua. Arviointiin tulisi ottaa mukaan myös potilaiden ja perheiden näkemykset, sekä yhteistyökumppaneiden näkemykset. Laadun kannalta tärkeää on myös yhteistyö yli osasto- ja organisaatorajojen sekä muilta oppiminen. Lisäksi puitteet palliatiivisen hoidon toteuttamiseen tulisi olla suunniteltu niin, että ne vastaavat parhaalla mahdollisella tavalla potilaan ja läheisten tarpeisiin. (National Consensus Project for Quality Palliative Care 2013: 14-18)

Worldwide Hospice Palliative Care Alliance eli WHPCA on niin ikään määrittänyt edellytykset onnistuneelle palliatiiviselle hoidolle, jotka ovat hyvin samanlaisia National Consensus Project for Palliative Care –työryhmän määrittelemien edellytyksien kanssa. Näiden lisäksi WHPCA on nostanut esiin sen, että palliatiivisen koulutuksen tulisi sisältyä kaikkien lääkäreiden ja hoitajien sekä useiden muiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten peruskoulutukseen ja kaikkien palliatiivisen hoidon parissa työskentelevien

ammattilaisten tulisi olla asianmukaisesti koulutettuja. Lisäksi WHPCA korostaa läheisten mukaan ottamista aktiiviseen hoitoon ja sitä, että palliatiivisen hoidon tulisi olla integroituna kaikkiin terveydenhuollon eri toimintaympäristöihin ja jokaisella potilaalla tulisi olla yhdenmukainen oikeus ja mahdollisuus saada palliatiivista hoitoa. (Building Integrated Palliative Care Programs and Services 2017: 45-46)

#### 2.4 Sairaanhoidajan osaaminen palliatiivisessa hoidossa

Opetusministeriön selvityksen mukaan sairaanhoidajan asiantuntijuus muodostuu eri osaamisalueista, joita ovat eettinen toiminta, terveyden edistäminen, hoitotyön päätöksenteko, ohjaus ja opetus, yhteistyö, tutkimus- ja kehittämistyö, johtaminen, monikulttuurinen hoitotyö, yhteiskunnallinen toiminta, kliininen hoitotyö sekä lääkehoito. (Opetusministeriö 2006; 63-70) Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkoston ja Suomen sairaanhoidajaliitto ry:n Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hankkeen määrittelemät sairaanhoidajan osaamisalueet olivat linjassa opetusministeriön selvityksessä esiin nousseiden osaamisalueiden kanssa. Niiden rinnalle oli lisäksi noussut asiakaslähtöisyyden, näyttöön perustuvan toiminnan, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristön sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden laadun ja turvallisuuden osaamisalueet. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio: 22-47)

Sekä opetusministeriön selvityksessä, että Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus – hankkeessa palliatiivinen hoito ja kuolevan potilaan hoito kuuluvat kliinisen hoitotyön osaamisalueeseen. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio: 41; Opetusministeriö 2006: 68). Tästä huolimatta Sosiaali- ja terveysministeriön raportissa Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä käy ilmi, että palliatiivisen hoidon opetus sairaanhoidajien peruskoulutuksessa on puutteellista ja epäyhtenäistä ammattikorkeakoulujen välillä (STM 2017:22).

Sairaanhoidajien palliatiivisen hoidon osaamista on Suomessa tutkittu verrattain vähän. Sosiaali- ja terveysministeriön palliatiivisen- ja saattohoidon suosituksissa henkilökunnan osaamisalueiksi on tunnistettu moniammatillinen yhteistyö, ihmisen elämänkaareen sisältyvät vaiheet, läheisten tuen tarpeen tunnistaminen, hyvät vuorovaikutustaidot sekä elämän loppuvaiheen hoidon perusteet, mukaan lukien oirehoito (STM 2017:22). Sosiaali- ja terveysministeriön Hyvä saattohoito Suomessa –suosituksessa saattohoidon osaamisalueiksi on tunnistettu oirehoito, psykososiaalinen tuki, kulttuuristen tarpeiden ja



toiveiden huomiointi ja ymmärtäminen, lähestyvän kuoleman tunnistaminen sekä omaisten tukeminen potilaan kuoleman jälkeen (STM 2010:31).

Lipponen ja Karvinen (2015:155-160) ovat toteuttaneet laajan tutkimuksen palliatiivisen- ja saattohoidon koulutustarpeista hoitohenkilöstön ja lääkärien näkökulmasta. Tutkimuksessa koulutustarpeiksi tunnistettiin viisi eri teemaa. Ensimmäinen koulutustarve oli eri potilasryhmien palliatiivisten- ja saattohoitotarpeiden tunnistaminen, joka piti sisällään perushoidon sekä oirehoidon. Toisena koulutustarpeena läheisten kohtaamiseen liittyvät koulutustarpeet, johon kuului myös kuoleman jälkeinen tuki. Kolmas koulutustarve oli tuen tarpeen tunnistaminen, joka muodostui psykososiaalisesta sekä fyysisestä tuesta. Neljäs koulutustarve, arvokkaan kuoleman mahdollistajat, sisälsi muun muassa moniammatillisen yhteistyön sekä eettisen osaamisen. Viimeisenä koulutustarpeena oli saattohoidon onnistumisen edellytykset, joka pitää sisällään muun muassa saattohoitopäätöksen tekemisen sekä kaiken kaikkiaan riittävän koulutuksen.

Kansainvälistä tutkimusta palliatiivisen- ja saattohoidon osaamisesta on tehty jo suhteellisen paljon ja pitkään. Muissa maissa palliatiivista – ja saattohoitoa ei kuitenkaan ole välttämättä eritelty potilaan tarpeiden ja henkilökunnalta vaadittavan erityisosaamisen mukaan eikä terveydenhuollon yksiköiden profiloituminen pelkästään palliatiiviseen hoitoon ole selkeää. Maissa, joissa erittelyä on tehty, sitä ei välttämättä mainita tutkimuksissa. Tähän tutkimukseen ei pystytty tekemään osaamistasojen erittelyä aiempien tutkimusten osalta. Kansainvälisissä tutkimuksissa on palliatiivista- ja saattohoitoa terminä käytetty erittäin vaihtelevasti. Tähän työhön valikoituneista tutkimuksista rajattiin pois selkeästi perustason palliatiivista hoitoa käsittelevät tutkimukset sekä tutkimukset, jotka käsitelivät kuolevan potilaan hoitamista pelkästään yleisellä tasolla. Kaikki käytetyt tutkimukset käytiin tarkasti läpi ennen niiden valikoitumista tähän työhön.

Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistys on luonut kymmenen palliatiivisen hoidon ydinkompetenssia. Kompetenssit on pyritty luomaan kaikki ammattiryhmät huomioiden. Palliatiivisen hoidon ydinkompetenssit ovat:

- palliatiivisen hoidon ydinasioden soveltaminen siinä toimintaympäristössä, joissa potilas ja perhe ovat,
- potilaan fyysisen hyvinvoinnin parantaminen läpi sairauden vaiheiden,
- potilaan psykologisiin tarpeisiin vastaaminen,
- potilaan sosiaalisiin tarpeisiin vastaaminen,
- potilaan hengellisiin tarpeisiin vastaaminen,

- omaishoitajien tarpeisiin vastaaminen,
- palliatiivisen hoidon klinisiin ja eettisiin haasteisiin vastaaminen päätöksenteossa,
- moniammatillisen tiimin osana toimiminen,
- palliatiivisessa hoidossa tarvittavien vuorovaikutustaitojen kehittäminen ja
- itsetietoisuuden harjoittelu ja jatkuva ammatillinen kasvu

(Gamondi, Larkin & Payne 2013).

Yhdysvalloissa vuonna 2001 muodostettu työryhmä, National Consensus Project for Quality Palliative Care, joka koostuu palliatiivisen hoidon asiantuntijoista, on myös määritellyt palliatiivisen hoidon ydinalueet. Työryhmän muodostamat ydinalueet ovat:

- hoidon rakenne ja prosessit,
- fyysiset tekijät,
- psykologiset ja psykiatriset tekijät,
- sosiaaliset tekijät,
- hengelliset, uskonnolliset sekä eksistentiaaliset tekijät,
- kulttuurilliset tekijät,
- hoito elämän loppuvaiheessa ja
- eettiset ja lailliset tekijät

(Dahlin 2014: 11).

Ydinalueet koskevat kaikkia ammattiryhmiä, joten Dahlin (2014:11-16) on tarkastellut mitä kukin ydinalue tarkoittaa erityisesti sairaanhoitajan näkökulmasta ja minkälaista osaamista sairaanhoitajalta edellytetään. Ensimmäinen ydinalue sisältää hoidon rakenteet ja prosessit. Sairaanhoitajan näkökulmasta tämä tarkoittaa riittävää koulutusta ja läpi uran jatkuvaa kouluttautumista. Kaikkien sairaanhoitajien tulisi lisäksi saada riittävän kattava perehdytys palliatiivisen hoidon ydinasioista, mukaan lukien muun muassa oirehoito, vuorovaikutustaidot, eettiset periaatteet sekä perusteet saattohoidosta. Palliatiiviseen hoitoon erikoistuneiden sairaanhoitajien tulisi olla osa moniammatillista tiimiä ja heidän tulisi saada säännöllistä työnohjausta ja sitoutua tavoitteisiin parantaa palliatiivisen hoidon laatua. Toinen ydinalue, joka käsittää potilaan fyysisen hoidon edellyttää, että sairaanhoitaja pystyy tunnistamaan potilaan kivun sekä hengenahdistuksen ja toimimaan oireiden edellyttämällä tavalla näyttöön perustuvien hoitomuotojen avulla. Kolmas ydinalue muodostuu psykologisesta ja psykiatrisesta hoidosta ja edellyttää sairaan-

hoitajalta kykyä tunnistaa potilaan masennus, ahdistus sekä delirium ja hoitaa niitä näyttöön perustuvien hoitomuotojen avulla. Sairaanhoidajien tulee kirjata kaikessa niin fyysisessä, kuin psyykkisessäkin hoidossa huomionsa potilasasiakirjoihin ja arvioida hoidon onnistumista.

Neljäs ydinalue sisältää sosiaaliset tarpeet ja se edellyttää sairaanhoitajalta kykyä tunnistaa sosiaalisia ongelmia ja auttaa perhettä ja potilasta niiden osalta. Viides ydinalue sisältää hengellisen ja uskonnollisen sekä eksistentiaalisen puolen hoidosta ja se edellyttää sairaanhoitajalta kykyä tunnistaa ja selvittää potilaan ja perheen tarpeita näiltä osa-alueilta ja selvinneiden asioiden kirjaamista potilaan hoitosuunnitelmaan. Jokaisen sairaanhoitajan tulisi myös kyetä ohjaamaan potilas tai perhe uskonnollisen avun piiriin tarvittaessa. Kuudes ydinalue eli kulttuurilliset tekijät edellyttävät sairaanhoitajalta kykyä arvioida ja keskustella potilaan ja perheen kanssa muun muassa tiedon jakamisesta, päätöksenteosta, kielestä, perheen keskinäisestä kommunikaatiosta, vaihtoehtoisista hoitomuodoista sekä käsityksistä ja toiveista kuolemaa, suremista ja hautajaisjärjestelyjä koskien. Seitsemäs ydinalue käsittää elämän loppuvaiheen hoidon ja se edellyttää sairaanhoitajalta kykyä tunnistaa lähestyvän kuoleman merkit ja kirjata huomionsa ja käyty keskustelut. Kuoleman lähestyessä oirehoitoa tulee tarjota potilaan mukavuuden turvaamiseksi ja potilaan kulttuurilliset ja uskonnolliset toiveet tulee ottaa huomioon. Sairaanhoidajien tulisi käsitellä ruumista kunnioittavasti kuoleman jälkeen ja tarjota omaisille tukea surussa. Kahdeksas ydinalue edellyttää, että sairaanhoitajat noudattavat hoitosuunnitelmaa ja kirjaavat asianmukaisesti. Hoitajien tulisi myös ymmärtää hoidon eettiset ja lailliset puolet ja kyetä ratkaisemaan eettisiä ongelmia. (Dahlin 2014: 11-16)

Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa White ja Coyne (2011: 715) tutkivat National Consensus Project for Quality Palliative Care -työryhmän määrittämien palliativisen hoidon ydinkompetensseja siten, että he pyysivät hoitajia järjestämään kompetenssit tärkeysjärjestykseen. Kompetenssit oli avattu tutkittaville pienemmiksi osa-alueiksi. Tärkeimmäksi ydinkompetenssiksi hoitajat kokivat järjestyksessä oireiden hoidon, kuolemasta puhumisen sekä palliativisen hoidon kokonaisuuden. Edellä mainitut osa-alueet oli laitettu selvästi useimmin tärkeimmiksi. Loput kompetenssit järjestyksessä olivat kivunhoidon eri tekniikat, omien tunteiden hallinta, saattohoidon kokonaisuus, lähestyvän kuoleman tunnistaminen, eettiset ongelmat, vihaisten potilaiden ja omaisten kohtaaminen, lait sekä kulttuurillinen sekä uskonnollinen osaaminen.

Niin ikään Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin syöpäklinikoiden henkilökunnan näkemyksiä siitä, mitä palliatiivisen- ja saattohoidon koulutuksessa olisi tärkeää sisällyttää ja millä metodeilla koulutusta pitäisi järjestää. Tutkimukseen osallistui kokeneita lääkäreitä ja hoitajia, jotka tekivät työtä kuolevien syöpäpotilaiden kanssa. Neljä tärkeintä sisältöä koulutukselle olivat palliatiivisen hoidon perusteet, kommunikointitaidot, vuorovaikutus omaisten ja omaishoitajien kanssa sekä kivun ja muiden oireiden hoito. Näiden lisäksi tutkittavat toivat esille myös muita sisältöjä, joita olivat omasta jaksamisesta huolehtiminen, eettiset, sosiaaliset, kulttuuriset, psyykkiset, hengelliset ja uskonnolliset kysymykset sekä moniammatillinen tiimityöskentely. Vastaukset lääkäreiden ja hoitajien osalta eivät juurikaan eronneet toisistaan, vaan molemmat ammattiryhmät pitivät samoja asioita tärkeinä. Palliatiivisen hoidon perusteet pitivät sisällään muun muassa tietoa itsemääräämisoikeudesta, elämänlaadusta sekä kuoleman hyväksymisestä. Tutkimukseen osallistujat kokivat avoimen kommunikoinnin potilaiden ja omaisten kanssa haastavaksi. Kommunikointitaidoissa tärkeänä koettiin muun muassa huonojen uutisten kertominen. Omaishoitajien kanssa kommunikointi ja asioiden perustelu koettiin myös vaikeaksi ja siihen toivottiin lisäkoulutusta. Kivun ja muun oirehoidon kannalta esiin tuli tarve saada lisää tietoa oikeanlaisista lääkkeistä ja annoksista. Lisäksi sairaanhoitajat nostivat esiin tarpeen saada lisää tietoa myös muista kuin lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä. (Jors ym. 2015)

Vietnamissa tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin syöpäosastolla toimivien hoitajien osaamista palliatiivisesta hoidosta ja sen vaikutusta asenteisiin ja hoitajien käsitykseen omasta kyvykkyydestään hoitaa palliatiivisia potilaita. Hoitajien osaamista arvioitiin Desbiensin ja Fillionin siihen käyttöön tekemällä mittarilla, joka muodostuu kymmenestä osalueesta. Ne ovat kivun hoito, muiden oireiden hoito, psykologinen hoito, sosiaalinen hoito, hengellinen hoito, toiminnalliseen tilaan liittyvä hoito, eettiset ja lainopilliset ongelmat, moniammatillinen yhteistyö ja kommunikaatio, henkilökohtaiset ja ammatilliset hoitoon liittyvät ongelmat ja saattohoito. Hoitajien osaamisen lisäksi tutkimuksessa selvitettiin hoitajien asenteita kuolevien potilaiden hoitamisesta kohtaan sekä hoitajien oma käsitys kyvystään hoitaa kuolevia potilaita. Tulosten mukaan hoitajien osaamisen tasossa oli puutteita etenkin kivunhoidon ja muun oirehoidon sekä psyykkisen ja hengellisen hoidon osalta. Osaamisen ja asenteiden ja hoitajien kokeman oman kyvykkyytensä välillä nähtiin selkeä positiivinen yhteys. Pidempään opiskelleilla hoitajilla oli tutkimuksen mukaan enemmän tietoa palliatiivisesta hoidosta, kuten myös hoitajilla, jotka työskentelivät palliatiiviseen hoitoon profiloituneilla osastoilla. Osaamisen puute vaikutti negatiivisesti myös siihen kuinka aikaisin palliatiivinen hoito ja kuolema otetaan puheeksi potilaan

kanssa. Hoitajien käsitys omasta kyvykkyydestä hoitaa palliatiivisia potilaita nähtiin merkittävänä tekijänä onnistuneen hoidon kannalta. (Nguyen & Yates & Osborne 2014)

### **3 Työn tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajilta edellytettyä osaamista ja osaamista edistäviä tekijöitä erityistason palliatiivisessa yksikössä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää tutkintoon johtavassa- ja sen jälkeisessä täydennyskoulutuksessa, hoidon laadun ja potilasturvallisuuden parantamisessa sekä yhteisistä hoitokäytännöistä sovittaessa.

Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa sekä palliatiivista että saattohoitoa.

Tutkimuskysymykset:

1. Mitä osaamista sairaanhoitajilta edellytetään erityistason palliatiivisessa hoidossa?
2. Mitkä tekijät edistävät sairaanhoitajan palliatiivisen hoidon osaamista?

### **4 Tutkimuksen toteutus**

#### **4.1 Kvalitatiivinen tutkimus**

Kvalitatiivista eli laadullista tutkimusta on käytetty 1800 –luvun lopulta alkaen ja se vakiinnutti paikkansa ihmistieteissä 1980-luvulla. Laadullista tutkimusta määriteltäessä korostuvat ihmisten kokemukset, näkemykset, tulkinnat, käsitykset sekä motivaatio. Sitä käytetään yleisesti tutkittaessa uusia tutkimusalueita tai haluttaessa uusi näkökulma jo olemassa olevaan tutkimusalueeseen. Lisäksi laadullista tutkimusta voidaan käyttää, kun halutaan selittää asiaa ymmärtämisen näkökulmasta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015: 65-67)

Laadullisen tutkimuksen tarkoitus on selittää ilmiöitä, ei niinkään tuottaa tilastollisesti yleistettävää tietoa. Tästä syystä laadullisessa tutkimuksessa tulee kiinnittää huomiota tiedonantajien valintaan, jotta voidaan varmistua siitä, että tiedonantajilla on kokemusta tutkittavasta asiasta. Yleisimpiä aineistonkeruumenetelmiä ovat haastattelu, kysely, havainnointi sekä erilaisista dokumenteista kerätty tieto. Näitä menetelmiä voidaan käyttää

joko yhdessä tai valita vain yksi menetelmä. Kyselyn ja haastattelun tavoitteena on saada kysymällä selville tutkittavan näkökulma tutkittavaan asiaan. Haastattelu on kyselyä joustavampi keino, ja siihen sitoudutaan usein kyselyä paremmin. Kyselyä käytettäessä vastausprosentti voi jäädä alhaisemmaksi, eikä tutkijalla ole mahdollisuutta esittää tarkentavia kysymyksiä tai varmistaa ymmärtäneensä vastausta oikein. Laadullista tutkimusta tehdessä alhainen vastausprosentti ei kuitenkaan välttämättä ole ongelma, sillä tutkimuksen tavoitteena ei ole tuottaa yleistettävää tietoa. Aineiston keruumenetelmä valitaan aina kyseessä olevan tutkimusongelman ja resurssien mukaan. (Tuomi & Sarajarvi 2009: 71-77;86-87)

#### 4.2 Aineisto ja sen keruu

Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena, ja tutkimusaineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella, johon päädyttiin tiedonantajien anonymiteetin varmistamiseksi. Sähköinen kyselylomake muodostui neljästä taustatietokysymyksestä sekä tutkimuskysymysten pohjalta muodostetuista avoimista kysymyksistä. Taustatietokysymyksiä kysyttiin vastaajien ikä, kokemus palliatiivisen hoidon yksikössä, kokemus terveydenhuoltoalalta yhteensä sekä työskenteleekö avo- vai osastohoidon puolella. Taustatietokysymyksiä laadittaessa otettiin huomioon tutkittavien anonymiteetin säilyminen, joten vastaajien iät kysyttiin valmiiksi luokiteltuina, jottei yksittäistä vastaajaa voida tunnistaa iän perusteella ja vastaajien sukupuoli jätettiin kokonaan kysymättä (Kankkunen & Julkunen-Vehviläinen 2015: 221). Avoimia kysymyksiä laadittaessa käytettiin apuna aiempaa tutkimustietoa ja aiemmin määriteltyjä kompetensseja (Lipponen & Karvinen 2015: 155-160; Gamondi & Larkin & Payne 2013; Dahlin 2014: 11).

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen vastaavat avoimet kysymykset olivat:

1. Kuvaile mitä kaikkea potilaan hoitoon liittyvää osaamista tarvitset työssäsi?
2. Kuvaile mitä läheisten kohtaamiseen liittyvää osaamista tarvitset työssäsi?
3. Kuvaile mitä moniammatillisen yhteistyön osaamista tarvitset työssäsi?
4. Kuvaile miten osaamisen tarve muuttuu kuoleman lähestyessä?
5. Kuvaile mitä muuta osaamista tarvitset työssäsi?

Toiseen tutkimuskysymykseen vastaava avoin kysymys oli:

6. Mitkä tekijät mielestäsi edistävät sairaanhoitajan osaamista palliatiivisessa hoidossa?

Riittävän aineiston saamiseksi tutkimukseen valittiin kolme Uudellamaalla sijaitsevaa erityistason palliatiivista hoitoa tarjoavaa yksikköä. Sairaanhoitajia näissä yksiköissä työskenteli aineiston keräämisen aikana 70. Lisäksi osastoilla työskentelee muuta henkilökuntaa, mutta tähän tutkimukseen valittiin tiedonantajiksi pelkästään sairaanhoitajia, sillä tarkoituksena oli selvittää edellytetty osaaminen nimenomaan sairaanhoitajan näkökulmasta. Tutkittavat yksiköt valikoituivat tähän tutkimukseen sillä perusteella, että ne ovat ainoat yksiköt Uudellamaalla, jotka ovat profiloituneet erityistason palliatiiviseen hoitoon. Tiedonantajiksi valittiin sairaanhoitajia työpisteestä riippumatta niin, että vastauksia saatiin sekä avo- että osastohoidon yksiköistä. Tiedonantajat työskentelivät joko osastolla, kotisairaalassa tai poliklinikalla, joka toteuttaa erityistason palliatiivista hoitoa.

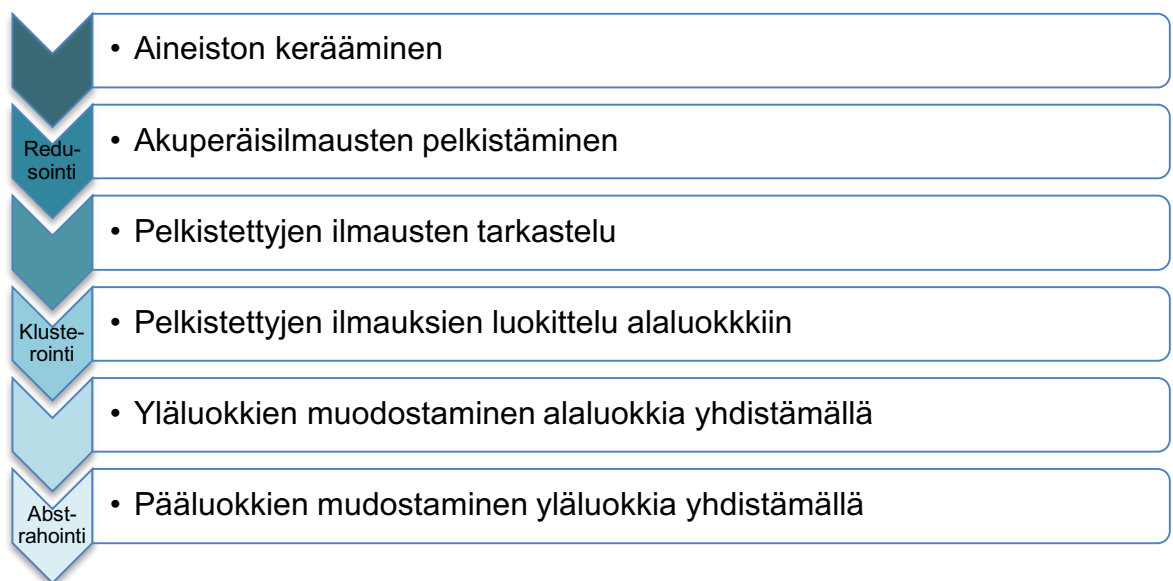
Sähköinen kyselylomake (Liite 1) luotiin Google Formsiin. Kysely ei vaatinut kirjautumista, joten vastaajan tiedot eivät tulleet tallennetuksi kyselyyn, eikä vastauksia voitu näin ollen yhdistää yksittäiseen työntekijään. Tutkija kävi henkilökohtaisesti kertomassa tutkimukseen valikoituneissa yksiköissä tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteesta sekä tutkimuksen metodeista ennen aineiston keräämistä. Tutkimukseen osallistujille jaettiin tämän lisäksi tiedote (Liite 2), jossa kerrottiin tarkemmin tutkimuksesta ja siihen osallistumisesta. Tämän jälkeen linkki kyselylomakkeeseen lähetettiin kaikille sairaanhoitajille esimiesten välityksellä. Tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja tiedonantajilla oli mahdollisuus lopettaa tutkimukseen osallistuminen ilman seurauksia. Tutkimukseen osallistujilla oli kaksi viikkoa aikaa vastata kysymyksiin, mutta vähäisten vastausten vuoksi tutkimusaikaa pidennettiin jokaisessa yksikössä kertaalleen ja yhdessä yksikössä kaksi kertaa. Yhteensä vastauksia saatiin 21. Vastausprosentti oli näin ollen 30%.

#### 4.3 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi tehdään joko induktiivisesti tai deduktiivisesti. Analysointitapa valitaan tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti. Induktiivisella eli aineistolähtöisellä analyysillä tutkimusaineistosta pyritään muodostamaan teoreettinen kokonaisuus. Aiempi teoriatieto ei siis ohjaa analyysiä vaan se perustuu täysin saatuun aineistoon. Deduktiivisella analyysillä puolestaan tarkoitetaan teorialähtöistä analyysiä, jossa analyysiä ohjaa jokin tietty teoria tai malli. Tyypillisesti deduktiivista analyysiä käytetään aiemman tutkimustiedon testaamisessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 95-99; Elo & Kyngäs 2007) Tämän tutkimuksen aineisto analysoitiin induktiivisella analyysillä. Sisällön analyysin tarkoituksena

on kuvata aineisto helpommin ymmärrettävästi ja johdonmukaisesti. Laadullisessa tutkimuksessa analyysi on läsnä jokaisessa tutkimusprosessin vaiheessa ja sen tarkoituksena on kuvata aineisto, tiivistä ja selkeästi. Tutkijan tulee kuitenkin kiinnittää erityistä huomiota siihen, ettei arvokas informaatio pääse katoamaan analysointiprosessin missään vaiheessa. Analyysin valmisteluvaiheessa tutkijan tulee määrittää analyysiyksikkö, joka useimmin on yksittäinen sana tai teema, joka nousee aineistosta. Analyysiyksikön valintaan vaikuttaa aineiston laatu sekä tutkimuksen tarkoitus. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 107-110; Elo & Kyngäs 2007)

Induktiivinen sisällönanalyysi koostuu kolmesta vaiheesta (Kuvio 3), joista ensimmäisessä vaiheessa aineisto redusoidaan eli pelkistetään. Pelkistämällä tarkoitetaan sitä, että aineistosta saadut alkuperäisilmaukset pelkistetään tai pilkotaan ja niitä kuvataan aineistosta saaduilla ilmaisuilla. Toisessa vaiheessa pelkistetyt ilmaukset klusteroidaan eli ryhmitellään. Ryhmittely tapahtuu etsimällä koodatuista alkuperäisilmauksista samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia ja yhdistelemällä pelkistettyjä ilmauksia tämän perusteella samaan luokkaan. Luokat nimetään käsitteillä, jotka kuvaavat luokkaa parhaalla mahdollisella tavalla. Kolmannessa vaiheessa saadut luokat abstrahoidaan eli niistä muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Luokkien yhdistämistä jatketaan niin kauan, kun se tuottaa uutta tietoa ja on mahdollista. Induktiivisessa sisällönanalyysissä edetään siis aineistolähtöisesti kohti teoreettista ja käsitteellistä näkemystä tutkimusilmiöstä. Analyysin kaikissa vaiheissa tutkija kiinnittää huomiota alkuperäisilmauksiin ja pyrkii ymmärtämään tutkittavan omaa näkemystä asiasta parhaalla mahdollisella tavalla. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 108-113)



Kuvio 3. Induktiivinen sisällönanalyysi (Tuomi & Sarajärvi 2009: 108-113)



Aineistoa saatiin yhteensä 12 A4-sivua (fontti Arial 12, riviväli 1,5). Aineisto sisälsi paljon lyhyitä ilmauksia, mutta myös aiheen syvällisempää pohdintaa. Saatu aineisto luettiin useaan kertaan läpi, jonka jälkeen yksittäisiä sanoja ja lauseita merkittiin värikoodein. Samaa tarkoittavat sanat ja lauseet merkittiin samalla värillä, ja tällä tavoin käytiin koko aineisto läpi. Sen jälkeen koodatut ilmaukset kerättiin taulukkoon ja alkuperäisilmaukset muutettiin pelkistetyiksi ilmauksiksi. Samaa asiaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaukset yhdistettiin ja niistä muodostettiin alaluokiksi. Edelleen samaan asiaan liittyvät alaluokat yhdistettiin, ja aineistosta muodostettiin yläluokiksi. Yläluokat yhdistettiin edelleen pääluokiksi. (Taulukko 2)

Aineistoon palattiin prosessin aikana ja sen jälkeen useita kertoja, ja muutoksia tehtiin tarvittaessa. Kyselyaineiston viisi ensimmäistä kysymystä vastasivat tutkimuksen ensimmäiseen tutkimuskysymykseen, joten niiden analyysi yhdistettiin ja tehtiin kerralla. Viimeisen kysymyksen vastaukset vastasivat toiseen tutkimuskysymykseen, joten se eriteltiin omaksi analysoitavaksi kokonaisuudekseen. Analyysin kaikissa vaiheissa pyrittiin kiinnittämään huomiota tutkittavien ilmaisemiin asiakokonaisuuksiin, jotta luokittelut voitiin tehdä mahdollisimman luotettavasti.

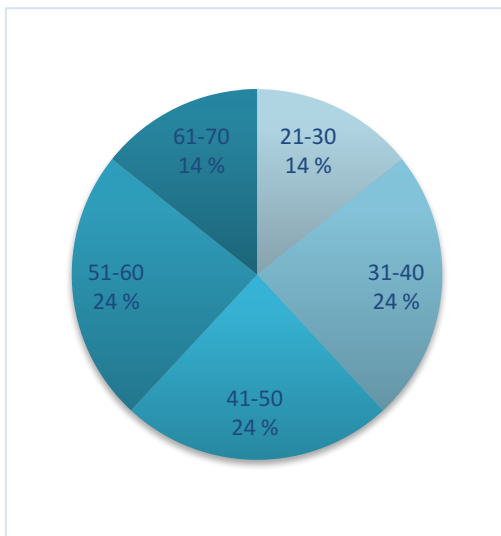
Taulukko 2. Esimerkki sisällönanalyysista

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Sairauteen ja kuolemiseen liittyvien oireiden tulkintaa, hoitoa ja hoidon arviointi-osaamista.	Sairauteen liittyvien oireiden tulkinta	Oireiden tunnistaminen	Oirehoito	Kliininen osaaminen
	Sairauteen liittyvien oireiden hoito	Oireiden hoitaminen		
	Kuolemiseen liittyvien oireiden tulkinta	Potilaan tilanteen arviointi	Potilaan tarkkailu	
	Kuolemiseen liittyvien oireiden hoito		Oirehoito	
	Hoidon arviointi-osaaminen	Hoidon vaikuttavuuden arviointi	Potilaan tarkkailu	
Lääkehoidon osaaminen varsinkin kipulääkityksen osalta, samoin pahoinvointilääkityksen osalta.	Lääkehoidon osaaminen	Farmakologinen osaaminen	Lääkehoito	Kliininen osaaminen
	Kivun lääkehoidon osaaminen			
	Pahoinvoinnin lääkehoidon osaaminen			
Lääkehoito erityisesti kivunhoito	Lääkehoito	Farmakologinen osaaminen	Lääkehoito	Kliininen osaaminen
	Kivun lääkehoito	Kivun hoito	Oirehoito	
Kivunhoitoa ja sen arviointia	Kivunhoito	Kivun hoito	Oirehoito	Kliininen osaaminen
	Kivunhoidon arviointi	Hoidon vaikuttavuuden arviointi	Potilaan tarkkailu	
Taitoja kivun hoidosta, kivun merkeistä	Kivunhoidon taito	Kivun hoito	Oirehoito	Kliininen osaaminen
	Kivun merkit	Potilaan tilanteen arviointi	Potilaan tarkkailu	
Hyvä kivunhoito	Hyvä kivunhoito	Kivun hoito	Oirehoito	Kliininen osaaminen
Taitoja kivun hoidosta	Kivunhoidon taito	Kivun hoito	Oirehoito	Kliininen osaaminen

## 5 Tutkimustulokset

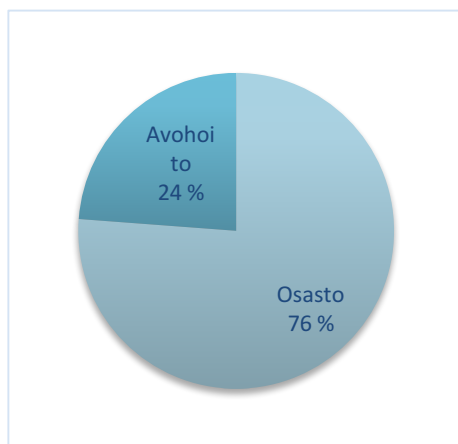
### 5.1 Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat

Kolme neljäsosaa vastaajista oli 31-60 vuotiaita, mutta vastaajia oli myös yli ja alle tämän ikäisiä suhteessa saman verran (Kuvio 4).



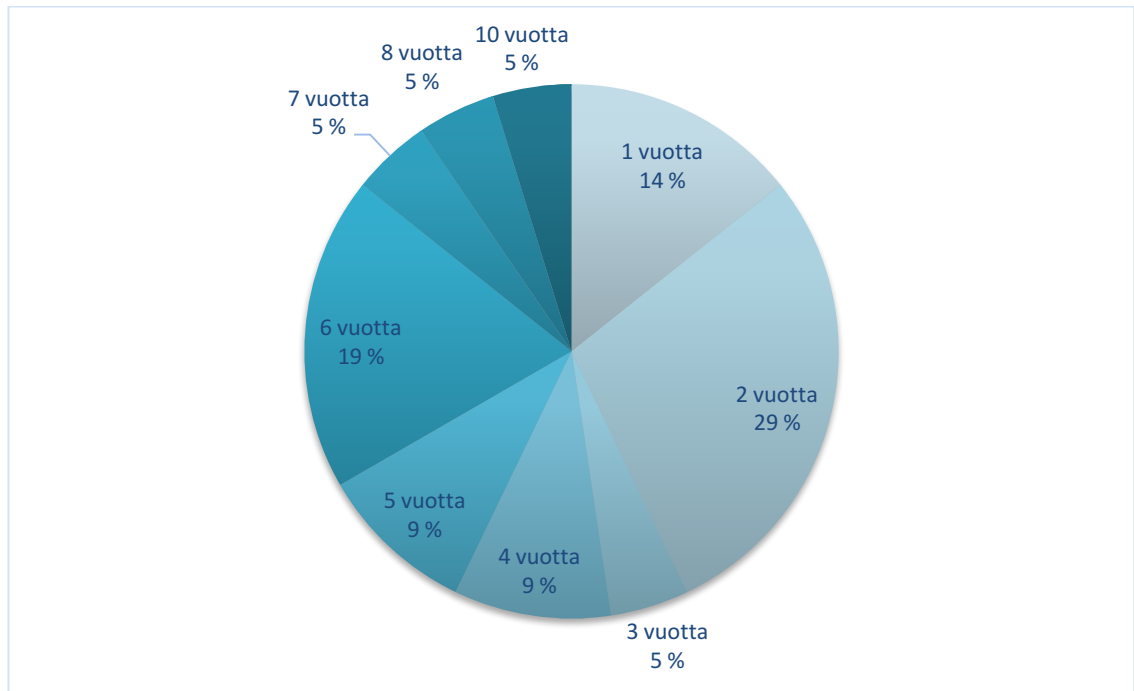
Kuvio 4. Sairaanhoitajien (n=21) ikä

Suurin osa vastanneista (76%) työskenteli osaston puolella (Kuvio 5).



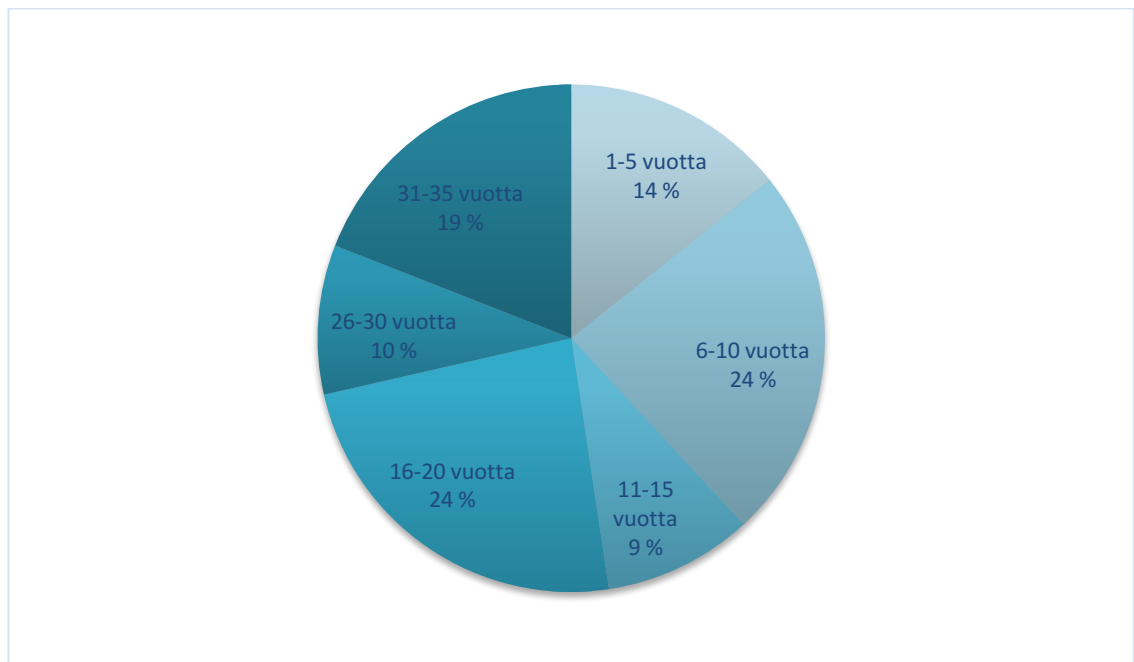
Kuvio 5. Sairaanhoitajien (n=21) työyksikkö

Vastaajilla oli työkokemusta palliatiivisen hoidon yksiköistä yhdestä kymmeneen vuotta (Kuvio 6).



Kuvio 6. Sairaanhoitajien (n=21) kokemus palliatiivisen hoidon yksikössä

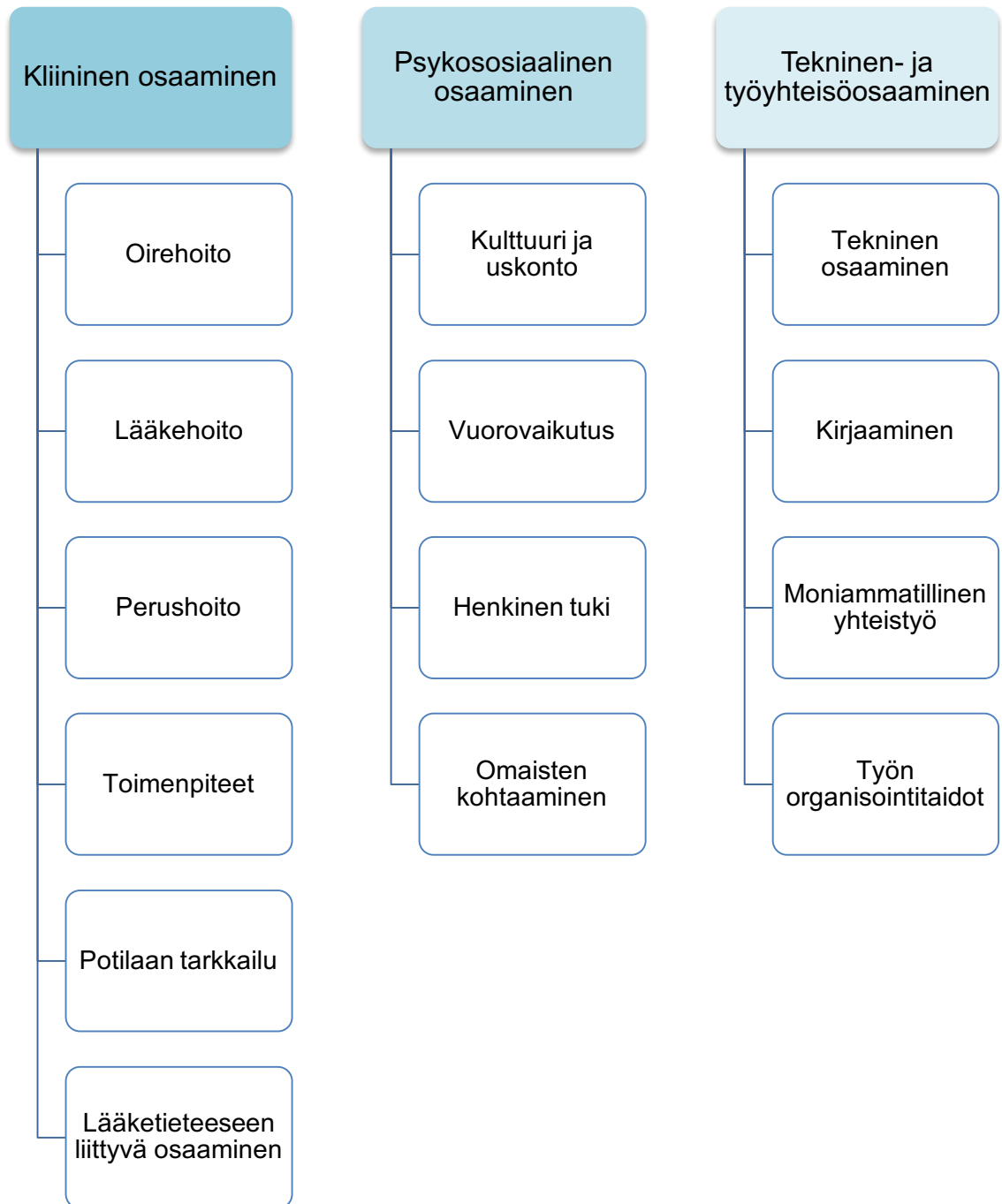
Kokonaisuudessaan terveydenhuoltoalan työkokemusta heillä oli kahdesta 35:n vuoteen ja yli puolet vastaajista oli työskennellyt alalla 6-20 vuotta (Kuvio 7).



Kuvio 7. Sairaanhoitajien (n=21) kokemus terveydenhuoltoalalta

## 5.2 Sairaanhoidajalta edellytetty osaaminen

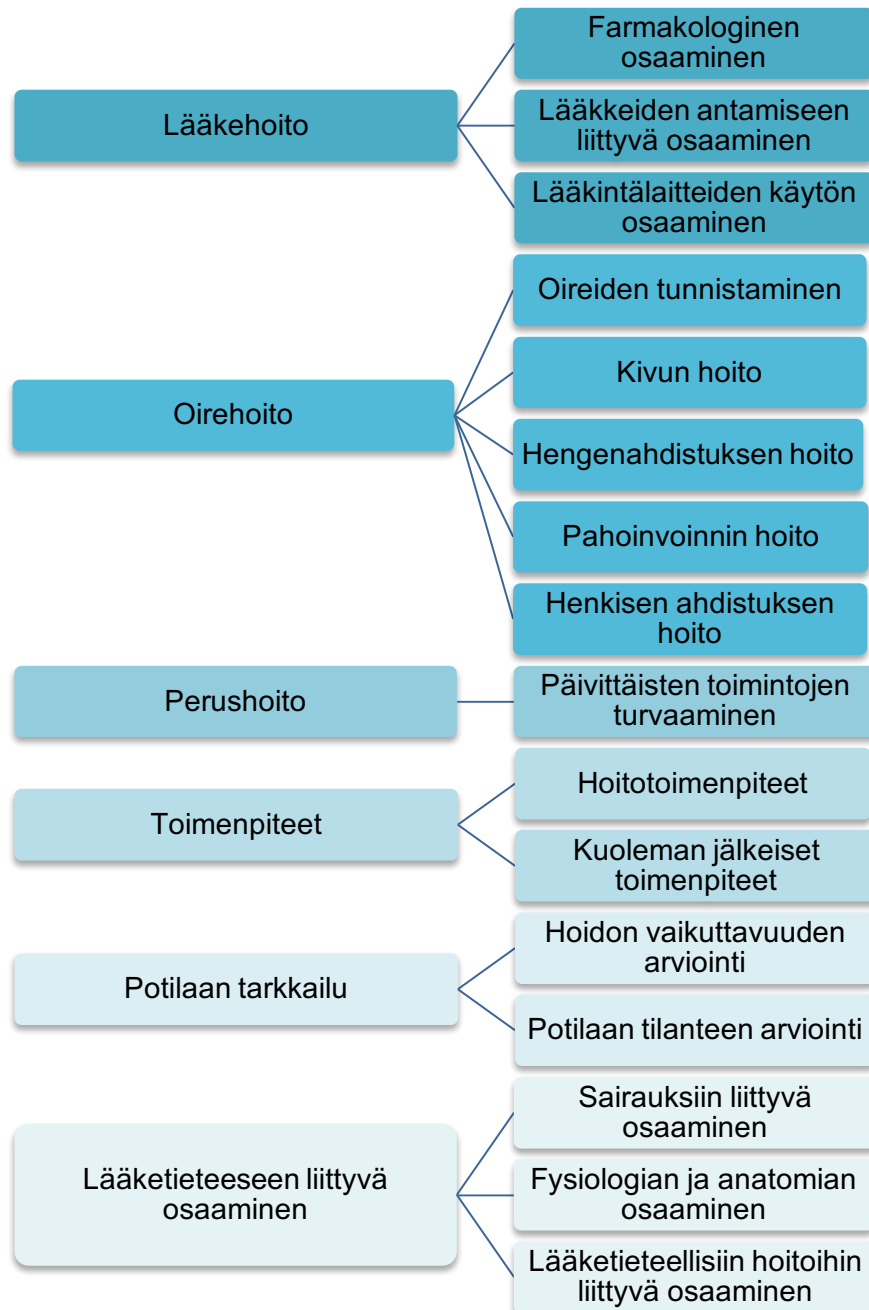
Erityistason palliatiivisen hoidon edellyttämä osaaminen muodostui kolmesta pääluokasta, jotka olivat kliininen osaaminen, psykososiaalinen osaaminen sekä tekninen- ja työyhteisöosaaminen. Nämä pääluokat muodostettiin aineiston perusteella muodostetuista yläluokista. Yläluokat ovat esiteltynä jokaisen pääluokan jälkeen.



Kuvio 8. Sairaanhoidajalta edellytetty osaaminen erityistason palliativisessa hoidossa

## 5.3 Kliininen osaaminen

Kliinistä osaamista oli kuvattu usealla eri tavalla ja se muodostui kuudesta osaamisen alueesta: lääkehoito, oirehoito, perushoito, toimenpiteet, potilaan tarkkailu sekä lääketieteeseen liittyvä osaaminen (Kuvio 9).



Kuvio 9. Kliininen osaaminen erityistason palliativisessa hoidossa

*Lääkehoidon osaaminen* tunnistettiin selkeästi suurimpana yksittäisenä osaamisalueena aineistosta. Lääkehoidon osalta tiedonantajat pitivät tärkeänä sitä, että sairaanhoitajalla on ymmärrystä lääkkeistä, mutta myös taitoa antaa niitä eri reittejä ja erilaisia lääkintälaitteita apuna käyttäen. Farmakologisen osaaminen tärkeys kävi useasta vastauksesta esille ja tiedonantajat pitivät esimerkiksi oirelääkityksen vaikutusmekanismien ymmärrystä erityisen tärkeänä. Tiedonantajat pitivät farmakologista osaamista ja ymmärrystä tärkeänä myös muiden lääkkeiden osalta. Lisäksi vastauksista korostui lääkehoidon erikoisosaamisen merkitys erityistason yksikössä. Tiedonantajat pitivät tärkeänä esimerkiksi hätälääkityksen sekä sedaation hallitsemista. Tämän lisäksi osaaminen antaa lääkkeitä eri reittejä ja esimerkiksi kipupumpun käyttö olivat tärkeitä asioita.

"Vahvaa lääkehoidon osaamista"

"...laaja lääkeosaaminen (p.o./ s.c / i.v./ PCA-pumppu)"

"...lääketietoa ja lääkkeisiin liittyvien vaikutusmekanismien ymmärtämistä, lääkkeiden anto eri reittejä.."

"...paljon lääkealan tietoa erityisesti kivun, pahoinvoinnin, hengenahdistuksen ja henkisen ahdistuksen hoitoon auttavista lääkkeistä ja niiden antoreiteistä."

"Lääkehoidon erityistilanteiden hallintaa, mm. hätälääkityksen toteuttaminen, sedaatiopotilaan hoito. Kipupumppuhoito; kasettien valmistaminen, kipupumpun ohjelmointi."

*Oirehoidon* osalta sairaanhoitajat pitivät tärkeänä kykyä tunnistaa potilaan oireet ja kykyä hoitaa niitä. Oireista tärkeimpinä tiedonantajat mainitsivat kivun, pahoinvoinnin, hengenahdistuksen sekä henkisen ahdistuksen. Lääkehoito ja oirehoito linkittyivät aineistossa vahvasti yhteen, mutta vastaajat pitivät tärkeänä myös lääkkeettömän oirehoidon osaamista palliativisen potilaan hoidossa.

"...paljon lääkealan tietoa erityisesti kivun, pahoinvoinnin, hengenahdistuksen ja henkisen ahdistuksen hoitoon auttavista lääkkeistä ja niiden antoreiteistä."

"Lääkehoidon osaamista, erityisesti kivun, hengenahdistuksen ja pahoinvoinnin hoidossa. Osaamista potilaan oireiden havainnoinnissa, mm. kipu, ahdistuneisuus."

"Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien hallinta, kuten asentohoito, läsnäolo, musiikin käyttö potilastyössä."

*Perushoito* oli sairaanhoitajien mielestä erittäin tärkeä osaamisalue. Tiedonantajat käsittivät perushoidon sisältävän muun muassa potilaan päivittäisten toimintojen turvaamisen ja niissä omatoimisesti suoriutumisen arvioinnin.

"päivittäisissä toiminnoissa avustaminen, potilaan omien kykyjen ja rajoitusten havainnointi"

"adl-toiminnoissa auttaminen"

" Hyvää perushoidon osaamista potilastyössä ei voi liiaksi korostaa"

*Toimenpiteet* ja niiden osaaminen olivat sairaanhoitajien mielestä keskeinen osaamisalue erityistason palliatiivisessa hoidossa ja se sisälsi niin toimenpiteiden suorittamisen, kuin niissä avustamisen. Vastaajat pitivät yleisinä toimenpiteinä muun muassa iv-kanyylin ja kestopatentin laittoa, dreerien hoitoa, tyhjennystä ja niiden laitossa avustamista sekä haavanhoitoa. Haavanhoidon kannalta erityisen tärkeänä tiedonantajat kokivat haavojen ennaltaehkäisyn ja ihon kunnosta huolehtimisen. Sairaanhoitajat näkivät tärkeinä myös syövän aiheuttamien metastaasihaavojen hoidon hallitsemisen ja niiden hoitoon liittyvien erityispiirteiden ymmärtämisen. Erityisen tärkeänä osa-alueena, nimenomaan erityistason palliatiivisessa hoidossa sairaanhoitajat kokivat myös oireenmukaisen haavanhoidon, jossa tavoitteena ei ole enää saada haavaa parantumaan vaan helpottaa potilaan oloa. Lisäksi vainajan laitto ja kuolevan käsittely katsottiin tärkeäksi osaksi toimenpideosaamista.

"Haavanhoito-osaamista, mm. oirehoidollisesti, kun haavaa ei enää pystytä parantamaan, mutta sen aiheuttamia kipua, hajuhaittoja tai kosmeettisia haittoja yhä hoidetaan (esim. ihon läpi tulevat metastaasit)"

"...haavanhoito sekä myös painehaavaumien ennalta ehkäisy..."

" Hyvää ... haavahoitoa, tietoa ja taitoa erilaisten dreerien, kanyylien yms hoidosta..."

"...haavanhoito ja eri haavanhoitotuotteiden käyttö, teknistä osaamista esim. kanylointia, katetrointia, erilaisten dreerien hallintaa..."

"...vainajan laitto ja kuolevan käsittely ennen kuolemaa sekä kuoleman jälkeen ottaen kulttuurierot huomioon"

*Potilaan tarkkailu* oli sairaanhoitajien näkökulmasta tärkeää niin hoidon vasteen seurannan kannalta kuin potilaan tilanteen seurannan kannalta ja näin ollen merkittävä osaamisalue palliatiivisessa hoidossa. Oirehoidon onnistuminen oli tiedonantajien mukaan mahdotonta, jos potilaan oireita tai hoidon vastetta ei osata tarkkailla. Potilasta tarkkailemalla voidaan sairaanhoitajien mielestä myös ennakoida useita eri tilanteita ja tämän nähtiin vaikuttavan potilaan hoitoon usein kokonaisvaltaisestikin. Etenkin avohoidon



puolella työskentelevät sairaanhoitajat korostivat potilaan kokonaistilanteen ja selviytymisen arvioinnin merkitystä, sillä kaikilla potilailla ei ole omaisia seuraamassa vointia kotona. Toisaalta tiedonantajat näkivät potilaan tarkkailun merkityksen korostuvan myös loppuvaiheen hoidossa, sillä se on välttämätöntä, jotta turhat hoitotoimenpiteet voidaan jättää tekemättä ja keskittyä potilaan hyvään perushoittoon. Lisäksi potilasta tarkkailemalla sairaanhoitajat kokivat pystyvänsä tunnistamaan lähestyvän kuoleman ja reagoimaan sen mukaisesti potilaan hoidossa sekä omaisten ohauksessa.

"Kuolinprosessiin liittyvää osaamista, havainnointia, lähestyvän kuoleman merkien tunnistamista.."

"On tärkeää kiinnittää huomiota potilaan tarpeisiin sanatonta ilmaisua ja olemusta havainnoimalla."

"Sairauteen ja kuolemiseen liittyvien oireiden tulkintaa hoitoa ja hoidon arviointiosaamista."

"...potilaan voinnin ja mahdollisten oireiden havainnointi ja arviointi"

"Kuolinprosessiin liittyvää osaamista, havainnointia, lähestyvän kuoleman merkien tunnistamista..."

"Täytyy osata havainnoida potilaassa eri merkkejä kuoleman lähestymisestä, ymmärrystä siitä, mitkä hoitotoimenpiteet ja lääkkeet ovat tässä vaiheessa tarpeellisia/tarpeettomia."

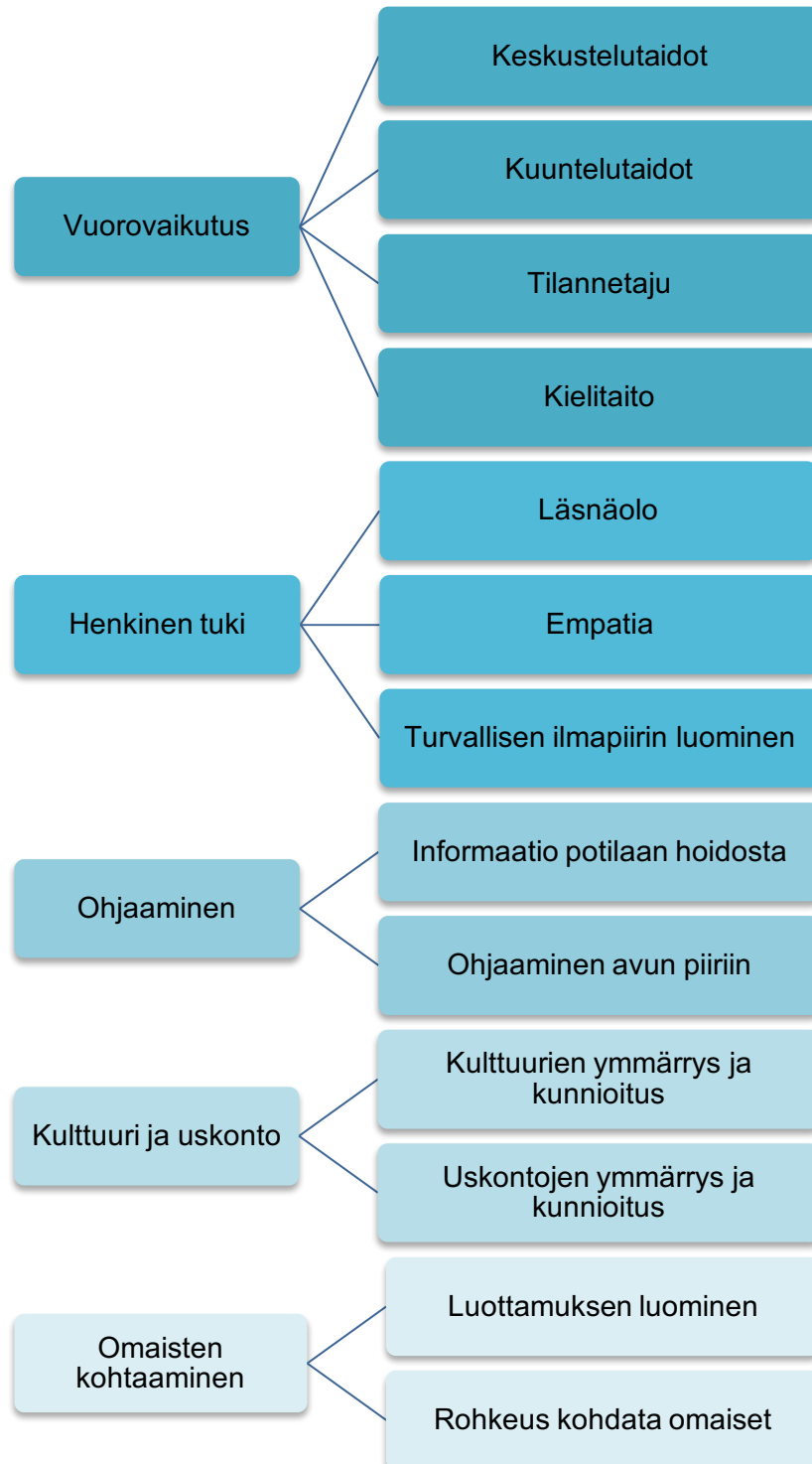
*Lääketieteellisen osaamisen* osalta tärkeimpänä vastaajat pitivät sairauksiin ja niiden lääketieteellisiin hoitomuotoihin liittyvää osaamista ja ymmärrystä. Lisäksi osa sairaanhoitajista koki tärkeäksi myös ihmisen fysiologian ja anatomian ymmärrystä. He pitivät lääketieteellisen ymmärryksen edellytyksenä sille, että esimerkiksi potilaan oireita voidaan seurata luotettavasti. Osa sairaanhoitajista tunnisti lääketieteellisen osaamisen tärkeyden myös siksi, että sairaanhoitajan on ymmärrettävä lääkärin tekstejä.

"Laaja-alaista fysiologian ja anatomian...osaamista"

"Lääketieteellisen tekstin ymmärtämistä."

#### 5.4 Psykososiaalinen osaaminen

Toinen pääluokka psykososiaalinen osaaminen muodostui viidestä yläluokasta, jotka ovat vuorovaikutustaidot, henkinen tuki, ohjaaminen, kulttuuri ja uskonto sekä omaisten kohtaaminen (Kuvio 10).



Kuvio 10. Psykososiaalinen osaaminen eritystason palliativisessa hoidossa

*Vuorovaikutustaidot* olivat sairaanhoitajien mukaan välttämättömiä niin potilaan hoidon kuin omaisten kohtaamisenkin kannalta. Vastaajat kokivat, että hyvät vuorovaikutustaidot muodostuvat keskustelu- ja kuuntelutaidoista, kielitaidosta sekä tilannetajusta. Kielitaidolla sairaanhoitajat tarkoittivat kykyä puhua potilaan omalla kielellä tai vaihtoehtoisesti tulkin hyödyntämistä. Lisäksi sairaanhoitajat korostivat henkisen tuen merkitystä. Vastaajat kokivat läsnäolon ja empaattisuuden merkittäviksi tekijöiksi potilaan onnistuneen hoidon kannalta.

"Herkkyyttä kuunnella. Avoimuutta. Taitoa tuoda esiin oikeat asiat oikealla hetkellä. Rehellisyyttä."

"Erinomaisia kuuntelemisen ja vuorovaikutuksen hallintaa"

"Läsnäolon taitoja, empatiaa, ammatillisuutta ja perustelemisen taitoa."

"Rohkeus kohdata vaikeatkin asiat, ottaa esille ja avata maanläheisesti ja ymmärrettävästi potilaantilanne."

"...tulee kyetä hoitamaan samassa vuorossa sekä kuolevaa potilasta, että mahdollisesti vielä hyvinkin paljon paremmassa kunnossa olevia potilaita ja hallita myös omia tunnereaktioitaan potilashuoneesta toiseen mentäessä. On osattava olla läsnä niin kuolevalle kuin vielä parempivointiselle potilaalle."

"Kun potilas ei itse enää pysty sanalliseen viestintään, on tärkeää osoittaa sekä sanallisesti, että sanattomin keinoin arvostusta ja välittää turvallisuudentunnetta."

"...kyky kuunnella ja ymmärtää läheisen omaa pelkoa, tuskaa ym, kyky tukea itse kullekin sopivalla tavalla niin, että hänelle jää kokemus siitä, että häntä on kuunneltu, hänet on kohdattu kunnioittavasti ja tarvittavalla myötätunnolla"

*Ohjausosaaminen* oli sairaanhoitajien mukaan tärkeää, sillä potilaat ja omaiset tarvitsevat usein paljon tietoa potilaan tilanteesta ja eri hoitomuodoista. Sairaanhoitajan on kyettävä selittämään asiat selkeästi, rehellisesti ja ymmärrettävästi. Sairaanhoitajat pitivät tärkeänä myös kykyä ohjata potilas tai omainen ulkopuolisen avun piiriin tarvittaessa. Tämä edellyttää riittävää tietoa muista apua antavista yksiköistä ja niiden toiminnasta.

"Omaiset voivat olla hyvin paniikissa ja järkyttyneitä, joten he tarvitsevat aikaa, läsnäoloa ja kuuntelua sekä asioiden selittämistä."

"Kriisissä olevan ihmisen kohtaamiseen liittyviä taitoja"

"Tietoutta yhteistyötahoista ja siitä että osaa ohjata läheiset heidän tarvitsemansa tuen piiriin"

"...kykyä tunnistaa omaisen hätä ja omaisen kriisin vaihe. Ohjausta esimerkiksi hoitolinjauksiin liittyen (mm. miksi ei enää ravita suonensisäisesti tai nesteytetä, mitä lääkepumpppuhoito tarkoittaa), ohjausosaamista kuolinprosessiin liittyen."

"Ohjausta (kriisi)avun hakemiselle sekä erilaisten keskustelutukien piiriin ohjaamista/tarjoamista."

*Kulttuurin ja uskonnon* merkitys ja sen ymmärtäminen olivat sairaanhoitajien mielestä erittäin tärkeitä erityistason palliatiivisessa hoidossa. Sairaanhoitajat pitivät tärkeänä sitä, että erilaisia kulttuureja ja uskontoja kunnioitetaan ja ymmärretään ja että kokemus tästä välittyy myös potilaille ja omaisille. Vastaajat kokivat, että kulttuurin ja uskonnon merkitys korostuu etenkin vainajan laitton osalta, mutta myös erilaisten tapojen ymmärtämisen kannalta.

"Otaen huomioon potilaan ja omaisten kulttuuri- ja uskontotaustat"

"Taitoa tulla erilaisten ihmisten kanssa toimeen, taitoa kohdata eri tapoja surra, tietoa myös eri uskontojen tai kulttuurien tavoista suhteessa kuolemiseen."

*Omaisten kohtaamisen taito* ja uskallus kohdata omaisia olivat sairaanhoitajien mielestä merkittäviä tekijöitä potilaan hoidon onnistumisen kannalta. Sairaanhoitajat pitivät tärkeänä kykyä luoda luottamuksellinen ilmapiiri ja uskallusta kohdata kaikki omaiset avoimesti.

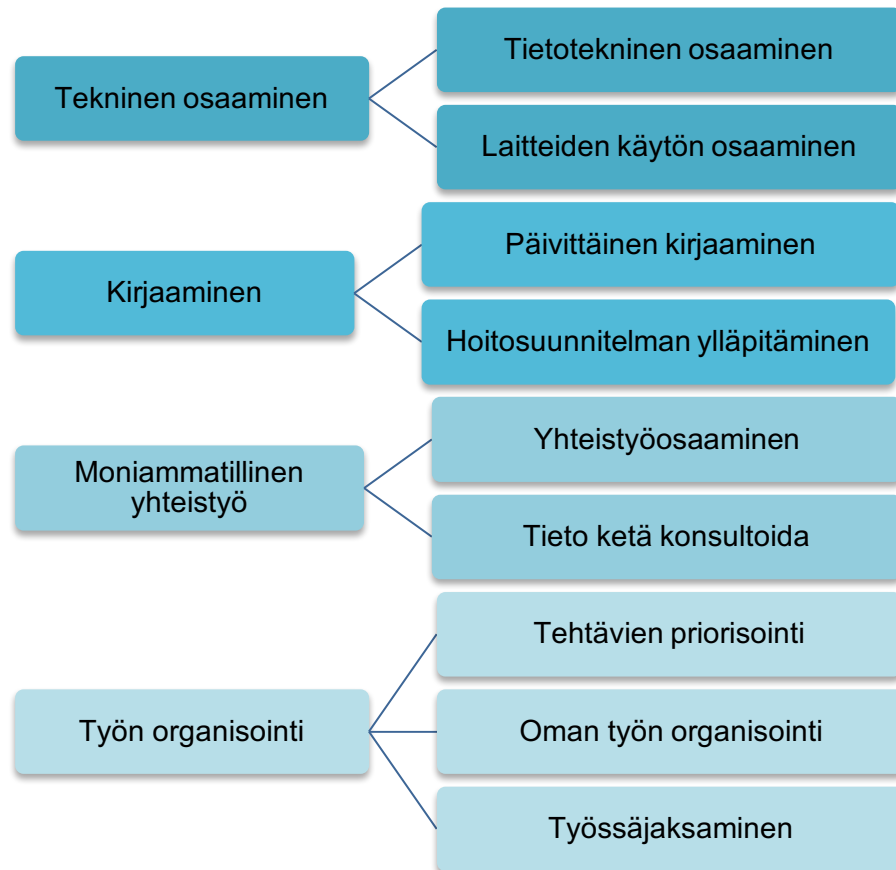
"...yhteistyö ja kommunikointi omaisten kanssa, luottamuksellisen hoitosuhteen luomista potilaaseen ja tämän omaisiin."

"Kykyä tulla toimeen eri tavoin reagoivien omaisten kanssa. Mielikuvitusta. Näyttöön perustuvaa tietoa palliatiivisen/saattohoidon potilaiden omaisten kohtaamisesta."

"Hyvät sosiaaliset taidot, jolloin pystyy keskustelemaan läheisten kanssa myös vaikeista asioista ja antamaan heille heidän tarvitsemaansa tukea."

## 5.5 Tekninen- ja työyhteisöosaaminen

Sairaanhoitajat tunnistivat myös muuta työn tekemisen edellyttämää osaamista, joka liittyi tekniseen osaamiseen, kirjaamiseen, moniammatilliseen yhteistyöhön sekä oman työn organisointiin (Kuvio 11).



Kuvio 11. Tekninen- ja työyhteisöosaaminen erityistason palliativisessa hoidossa

*Teknisen osaamisen* osalta sairaanhoitajat pitivät tärkeänä tietoteknistä osaamista sekä erilaisten terveydenhuollon laitteiden käyttöön tarvittavaa” osaamista. Laitteilla tarkoitettiin tässä lähinnä apuvälineitä ja lääkintälaitteita, poissulkien lääkehoitoon käytettävät laitteet.

”ATK-osaamista.”

” Tietotekniikan hallintaa”

*Kirjaaminen* piti sisällään niin päivittäisen kirjaamisen kuin hoitosuunnitelman ylläpitämisen. Se linkittyi vahvasti tekniseen osaamiseen.

”Taitoa selkeään kirjaamiseen.”

”...hoitosuunnitelman kokonaisvaltainen laatiminen ja ajan tasalla pitäminen”

*Moniammatillisen yhteistyön osaaminen* oli sairaanhoitajien mielestä erittäin tärkeää. Heidän mielestä sairaanhoitajan tulee ymmärtää moniammatillisen yhteistyön merkitys ja osata konsultoida muita tahoja tarpeen vaatiessa. Sairaanhoitajat kokivat hyvät yhteistyötaidot tärkeinä moniammatillisuuden toteutumisen kannalta. He näkivät onnistuneen moniammatillisen yhteistyön hyvän palliatiivisen hoidon edellytyksenä. Vastaajat kokivat tämän vaativan sairaanhoitajalta rohkeutta ottaa asioita puheeksi ja kykyä tehdä yhteistyötä eri tahojen kanssa. Yhteistyötaitojen merkitystä korostettiin paitsi moniammatillisessa yhteistyössä, myös oman ammattiryhmän sisäisessä yhteistyössä. Muista ammattiryhmistä merkittävimmiksi vastaajat nimesivät lääkärit ja onnistunut yhteistyö heidän kanssaan nähtiin hyvän hoidon edellytyksenä etenkin sen takia, että lääkärit eivät usein näe potilasta ja ovat näin ollen riippuvaisia sairaanhoitajien näkemyksistä. Vastauksissa korostui myös se, että yhteistyötä tehdään ja sen onnistuminen on tärkeää kaikkien sairaalan ammattiryhmien kanssa sekä myös muihin yksiköihin.

”Ymmärrystä eri ammattiryhmien osaamisalueista. Yhdessä tekemisen ihanauden löytymistä, joka koituu potilaan/omaisten parhaaksi!”

”Tiedän keneltä voin kysyä ohjeita/apua potilaan hoitoon. Verkostoida potilaalle riittävän vahvan hoitoringin, jotta kotikuolema voidaan toteuttaa mahdollisimman inhimillisesti ja kärsimyksen määrä minimoida.”

”Lääkärin osaamista määräysten suhteen. Hyvää vuorovaikutusta lääkärin kanssa, jotta potilas saa parhaan hoidon kotiin. Lääkäri ei useinkaan näe potilasta ja on riippuvainen siitä mitä hoitaja hänelle kertoo.”

”Lääkäreiden kanssa yhteistyö on aivan välttämättömyys sekä tarvittaessa psykisen ja henkisen tuen kanavat täytyy tuntea.”

”Yhteistyötä tehdään lähi- ja sairaanhoitajien, lääkäreiden, fysio- ja toimintaterapeuttien, viriketyöntekijöiden, sairaalateologien ja sosiaalityöntekijöiden kanssa. Lisäksi arvokas osa tiimiä ovat myös laitoshuoltajat ja vahtimestarit.”

” Yhteistyötä osaston lääkärin kanssa. Kollegojen ja esimiesten kanssa. Osaston laitoshuoltajien kanssa. Vieraillevien asiantuntijoiden, kuten fysioterapeutin ja sosiaalityöntekijän kanssa. yhteys kotisairaalaan ja kotihoitoon. Yhteys muiden kuntien kotisairaalityöhön. yhteys muihin hoitaviin ja tutkimuksia tekeviin yksiköihin. Keittiö, huoltotyöntekijät, info, vartijat ym. ym.”

*Työn organisointitaidoista* sairaanhoitajat nimesivät tärkeäksi tehtävien priorisoinnin potilaan hoidon osalta sekä oman työn organisoinnin taidot. Lisäksi sairaanhoitajat kokivat omasta työssäjaksamisesta huolehtimisen erityisen merkittävänä tekijänä potilashoidon onnistumisen kannalta. Työssäjaksamista edistäviksi tekijöiksi vastaajat tunnistivat muun muassa hyvän työvuorosuunnittelun, omien rajojen tunnistamisen ja avun pyytämisen.

"Joustavuutta. Koordinointia, priorisointia. Päätöksentekokykyä. Yhteistyötaitoja kollegojen kanssa. Vastuuta hyvän hengen säilymisestä työpaikalla. Kykyä unohtaa työ vapaa-aikana ja elää muuta elämää."

"kykyä suunnitella työvuorot, jotta jaksaminen toteutuu. Kykyä pyytää apua ja kykyä asettaa rajat omalle jaksamiselle."

## 5.6 Osaamisen tarpeen muuttuminen kuoleman lähestyessä

Sairaanhoitajien näkemyksessä osaamisen tarpeen muuttumisesta kuoleman lähestyessä korostui etenkin psykososiaalisen osaamisen (Kuvio 10) merkitys. Vastaajien mukaan potilaiden kuoleman lähestyessä yhteistyö omaisten kanssa korostuu ja kliinisen hoidon osuus vähenee. Sairaanhoitajien mukaan kliinistä osaamista (Kuvio 9) tarvitaan kuitenkin edelleen, mutta siinä korostuvat eri asiat kuin aktiivisessa hoidossa olevalla potilaalla. Vastaajien mukaan perushoito on edelleen tärkeää, mutta toimenpiteiden suorittaminen vähenee ja oirehoidon ja lääkehoidon osaamisen tarve kasvaa. Lisäksi sairaanhoitajat kokivat, että kuoleman lähestyessä myös oman työn organisointitaitojen (Kuvio 11) tarve kasvaa, sillä tilanteet voivat muuttua nopeastikin, jolloin sairaanhoitajan tulee tehdä jatkuvaa arvioita siitä, mikä on potilaan ja perheen kannalta mielekästä. Sairaanhoitajalta vaaditaan erinomaisia vuorovaikutustaitoja ja kykyä rauhoittua tilanteeseen ja luoda kiireetön ja turvallinen ilmapiiri. Omien tunteiden tunnistaminen ja hallinta nähtiin myös erityisen tärkeäksi potilaan kuoleman lähestyessä.

"Oman työn organisoinnin osaaminen korostuu; tulee kyetä hoitamaan samassa vuorossa sekä kuolevaa potilasta, että mahdollisesti vielä hyvinkin paljon paremmassa kunnossa olevia potilaita ja hallita myös omia tunnereaktioitaan potilashuoneesta toiseen mentäessä."

"Tarvitaan herkempiä "tuntosarvia" huomata asioita ja tunnistaa potilaiden ja omaisten tarpeita."

"Osaaminen on kokonaisvaltaista,siinä tarvitaan paljon myötäelämisen taitoja,osaaminen on ikäänkuin syvempää,se ei välttämättä ole tekemistä,empatia,inhimilliset tunteet,aito läsnäolo korostuu."

Sairaanhoitajalta edellytetään myös kykyä tulkita potilaan sanatonta viestintää ja arvioida potilaan tunteita ja oireita, kun potilas ei niistä itse enää pysty kertomaan.

” On tärkeää kiinnittää huomiota potilaan tarpeisiin sanatonta ilmaisua ja olemusta havainnoimalla.”

” Oireiden havainnointi ja arviointi muuttuu hiljalleen kokonaan hoitajien ja läheisten tehtäväksi j.n.e”

”Kuoleman lähestyessä tarvitaan yhä suuremmin herkkyyttä tunnistaa potilaan tarpeet, esim. kun kipuviestintä ei enää ole verbaalista”

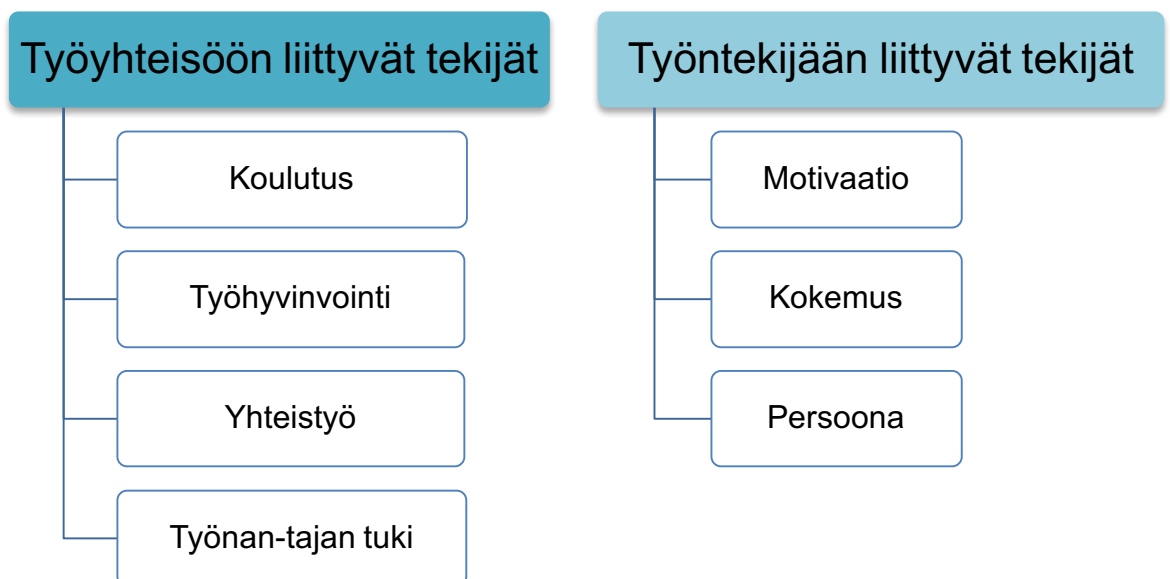
Sairaanhoitajat kokivat ylimääräiset toimenpiteet turhana. Heidän mielestä sairaanhoitajalta edellytetään myös kykyä tunnistaa nämä muuttuvat tilanteet ja kykyä tehdä nopeitakin päätöksiä sen pohjalta.

”Täytyy osata havainnoida potilaassa eri merkkejä kuoleman lähestymisestä, ymmärrystä siitä, mitkä hoitotoimenpiteet ja lääkkeet ovat tässä vaiheessa tarpeellisia/tarpeettomia.”

”On tärkeää osata tunnistaa kuoleman lähestymisen merkit. Osattava oikea-aikaisesti siirtyä ylläpitävästä hoidosta saattohoitoon ja tilanteen mukaan hoitaa aikaisemmasta poikkeavalla tavalla.”

## 5.7 Osaamista edistävät tekijät

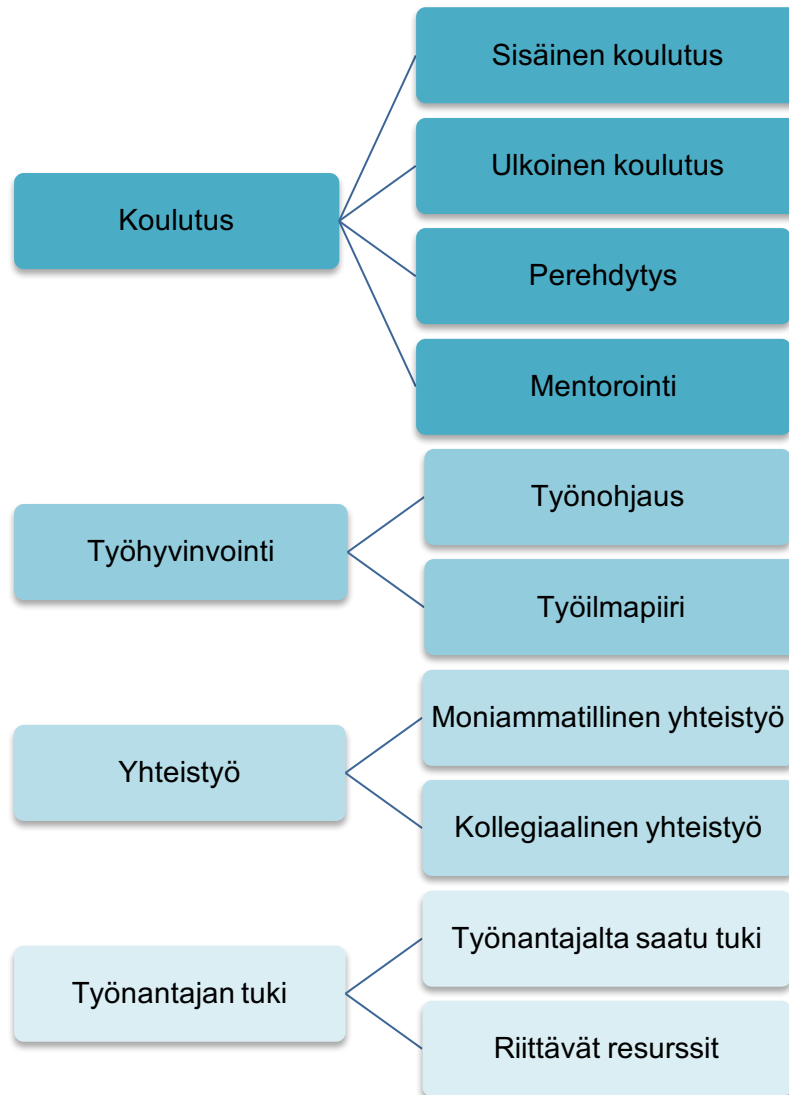
Osaamista edistävät tekijät muodostuivat kahdesta pääluokasta, jotka olivat työyhteisöön liittyvät tekijät ja työntekijään liittyvät tekijät (Kuvio 12).



Kuvio 12. Palliativisen hoidon osaamista edistävät tekijät erityistason palliativisessa hoidossa



Työyhteisöön liittyvien tekijöiden yläluokiksi muodostui koulutus, työhyvinvointi, yhteistyö ja työnantajan tuki (Kuvio 13)



Kuvio 13. Työyhteisöön liittyvät tekijät

Sairaanhoitajat näkivät *koulutuksen* merkittävänä osaamista edistävänä tekijänä. He pitivät tärkeänä sekä sisäisiä että ulkoisia koulutuksia, mutta myös esimerkiksi mentorointiohjelma ja hyvä perehdytys työhön koettiin hyviä osaamista lisäävinä tekijöinä. Lisäksi vastaajat pitivät tärkeänä sitä, että koulutuksista saatu tieto tulee jaettua koko työyhteisön käyttöön.

”Erilaiset koulutukset, esimiesten kannustus kouluttautumiseen, kollegoiden osaaaminen ja työyhteisössä tapahtuvan osaamisen jakaminen”

”Mahdollisuus myös kouluttaa itseään omaehtoisesti.”

"Halu kehittää jatkuvasti itseään, hakea näyttöön perustuvaa tietoa, kouluttautua."

"Ajantasainen tieto itsellä eli oman osaamisen pitäminen ajankohtaisena, uusien asioiden opettelu, oma aktiivisuus, koulutuksiin osallistuminen"

*Työhyvinvointi* oli sairaanhoitajien mielestä myös merkittävä osaamista edistävä tekijä. Työhyvinvointi pitää sisällään hyvän työilmapiirin ja yhteistyön sujumisen ammattiryhmien sisällä ja välillä. Erityisesti sairaanhoitajat korostivat moniammatillisen yhteistyön merkitystä osaamista edistävänä tekijänä, kuin myös kollegiaalista yhteistyötä. Sairaanhoitajat kokivat tärkeänä mahdollisuuden kysyä kollegalta tai lääkäriltä, jos eteen tulee haasteita, joihin omat tiedot ja taidot eivät riitä. Vastaajien mielestä joidenkin asioiden pohtiminen on myös helpompaa kollegan tai koko työyhteisön kesken moniammatillisissa palavereissa.

"Hyvä moniammatillinen yhteistyö mm pappien ja lääkäreiden kanssa."

"Lääkärien tulisi olla osaavia ja heidän tulisi keskustella paljon hoitajien kanssa, välillä hoitajilla on parempia näkökulmia potilaan hoitoon ja lääkitykseen liittyen, lääkäreiden olisi hyvä perustella hoitajille lääke muutoksia ja potilaan hoitoa, jotta hoitajat oppisivat lisää."

"...kannustava työyhteisö, kollegat joiden kanssa käydä läpi työssä heräviä asioita (mm. haastavat potilastilanteet tai omaiset, eettiset kysymykset, oma jaksaminen)."

*Työhyvinvointi* oli sairaanhoitajien mielestä myös osaamista edistävä tekijä ja siihen sisältyi hyvän työilmapiirin lisäksi mahdollisuus työnohjaukseen.

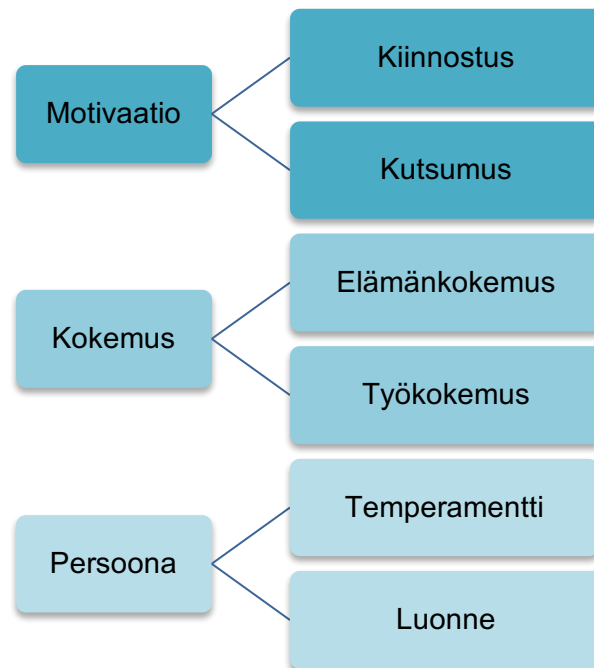
"Hyvä ilmapiiri töissä on myös todella tärkeää, kuolema on herkkä ja koskettava, ja jos työpaikalla on jotain skismaa, se kyllä heijastuu potilaille ja heidän perheelleen asti jollain tasolla."

Sairaanhoitajat pitivät *esimiehen tukea* ja kannustusta kouluttautumiseen osaamista edistävinä tekijöinä, kuten myös riittäviä resursseja.

"Hyvä esimiestyö... Riittävät henkilökuntaresurssit, jotta työolosuhteet mahdollistavat osaamisen optimaalisen hyödyntämisen."

"... esimiesten kannustus kouluttautumiseen..."

Työntekijään liittyvien tekijöiden yläluokiksi muodostui motivaatio, kokemus, sekä persoona (Kuvio 14).



Kuvio 14. Työntekijään liittyvät tekijät

Sairaanhoitajat kokivat *motivaation* tärkeänä osaamista edistävänä tekijänä. Motivaatio sisälsi sairaanhoitajien mukaan henkilökohtaisen kiinnostuksen ja kutsumuksen palliativiseen hoitotyöhön. Motivaation koettiin lisäävän kiinnostusta kouluttautua lisää.

”Tärkein edistävä tekijä on oma mielenkiinto ja innostus palliativista hoitoa kohtaan.”

”Motivaatio ja työn palo. Kutsumus!”

”Rakkaus palliativiseen hoitotyöhön”

Lisäksi sairaanhoitajat pitivät tärkeänä *kokemusta*. Niin elämäkokemus kuin riittävä työkokemus olivat sairaanhoitajien mielestä tärkeitä osaamista edistävien tekijöitä, sillä niiden koettiin edesauttavan ymmärtämään vaikeita tilanteita ja lisäävän tietotaitoa. Lisäksi sairaanhoitajat kokivat kokemuksen antavan sairaanhoitajalle lisää uskottavuutta muun muassa omaisten kanssa kohdatessa.

”Elämäkokemus, laaja tietotaito”  
 ”Hoitotyön laaja-alainen osaaminen on hyödyllistä.”

”...lisäksi mielestäni vaatii myös ammatillista kokemusta, suoraan koulun penkiltä tulevalle ei ole riittävää ammattitaitoa tehdä yksin työtä haastavassa elämäntilanteessa.”

Sairaanhoitajat kokivat merkityksellisenä myös sairaanhoitajan *persoonaan* liittyviä tekijöitä, jotka nähtiin tärkeinä ominaisuuksina hoidon onnistumisen kannalta. Sairaanhoitajan tulisi vastaajien mukaan pystyä olemaan avoimesti erilaisissa tilanteissa ja olla helposti lähestyttävä.

”Ammatillinen ote, tilanteeseen herkästi mukautuva; osaa toimia tehokkaasti, mutta osaa myös pysähtyä ja antaa aikaa. Empaattisuus, olla helposti lähestyttävä, miellyttävä, lempeä, mutta tilanteen vaatiessa myös jämäkkä.”

”...lisäksi pitää olla rautaiset hermot ja pehmeä sydän, ei tätä työtä kovalla kuorella voi tehdä hyvin”

”Hyvät vuorovaikutustaidot, oman tunne-elämän hallinta, kyky palautua työvuo- roista vapaa-ajalla.”

## 6 Pohdinta

### 6.1 Tulosten tarkastelu

Sairaanhoitajien vastausten perusteella erityistason saattohoidossa tarvitaan kliinistä osaamista, psykososiaalista osaamista sekä teknistä- ja työyhteisöosaamista. Kliininen osaaminen sisältää oirehoidon, lääkehoidon, perushoidon, toimenpiteet, potilaan tarkkailun sekä lääketieteeseen liittyvän osaamisen. Psykososiaalinen osaaminen koostuu kulttuuriin ja uskontoon liittyvästä osaamisesta, vuorovaikutuksesta, henkisestä tuesta sekä omaisten kohtaamisesta. Tekninen- ja työyhteisöosaaminen piti sisällään teknisen osaamisen, kirjaamisen, moniammatillisen yhteistyön sekä työn organisointitaidot. Aiemman tutkimustietoon ja määritelyihin osaamiskompetensseihin verrattuna tämän tutkimuksen tulokset olivat samansuuntaisia (Gamondi ym. 2013; Dahlin 2014: 11; Jors ym. 2015; STM 2010; Lipponen & Karvinen 2015). Teknistä osaamista tai kirjaamista ei oltu aiemmassa tutkimuksessa määritelty omaksi osaamisalueekseen, mutta esimerkiksi Dahlin (2014: 11) on tunnistanut sen tärkeäksi tekijäksi kaikessa potilaan hoidossa ja

katsonut sen sisältyvän hoidon eri elementteihin itsestään. Kirjaamisen ja hoitosuunnitelmien tärkeys on tunnustettu myös National Consensus Project for Quality Palliative Care:n (2013:14-18) yhtenä onnistuneen palliatiivisen hoidon edellytyksenä. Kansainvälisistä suosituksista ja tutkimuksista tämän tutkimuksen tuloksiin eroavaisuutena oli myös oikeudelliset ja lainopilliset asiat, joita yksikään tiedonantajista ei nostanut tässä tutkimuksessa esille. Kansainvälisissä osaamisen kompetensseissa (Dahlin 2014; WPCA 2009) lainopilliset seikat ovat kuitenkin tunnustettu yhdeksi osaamisalueeksi. Tämä selittyy todennäköisimmin kulttuurieroilla ja terveydenhuollon järjestämisen eroavaisuuksilla. Eettisten asioiden pohdinta ja päätöksenteko nousivat esille myös tässä tutkimuksessa, mutta tiedonantajien mukaan sairaanhoitajan ei pitäisi jäädä näissä asioissa yksin, vaan eettisen toiminnan onnistumisen kannalta korostettiin moniammatillisen yhteistyön merkitystä.

Moniammatillisen yhteistyön onnistuminen hyvän palliatiivisen hoidon edellytyksenä tunnustettiin tiedonantajien toimesta tärkeäksi elementiksi. Tiedonantajien vastausten perusteella sairaanhoitajalta edellytetään vankkaa moniammatillisen yhteistyön osaamista, sillä se vaikuttaa moniin muihinkin osa-alueisiin. Tämä tulos oli samansuuntainen kansainvälisen tutkimusten kanssa (Gamondi ym. 2013; Dahlin 2014: 11; Jors ym 2015; Nguyen ym. 2014). Tämän tutkimuksen mukaan moniammatillisen yhteistyön merkitys korostui etenkin tilanteissa, joissa muut ammattiryhmät eivät tapaa potilasta niin säännöllisesti kuin sairaanhoitajat. Muut ammattiryhmät ovat tällöin usein täysin sairaanhoitajan tietojen varassa. Lisäksi sairaanhoitajat korostivat moniammatillisen yhteistyön merkitystä omien tietojen ja taitojen ollessa puutteelliset.

Tulosten perusteella palliatiivista hoitotyötä tekevä sairaanhoitaja kohtaa erilaisia potilaita ja omaisia työssään, jolloin osaamisvaatimuksetkin ovat todella laajat. Kaiken kaikkiaan tutkittavat pitivät tärkeinä kokonaisvaltaista hyvää ja potilaan ja perheen tarpeiden mukaisesti muuttuvaa hoitoa. Kuoleman lähestyessä sairaanhoitajalla tulee olla myös kykyä nähdä mikä on välttämätöntä ja tehdä jatkuvaa punnintaa hoidon hyötyjen ja haittojen välillä. Saattohoitovaiheessa myös kiireettömyyden ja läsnäolon merkitys korostuu ja yhteistyö omaisten kanssa syvenee. Tämä kaikki vaatii sitä, että sairaanhoitaja ymmärtää palliatiivisen- ja saattohoidon kokonaisuudet ja hyväksyy elämän rajallisuuden. Omat tunteet pitää tunnistaa ja apua tulisi osata hakea, jos sitä tarvitsee.

Tiedonantajien vastausten perusteella erityistason palliatiivisen hoidon osaamisen edistäviä tekijöitä voitiin jakaa kahteen luokkaan: työyhteisöön liittyviin ja työntekijään liitty-

viin. Työyhteisöön liittyviksi tekijöiksi sairaanhoitajat tunnistivat koulutuksen, työhyvinvoinnin, yhteistyön sekä työnantajan tuen. Työntekijään liittyviksi tekijöiksi sairaanhoitajat nimesivät motivaation, kokemuksen sekä persoonan.

Tiedonantajat pitivät jatkokouluttautumista tärkeänä, ellei jopa välttämättömänä erityistason palliatiivista hoitoa tekeville sairaanhoitajille. Tämä on linjassa kansallisten ja kansainvälisten suositusten kanssa (STM 2010; 21-22;30-31 WPCA & WHO 2014: 27-28; National Consensus Project for Quality Palliative Care 2013:14-18). Useat tiedonantajat olivat myös sitä mieltä, että erityistason palliatiivista hoitotyötä tekevä sairaanhoitaja tarvitsee työkokemuksen lisäksi myös elämäkokemusta. Sairaanhoitajien mielestä kokemus tuo hoitajalle uskottavuutta, mutta myös valmiuksia toimia erilaisissa tilanteissa kokemattomampaa kollegaa paremmin. Pitkä työkokemus nähtiin tärkeänä myös Nguyenin yms (2014) tutkimuksessa ja sen koettiin myös parantavan hoitajien asenteita.

Sairaanhoitajat tunnistivat työhyvinvoinnin osaamista edistäväksi tekijäksi ja tämäkin on linjassa aiemman tutkimustiedon kanssa (National Consensus Project for Quality Palliative Care 2013:14-18) Aikaisemmasta tutkimuksesta poiketen tässä tutkimuksessa tiedonantajat tunnistivat osaamista edistäväksi tekijäksi myös sairaanhoitajan persoonan.

## 6.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisyyttä ohjaa useat eri eettiset ohjeet ja käytännöt. Tutkimuksen eettisyys on ensiarvoisen tärkeää kaikessa tieteellisessä toiminnassa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015: 211-212) Suomen tutkimuseettisen neuvottelukunnan määritelmän mukaan (TENK 2010: 6) tutkimuseetiikan lähtökohtia ovat muun muassa rehellisyys, tarkkuus sekä yleinen huolellisuus. Lisäksi tutkimuksen tulee olla avoin ja tiedon hankinnan ja tutkimuskäytänteiden tulee olla tieteellisen tutkimuksen kriteerit täyttävää, sekä eettisesti kestävä. Aiempaa tutkimusta tulee kunnioittaa ja siihen tulee viitata asianmukaisella tavalla. Tutkimusluvut hankitaan asianmukaisesti ja erillisen eettisen arvioinnin tarve arvioidaan. Sidonnaisuuksien tulee olla selkeästi raportoitu.

Tutkimuksen eettisyys alkaa jo tutkimusaiheen valinnasta ja tutkijan sitoutuminen eettisyyteen läpi tutkimusprosessin on ensiarvoisen tärkeää (Tuomi & Sarajärvi 2009: 125-130). Tutkimusaiheen yhteiskunnalliseen merkitykseen sekä aiheen vaikutus tutkimukseen osallistuviin tulee punnita tarkoin ennen tutkimuksen aloittamista. Tutkimuksen hyödyt ja haitat tulee punnita tarkoin ja tutkimukseen osallistumisen tulee olla aidosti

vapaaehtoista. Tutkittavilla tulee olla mahdollisuus keskeyttää tutkimus ja esittää kysymyksiä tutkimuksen aikana tutkijalle. Tutkittavan tulee olla täysin tietoinen siitä, mitä tutkitaan ja siitä mitä tutkimustuloksilla tehdään. Tutkittavien anonymiteettiin tulee kiinnittää erityistä huomiota läpi tutkimusprosessin eikä tietoja saa luovuttaa ulkopuolisille. Tulosten raportoinnissa tulee kiinnittää erityistä huomiota plagioinnin, tulosten sepittämisen, puutteellisen raportoinnin sekä muiden tutkijoiden vähättelyn välttämiseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015: 218-225).

Tässä tutkimuksessa on kiinnitetty erityistä huomiota eettisyyteen koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimuskohde on valittu sen ajankohtaisuuden sekä yhteiskunnallisen ja hoitotieteellisen merkityksen takia. Tutkimusmetodien valinnassa käytettiin harkintaa, jotta ne parhaiten soveltuisivat tutkimuskohteen tutkimiseen. Tutkimusluvut haettiin jokaisen tutkimukseen osallistuvan kaupungin omien ohjeiden ja käytänteiden mukaisesti ja tutkimus aloitettiin vasta, kun tutkimusluvut oli myönnetty. Tutkimuksen tekijä on itse töissä erityistason palliatiivisen- ja saattohoidon yksikössä, joka on myös valikoitunut tämän tutkimuksen yhdeksi kohteeksi. Tästä syystä tutkimus suoritettiin nimettömän kyselylomakkeen avulla, jotta kaikkien tutkittavien anonymiteetti säilyisi ja tutkijan vaikutus vastauksiin jäisi mahdollisimman pieneksi. Kyselylomake laadittiin niin, ettei yksittäistä vastaajaa voi tunnistaa vastausten perusteella. Erityistä huomiota kiinnitettiin taustatietokysymyksiä laadittaessa. Tutkittaville korostettiin osallistumisen perustuvan vapaaehtoisuuteen ja mahdollisuutta keskeyttää tutkimus milloin vain. Tutkittaville kerrottiin tutkimuksen tarkoituksista ja tavoitteista ja lisäksi tutkittaville jaettiin tiedote (Liite2), jossa selitettiin tarkemmin tutkimuksesta. Tiedotteessa oli myös tutkijan yhteystiedot mahdollisia kysymyksiä varten. Aineisto on raportoitu niin, ettei yksittäistä vastaajaa voi tunnistaa ja aineiston salassapidosta on huolehdittu koko tutkimusprosessin läpi. Raportoinnissa on noudatettu yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Aiempiin tutkimuksiin ja muihin lähteisiin on viitattu annettujen ohjeiden mukaan.

### 6.3 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa kiinnitetään yleisesti huomiota tutkimuksen tarkoitukseen, asetelmaan, otoksen valintaan, analyysiin, tulkintaan, reflektiivisyyteen, eettisyyteen sekä relevanssiin. Tutkimuskysymyksien tulee olla selkeitä ja perusteltuja ja teoreettinen viitekehys tulee olla tehty huolellisesti tulkinnan tukemiseksi. Tutkimusmetodin tulee olla selkeä ja tutkimusasetelman looginen tutkimuksen tarkoituk-

sen kannalta. Otoksen tai näytteen tulisi olla sopiva ja analyysimenetelmän asianmukainen. Tutkimusprosessin kuvaus tulee olla selkeä ja tutkijan reflektiivisyys tulee ottaa huomioon. Eettisyyteen ja relevanssiin kiinnitetään huomiota ja ne ovat raportoitu selkeästi. Kaikkia arviointikriteereitä ei kuitenkaan voida soveltaa kaikkeen tutkimukseen, sillä laadulliset tutkimukset poikkeavat toisistaan. (Kankkunen & Julkunen-Vehviläinen 2009: 197-205)

Tutkimuksen tarkoitus on tässä tutkimuksessa pyritty esittämään selkeästi ja teoreettiset perusteet aiheen valinnalle on esitelty johdannossa sekä teoreettisissa lähtökohdissa. Teoreettisissa lähtökohdissa on myös pyritty selittämään tutkimusaiheen kannalta merkittävät ilmiöt ja termit. Aiempia tutkimuksia etsittäessä kiinnitettiin huomiota tutkimusten laatuun ja ajankohtaisuuteen ja tähän tutkimukseen valikoituivat vain tieteellisesti laadukkaat tutkimukset, jotka oli tehty viimeisen kymmenen vuoden aikana. Tutkimuksien ajankohtaisuudessa pyrittiin tosin valitsemaan aina uusin mahdollinen tieto palliatiivisen hoidon ympärillä tapahtuvan jatkuvan kehityksen ja muutoksen vuoksi. Tutkimuksia haettiin alan tietokannoista eri hakusanoja ja hakulausekkeita käyttäen. Tuloksia hauilla saatiin kohtalaisesti, mutta tiivistelmien lukemisen jälkeen vain murto-osa valikoitui käytettäväksi tässä tutkimuksessa. Tutkimuksia haettiin sekä englannin, että suomen kielellä ja hakuehtona oli, että tutkimuksen tulee olla vertaisarvioitu.

Tämän tutkimuksen menetelmäksi valikoitui laadullinen tutkimus, sillä tutkittavasta aiheesta ei juurikaan ollut aiempaa tutkimusta ja tutkimuksen tavoitteena oli ymmärtää ilmiötä, eikä niinkään luoda yleistettävää tietoa aiheesta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015: 66-67). Sähköinen kyselylomake valittiin tiedonhankintamenetelmäksi parhaan mahdollisen tiedon saamiseksi tiedonantajien anonymiteetin säilyessä. Haastattelu olisi voinut menetelmänä tuoda kattavampaa ja monipuolisempaa tietoa tutkittavasta aiheesta, mutta sen käyttö ei ollut mahdollista, sillä tutkija työskentelee yhdessä tutkimuksen kohteena olleessa yksikössä ja tekee yhteistyötä myös muihin yksikköihin, joten tiedonantajien anonymiteetti ei olisi säilynyt. Kyselylomake pyrittiin luomaan mahdollisimman avoimeksi ja kysymykset laatimaan niin, että ne ohjaisivat mahdollisimman laajoihin vastauksiin. Tutkimuskysymykset on mietitty yhdessä muiden opiskelijoiden sekä opinäytetyön ohjaajan kanssa opinäytetyöseminaarissa ja lisäksi ne on esitetattu kolmen palliatiivisessa yksikössä toimivan sairaanhoitajan toimesta ennen tutkimuskyselyn lähettämistä. Tiedonantajiksi valittiin työntekijöitä, joilla oli kokemusta palliatiivisesta- ja saattohoidosta eri toimintaympäristöissä ja näin ollen kyselylomakkeen avulla saatiin luotettavaa tietoa aiheesta (Tuomi & Sarajärvi 2009: 85-86). Tutkimukseen valikoituneet



yksiköt valittiin sillä perusteella, että ne ovat profiloituneet pelkästään erityistason palliatiiviseen- ja saattohoitoon ja osastoilla hoidetaan näin ollen pelkkiä palliatiivisia potilaita. Yksiköitä valittiin kolme riittävän näytteen saamiseksi ja luotettavuuden lisäämiseksi, sillä jokaisen yksikön tavat toimia poikkeavat jonkin verran toisistaan. Tiedonantajiksi valittiin pelkkiä sairaanhoitajia, sillä tutkimuksen tarkoituksena oli nimenomaan saada tietoa siitä, mitä osaamista sairaanhoitajat kokevat, että heidän työnsä edellyttää. Vastausprosentti jäi alhaiseksi, johon todennäköisesti vaikutti muun muassa se, että yksi yksiköistä teki muuttoa ja toisessa yksikössä oli potilaiden suhteen todella suuri vaihtuvuus aineiston keruun aikana. Vastausaikaa pidentämällä vastauksia saatiin kuitenkin jonkin verran enemmän ja mutta aineisto oli saturoitunutta, joten voidaan katsoa, että aineisto oli laadulliseen tutkimukseen riittävä (Tuomi & Sarajärvi 2009: 87-88; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015: 66-67). Osa tiedonantajista oli kirjoittanut lyhyitä vastauksia ja tiedonantajien mukaan ongelmaksi muodostui se, että vastauksia ei voinut tallentaa lomakkeeseen ja palata myöhemmin täyttämään lomaketta loppuun. Näin ollen voi olla, että joidenkin tiedonantajien vastaukset jäivät todellista lyhyemmiksi tai puuttuivat jopa kokonaan. Tiedonantajat vastasivat lomakkeeseen työaikana, jolloin potilastyö saattoi keskeyttää lomakkeen täyttämisen useitakin kertoja, tai lomake saattoi jäädä kokonaan kesken ja tallentamatta.

Tutkimus on toteutettu pelkästään Uudenmaan erityistason palliatiivisissa yksiköissä ja sen siirrettävyys valtakunnallisella tasolla saattaa olla ongelmallista. Uudenmaan palliatiivinen verkosto on muuta maata kehittyneemmällä tasolla ja näin ollen muualla saatetaan tarvita muitakin, kuin tässä tutkimuksessa esille nousseita kompetensseja. Pääsääntöisesti palliatiivisen hoidon tulisi kuitenkin olla samanlaista koko maassa ja samat periaatteet pätevät jopa kansainvälisestikin.

Analyysimenetelmäksi valikoitui induktiivinen sisällönanalyysi, koska tutkimus oli aineistolähtöinen, sillä aiempaa tutkimustietoa tai teoriaa aiheesta ei löytynyt. Ennen analyysin tekemistä tutkija perehtyi induktiivisen sisällönanalyysin tekemiseen ja toimi yleisen käytännön mukaisesti. Analyysi tehtiin pääsääntöisesti yhden henkilön toimesta, joka lisää inhimillisen virheen mahdollisuutta, mutta analyysiä tehdessä noudatettiin erityistä huolellisuutta. Analyysiä käsiteltiin myös opinnäytetyöseminaarissa, joka lisää analyysin luotettavuutta. Luotettavuutta olisi voinut lisätä tiedonantajien osallistuminen analyysiin tai tulosten arviointiin. Tutkimusprosessi ja analyysiprosessi on pyritty kuvaamaan selkeästi tässä raportissa ja analyysiprosessin ymmärtämistä helpottamaan on käytetty erilaisia taulukoita ja kuvioita.

Tutkimus on toteutettu pelkästään Uudenmaan erityistason palliatiivisissa yksiköissä ja sen siirrettävyys valtakunnallisella tasolla saattaa olla ongelmallista. Uudenmaan palliatiivinen verkosto on muuta maata kehittyneemmällä tasolla ja näin ollen muualla saatetaan tarvita muitakin, kuin tässä tutkimuksessa esille nousseita kompetensseja. Pääsääntöisesti palliatiivisen hoidon tulisi kuitenkin olla samanlaista koko maassa ja samat periaatteet pätevät jopa kansainvälisestikin.

Tutkittavan omat ennakkokäsitykset aiheesta voivat vaikuttaa tutkijan työskentelyyn, mutta laadullisessa tutkimuksessa tämä on väistämätöntä eikä täydelliseen objektiivisuuteen päästä koskaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 20) Tutkija kuitenkin on tiedostanut tämän ja on kiinnittänyt siihen huomiota läpi tutkimuksen tekemisen ja pyrkinyt estämään omien ennakkokäsitysten vaikutusta tutkimukseen. Tutkijan vaikutuksen minimoimiseksi alkuperäiseen aineistoon ja alkuperäisiin ilmauksiin palattiin analyysiä tehdessä useita kertoja.

#### 6.4 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimushaasteet

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää tulevaisuudessa erityistason palliatiivisten yksiköiden toimintaa kehitettäessä ja koulutuskokonaisuuksia laadittaessa. Tutkimuksen pohjalta saatiin tietoa siitä, minkälaista osaamista nimenomaan sairaanhoitajat itse kokevat tarvitsevänsä työskennellessään erityistason palliatiivisessa yksikössä ja mitä tekijöitä organisaation tulisi ottaa huomioon osaamista edistääkseen. Tutkimus tuo myöskin syvyyttä vaadittuihin kompetensseihin sairaanhoitajien kertomana. Jatkossa, kun erityistason palliatiivisen hoidon yksiköitä tullaan perustamaan, organisaatiot tulevat tarvitsemaan tietoa siitä minkälaista osaamista sairaanhoitajilta edellytetään ja mitkä tekijät tukevat sairaanhoitajien osaamista. Tuloksia voidaan hyödyntää myös sovittaessa yhteisistä hoitokäytännöistä organisaatiokohtaisesti tai jopa yli organisaatorajojen. Tämän tutkimuksen tulokset toivat näkyväksi myös sen, miten monipuolista osaamista erityistason toimivalta sairaanhoitajalta vaaditaan. On selvää, että palliatiivisen hoidon koulutusta tulee sisällyttää entistä enemmän sairaanhoitajien perusopetukseen, mutta myös tutkinnon jälkeiselle koulutukselle on tarvetta. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää koulutusten suunnittelussa.

Jatkossa tutkimusta aiheesta tarvitaan lisää, jolloin muiden kolmiportaisen mallin tasojen osaamiskompetenssit olisi hyvä selvittää. Myös määrälliselle ja kansallisella tasolla toteutetulle tutkimukselle olisi tarvetta. Palliatiivisen hoidon toteutumista ja sen laatua olisi

myös hyvä tutkia ja selvittää onko esimerkiksi sairaanhoitajien osaaminen kolmiportaisen mallin eri tasoilla riittävää. Lisäksi voisi olla mielekäs tutkia muista lähestymiskulmista mitä osaamista palliativisessa hoidossa vaaditaan – esimerkiksi potilaan tai omaisen näkökulmasta.

## Lähteet

- Building Integrated Palliative Care Programs and Services 2017. Gómez-Batiste, Xavier & Connor, Stephen (toim.): Saatavana osoitteessa: <<http://www.thewhpc.org/resources/building-integrated-palliative-care-programs-and-services>>. Luettu 21.7.2018
- Dahlin, Constance M. 2014. National consensus project for quality palliative care – Promoting excellence in palliative nursing. Oxford Textbook of Palliative Nursing 2014. Oxford University Press 2015.
- Economist Intelligence Unit 2015. The 2015 Quality of Death Index - ranking palliative care across the world. The Economist Intelligence Unit limited 2015. Saatavana osoitteessa: <<https://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>>. Luettu 13.7.2018.
- Eriksson, Elina & Korhonen, Teija & Merasto, Merja & Moisio, Eeva-Liisa 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus –hanke. Porvoo: Bookwell Oy. Saatavana osoitteessa: <<https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>>. Luettu 14.1.2018.
- ETENE 2003. Saattohoito- Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Helsinki: Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Saatavana osoitteessa: <<http://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoitodosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a>>. Luettu 18.11.2017.
- Gamondi, Claudia & Larkin, Ohilip & Payne, Sheila 2013. Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – part 1. European Journal of Palliative Care 2013:20(2) 86-145.
- Juvonen 2017. Lakialoite laiksi saattohoidosta. Saatavana osoitteessa: <[https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Lakialoite/Documents/LA\\_73+2017.pdf](https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Lakialoite/Documents/LA_73+2017.pdf)>. Luettu 18.11.2017.
- Jors, Karin & Seibel, Katharina & Bardenheuer, Hubert & Buchheidy, Dieter & Mayer-Steinacker, Regine & Viehrig, Marén & Xander, Carola & Becker, Gerhild 2015. Education in End-of-Life Care: What Do Experienced Professionals Find Important. Journal of Cancer Education 2016 (31). 272-278.
- Kankkunen, Pävi & Vehviläinen-Julkunen Katri 2015. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Lipponen, Varpu & Karvinen, Ikali 2015. Palliatiivista ja saattohoitoa koskevat koulutustarpeet hoitohenkilöstön ja lääkäreiden kuvaamina. Gerontologia 29 (3). 152–163.
- National Consensus Project for Quality Palliative Care 2013. Clinical Practise Guidelines for Quality Palliative Care. Saatavana osoitteessa: <[https://www.nationalcoalition-hpc.org/wp-content/uploads/2017/04/NCP\\_Clinical\\_Practice\\_Guidelines\\_3rd\\_Edition.pdf](https://www.nationalcoalition-hpc.org/wp-content/uploads/2017/04/NCP_Clinical_Practice_Guidelines_3rd_Edition.pdf)>. Luettu 21.7.2018.
- Ngyuen, Ly Thuy & Yates, Patsy & Osborne Yvonne 2014. Palliative care knowledge, attitudes and perceived self-competence of nurses working in Vietnam. Journal of Palliative Nursing. 448-456.

Opetusministeriö 2006: Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Helsinki: Opetusministeriö. Saatavana osoitteessa: <<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80112/tr24.pdf?sequence=1>>. Luettu 14.1.2018.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavana osoitteessa: <<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111887/URN%3aNBN%3afi-fe201504225791.pdf?sequence=1>>. Luettu 8.11.2017.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavana osoitteessa <<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111909/URN%3aNBN%3afi-fe201504226780.pdf?sequence=1>>. Luettu 10.11.2017.

Sosiaali ja terveysministeriö 2017. Tiina Saarto ja asiantuntijatyöryhmä. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen – Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavana osoitteessa <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3896-0>>. Luettu 14.1.2018.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010-2020. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavana osoitteessa: <<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111909/URN%3aNBN%3afi-fe201504226780.pdf?sequence=1>>. Luettu 11.11.2017.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä 2018. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavana osoitteessa: <<http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50063>>. Luettu 13.06.2018.

Suomen perustuslaki 1999/731. Annettu Helsingissä 11.6.1999. Saatavana osoitteessa: <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731#L2P19>>. Luettu 16.7.2018.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Annettu Helsingissä 30.12.2010. Saatavana osoitteessa: <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>>. Luettu 10.11.2017.

TENK 2013: Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Saatavana osoitteessa: <[http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)>. Luettu 20.11.2017.

Terveydenhuoltolaki 2010/1326. Annettu Helsingissä 30.12.2010. Saatavana osoitteessa: <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L4P38>>. Luettu 16.7.2018.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä 2017/582. Annettu Helsingissä 24.8.2017. Saatavana osoitteessa: <<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170582>>. Luettu 16.7.2018.

White, Kenneth R. & Coyne, Patrick J. 2011: Nurses' Perceptions of Educational Gaps in Delivering End-of-Life Care. *Oncology Nursing Forum* 38 (6). 711-717.

WHO 2009: Definition of Palliative Care. Saatavana osoitteessa: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Luettu 13.7.2018.

WHO 2018: Palliative Care. Saatavana osoitteessa: <<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>>. Luettu 13.7.2018.

WPCA 2009: Defining Palliative Care. Saatavana osoitteessa: <<http://www.thewhpc.org/resources/item/defining-palliative-care>>. Luettu 13.7.2018.

WPCA & WHO 2014: Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. Saatavana osoitteessa: <<http://www.who.int/ncds/management/palliative-care/palliative-care-atlas/en/>>. Luettu 16.7.2018.

## Sairaanhoitajan osaaminen erityistason palliatiivisessa hoidossa

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata mitä osaamista sairaanhoitaja tarvitsee erityistason palliatiivisessa yksikössä, sekä selvittää mitkä tekijät edistävät sairaanhoitajan osaamista.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan tulevaisuudessa hyödyntää esimerkiksi koulutusten suunnittelussa sekä hoidon laadun parantamisessa ja yhteisistä hoitokäytännöistä sovittaessa.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Vastaukset annetaan nimettömästi eikä yksittäistä vastaajaa voida tunnistaa.

\*Pakollinen

### 1. Vastaajan ikä \*

Merkitse vain yksi soikio.

- 21-30  
 31-40  
 41-50  
 51-60  
 61-70

### 2. Vastaajan työkokemus palliatiivisessa yksikössä vuosina \*

\_\_\_\_\_

### 3. Vastaajan työkokemus terveydenhuoltoalalta yhteensä vuosina \*

\_\_\_\_\_

### 4. Vastaajan työyksikkö \*

Valitse kaikki sopivat vaihtoehdot.

- Osasto  
 Avohoito

### 5. Kuvaile mitä kaikkea potilaan hoitoon liittyvää osaamista tarvitset työssäsi? \*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10.8.2018

Sairaanhoidajan osaaminen erityistason palliatiivisessa hoidossa

**6. Kuvaile mitä läheisten kohtaamiseen liittyvää osaamista tarvitset työssäsi? \***

---

---

---

---

---

**7. Kuvaile mitä moniammatillisen yhteistyön osaamista tarvitset työssäsi? \***

---

---

---

---

---

**8. Kuvaile miten osaamisen tarve muuttuu kuoleman lähestyessä? \***

---

---

---

---

---

**9. Kuvaile mitä muuta osaamista tarvitset työssäsi? \***

---

---

---

---

---

**10. Mitkä tekijät mielestäsi edistävät sairaanhoidajan osaamista palliatiivisessa hoidossa? \***

---

---

---

---

---



## Tiedote tutkittaville



### Tiedote palliatiivisen hoidon tutkimuksesta

#### ARVOISA KOLLEGA

##### **Pyyntö tutkimukseen**

Palliatiivinen hoito ja sen laatu ovat olleet esillä nyt jo pidemmän aikaa. Sosiaali- ja terveysministeriön uudet suositukset korostavat taas palliatiivisen koulutuksen tärkeyttä. Nyt sinulla on mahdollisuus osallistua palliatiivisen hoidon kehittämiseen ja kertoa oma näkemyses miinkälaista osaamista erityistason yksiköissä tarvitaan.

##### **Tutkimuksen vapaaehtoisuus**

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai jättää tutkimuksen kesken missä vaiheessa tahansa, eikä tästä koidu teille mitään seuraamuksia.

##### **Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet**

Tämän työn tarkoituksena on kuvata mitä osaamista sairaanhoitajat tarvitsevat erityistason palliatiivisessa yksikössä, sekä selvittää mitkä tekijät edistävät sairaanhoitajan osaamista. Työn tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan tulevaisuudessa hyödyntää esimerkiksi koulutusten suunnittelussa sekä hoidon laadun parantamisessa ja yhteisistä hoitokäytännöistä sovittaessa.

##### **Tutkimuksen toteutus**

Tutkimus toteutetaan sähköisen kyselylomakkeen avulla. Kyselylomake muodostuu muutamasta taustatietokysymyksestä ja avoimista kysymyksistä. Saatte linkin kyselylomakkeeseen esimieheltänne. Lomakkeen täyttäminen kestää noin 30 minuuttia.

Tutkimus toteutetaan täysin anonymisti, eikä vastauksia voi yhdistää vastaajaan. Tutkimus toteutetaan Google Forms -palvelussa, eikä tutkimukseen vastaaminen edellytä sisäänkirjautumista.

Tutkimus on osa YAMK -opinnäytetyötä ja opinnäytetyön ohjaajana toimii yliopettaja, THT, dosentti Elina Haavisto.

##### **Lisätietoja kaikissa kysymyksissä:**

Lotta Nenonen, sairaanhoitaja

[lotta.nenonen@metropolia.fi](mailto:lotta.nenonen@metropolia.fi)