



Palliativisen hoidon erityistason osaamisen kehittäminen erikoissairaanhoidon palliativisessa yksikössä

Lotte-Marie Uutinen

Laurea-ammattikorkeakoulu

Palliatiivisen erityistason osaamisen kehittäminen erikoissai- raanhoidon palliatiivisessa yksikössä

Lotte-Marie Uutinen

Johtaminen ja kehittäminen sosiaali-
ja terveysalan muutoksessa

Opinnäytetyö YAMK

Joulukuu 2021

Lotte-Marie Uutinen

Palliativisen hoidon erityistason osaamisen kehittäminen erikoissairaanhoidon palliativisessa yksikössä

Vuosi

2021

Sivumäärä

41

Opinnäytetyönä tehtävä kehittämistyö käsittelee hoitohenkilökunnan palliativisen hoidon ja saattohoidon erityistason osaamisen kehittämistä erässä erikoissairaanhoidon palliativisessa yksikössä. Tavoitteena oli kartoittaa yksikön palliativisen erityistason osaamista hoitohenkilökunnan itsearvioimana ja selvittää hoitohenkilökunnan osaamisen kehittämisen tarpeet ja tavat. Valtakunnallisten palliativisen hoidon suositusten ja selvityksen perusteella yksikölle muodostettiin koulutuspolku hoitohenkilökunnan osaamisen kehittämiseksi.

Suomessa on tavoitteena kehittää palliativista ja saattohoitoa systemaattisesti, ja tarkoitusta varten Sosiaali- ja terveysministeriö antoi 2016 asiantuntijatyöryhmälle toimeksiannon laatia ehdotuksen palliativisen ja saattohoidon järjestämisestä Suomessa niin, että palliativinen ja saattohoito koko maassa toteutuu yhdenvertaisesti ja vaikuttavasti. Asiantuntijatyöryhmät saattoivat työnsä loppuun 2019, julkaisemalla valtakunnallisen suosituksen palliativisen hoidon järjestämisen ja laadun parantamiseksi Suomessa. Viitekehyksenä kehittämistyössä toimii osaamisen johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Osaamisen johtaminen on etenkin viime vuosina noussut sosiaali- ja terveydenhuollossa tärkeäksi teemaksi, johtuen muun muassa toimintaan vaikuttavista maailmanlaajuisista megatrendeistä sekä muutoksista palvelutuotannossa.

Aineisto kehittämistyössä kerättiin kohdeyksikön hoitohenkilökuntaa haastatteleamalla. Hoitohenkilökuntaan kuuluu 15 sairaanhoitajaa, mikä muodosti otannan. Haastatteluihin osallistui 13 sairaanhoitajaa. Tiedonkeruussa muodostui sekä laadullista että määrällistä aineistoa. Määrällinen aineisto analysoitiin excel taulukkolaskentaohjelmassa ja laadullinen aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä eli teemoittelemalla.

Itsearvioinnin perusteella voidaan todeta, että henkilökunta koki palliativisen perustason osaamisen olevan yksikössä hyvällä tasolla, kun taas erityistason osaaminen vaatii kehittämistä. Etenkin psykososiaalisen tuen tarjoamisen työkalut sekä lääkehoidon monipuolinen osaaminen vaativat kehittämistä. Osaamista tulisi selvityksen mukaan kehittää yksikössä ennen kaikkea koulutuksella, kuten erilaisilla luennoilla mutta myös esimerkiksi kokemuksellisen oppimisen keinoin. Valtakunnallisten suositusten ja kehittämistehtävän tulosten pohjalta yksikölle luotiin koulutuspolku, joka huomioi kohdeyksikön erityistarpeet osaamisen kehittämisessä. Jatkossa olisi syytä pohtia tarkemmin sisällöt eri osa-alueiden koulutukseen ja systemaattisemmin järjestää koulutusta sekä kokemukselliseen oppimiseen tähtääviä oppimistuokioita.

Asiasanat: palliativinen hoito, saattohoito, osaaminen

Lotte-Marie Uutinen

Developing Palliative Care Competences at a Specialised Level in one Palliative Care Unit

Year

2021

Pages

41

This thesis addresses the development of the palliative care and end-of-life-care competences at a specialised level in one palliative care unit. The purpose of this thesis was to define the current state of special level palliative care competence in the unit assessed by the nursing staff themselves, to define the needs of development in competence and define the ways of improving competence. Based on the national recommendations for palliative care in Finland and the results of this survey, the goal was to produce a systematic educational plan for the unit.

The goal in Finland is to develop palliative and end-of-life-care. For this purpose the Ministry of Social Affairs and Health appointed a National working group in 2016 to prepare a proposal for organizing palliative and end-of-life-care in Finland so that palliative and end-of-life-care is produced equally and effectively throughout the country. The working group completed their work in 2019 by publishing a national recommendation to improve the organization and quality of palliative care in Finland. Competence management in social and health care was chosen as a frame of reference in this thesis. Competence management has become an important theme in social and health care, especially in recent years, due to, among other things, global megatrends affecting social- and healthcare services and changes in service production.

The data in thesis were collected by interviewing the nursing staff at one palliative care unit. The nursing staff consists of 15 nurses, who formed the sample. A large part of the sample participated in the interview. Both qualitative and quantitative data were generated in the data collection. Quantitative data were analyzed in an excel spreadsheet program and qualitative data were analyzed by content analysis and, more precisely, by thematic analysis.

Based on the self-assessment, it can be stated that the staff felt that the basic palliative competence was at a good level, while the special level competence required development. In particular, the tools for providing psychosocial support and the competence in medical treatments require development. Competence in the unit should be developed primarily through education, such as various lectures, but also, for example, through experiential learning. Based on the national recommendations and the results of this thesis, a systematic educational plan was created for the unit, which takes into account the special needs of this unit in developing competence. In the future, the contents of the education should be planned in more detail, and meetings aimed at experiential learning should be organized more systematically.

Keywords: palliative care, hospice care, competence

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Osaamisen johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa.....	7
3	Palliativinen hoito ja saattohoito	8
3.1	Palliativinen hoito ja saattohoito Suomessa.....	8
3.2	Palliativisen hoidon porrastus	10
3.3	Palliativisen hoidon ja saattohoidon osaamisvaatimukset ja koulutus.....	12
3.3.1	Palliativisen erityistason osaaminen	12
3.3.2	Palliativisen hoidon koulutus.....	13
4	Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan tarkoitus ja tutkimuskysymykset	14
5	Tutkimuksellisen kehittämistyön toteuttaminen	15
5.1	Kehittämistyön metodologiset ratkaisut	16
5.2	Käytännön menetelmällinen toteutus.....	18
6	Tulokset	20
6.1	Perustason ja erityistason palliativisen osaamisen itsearviointi.....	20
6.2	Osaamisen kehittämisen sisällölliset tarpeet ja tavat	25
6.3	Palliativisen hoidon koulutuspolku.....	27
7	Pohdinta	29
7.1	Johtopäätökset	29
7.2	Luotettavuus ja eettisyys	30
7.3	Lopuksi.....	33
	Lähteet.....	34
	Taulukot	36
	Liitteet	37

1 Johdanto

Opinnäytetyönä tehtävä kehittämistyö käsittelee hoitohenkilökunnan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon erityistason osaamisen kehittämistä eräässä erikoissairaanhoidon palliatiivisessa yksikössä. Suomessa on tavoitteena kehittää palliatiivista ja saattohoitoa systemaattisesti. Tarkoitusta varten Sosiaali- ja terveysministeriö antoi 2016 asiantuntijatyöryhmälle toimeksiannon, laatia ehdotuksen palliatiivisen ja saattohoidon järjestämisestä Suomessa niin, että palliatiivinen ja saattohoito koko maassa toteutuu yhdenvertaisesti ja vaikuttavasti. (Saarto 2017, 6.) Työ jatkui edelleen vuoden 2017 jälkeen ja sittemmin ministeriö julkaisi vuonna 2019 suositukset palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa.

Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan potilaan ja hänen omaistensa kokonaisvaltaista hoitoa ja kärsimyksen lievittämistä sekä elämänlaadun vaalimista. WHO:n määritelmän mukaan palliatiivinen hoito kuuluu kaikille, jotka sairastavat kuolemaan johtavaa sairautta ilman diagnoosirajauksia. Euroopassa arvioidaan, että tulevina vuosina palliatiivisen hoidon tarve tulee kasvamaan sekä syöpäpotilaiden osalta, mutta myös väestön ikääntyessä. (Käypä hoito suositus - Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.) Palliatiivisen hoidon osaamisen kehittäminen koko sosiaali- ja terveydenhuollon kentällä on edellä mainitun johdosta keskeinen kehittämiskohde.

Osaamisen johtaminen on etenkin viime vuosina noussut sosiaali- ja terveydenhuollossa tärkeäksi teemaksi. Muutokset palvelurakenteessa sekä maailmanlaajuiset megatrendit, kuten väestön ikääntyminen ja digitalisaatio, ovat korostaneet ennestään osaamisen johtamisen tärkeyttä. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot ovat valtaviin muutoksiin edessä, joiden toteuttaminen ja niistä selviytyminen vaativat laajamittaista osaamisen hyödyntämistä organisaatioissa. (Huotari 2009, 10.) Viitekehyksenä kehittämistyössä toimii osaamisen johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Kehittämistyön kohdeyksikkö on vuonna 2020 perustettu uusi yksikkö, joten yksikön keskeisen toimenkuvan, palliatiivisen hoidon ja saattohoidon, mukainen osaamisen kehittäminen on keskeistä. Kehittämistyössä kartoitetaan kohdeyksikön henkilökunnan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen nykytila sekä kehittämistarpeet henkilökunnan itsearvioimana. Selvityksen tuloksien sekä valtakunnallisten palliatiivisen hoidon ja saattohoidon suositusten pohjalta luodaan koulutuspolku kyseiselle yksikölle osaamisen kehittämiseksi vastaamaan valtakunnallisia suosituksia palliatiivisen ja saattohoidon osaamistavoitteista erityistason toimijoilla.

2 Osaamisen johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa

Työelämän uudenlaiset ja laajentuneet vaatimukset johtavat työntekijöiden tarpeeseen kehittää osaamistaan ja näin osaamisen kehittäminen on noussut yhdeksi tärkeäksi teemaksi myös organisaatioiden näkökulmasta (Rissanen & Lammintakanen 2017, 250). Rissanen ja Lammintakanen (2017, 250) mukaan osaamista voidaan tarkastella kolmesta eri näkökulmasta: organisaation osaamisena, yksilön tai ryhmän tietoina ja taitoina sekä organisaatiokulttuurisena tekijänä. Johtamisen näkökulmasta organisaatiotason ja yksilötason osaamisen näkökulmat tulisi yhdistää, jotta ne tukevat toisiaan. Osaamisen kehittäminen ylipäänsä on siirtynyt yksilöajattelusta pitkälti ryhmätason ja organisaatiotason ajatteluun (Rissanen & Lammintakanen 2017, 250).

Osaaminen on yksilön kykyä suoriutua tehtävistään. Kuten yllä on todettu, on ryhmän osaaminen muodostunut kantavaksi teemaksi ja työyhteisö sekä organisaatio tarvitsevatkin jokaisen yksilön osaamisen tavoitteidensa saavuttamiseksi. Jotta yksilön pääomaa saadaan hyödynnettyä koko ryhmässä optimaalisella tavalla, tulee myös osaamista johtaa. Osaamisen johtaminen on hyvin laaja kokonaisuus, käsittäen kaiken sen tiedon ja taidon hallinnan ja ohjauksen, mitä organisaatiossa on ja vaatii johtajalta johtamistyön erityisvalmiuksia. (Laaksonen & Ollila 2017, 175-176.)

Osaamistarve kannattaa selvittää, jotta voidaan selkeämmin rajata tarpeet yksilön ja organisaation välillä yhdessä ja erikseen ja toisaalta koska tarpeen määrittely palvelee molempia osapuolia. Määrittelyssä kannattaa selvittää nykyosaaminen ja kehityskohteet, mutta myös mahdolliset puutteet ja työssä kohdattavat ongelmat. Tämä voidaan tehdä esimerkiksi osamiskartoitusten perusteella. Kun nykytaso ja kehittämistarpeet ovat selvillä, voidaan pohtia keinoja, miten niitä korjataan. (Laaksonen & Ollila 2017, 182-183.)

Huotarin (2009, 45) ja Viitalan (2002, 121) mukaan osaamista kehitetään organisaatioissa vuorovaikutuksessa ja oppimisen kannalta johtamisessa on huomioitava avoin ilmapiiri keskustelulle ja yhteiselle oppimiselle. Siitä huolimatta terveydenhuollossa osaamisen kehittäminen painottuu hyvin pitkälti formaaliin koulutukseen (Huotari 2009, 95; Kivinen 2008, 203). Myös Rissanen ja Lammintakanen (2017, 251) käsittelevät toimittamassaan teoksessa *Sosiaali- ja terveysjohtaminen* samaa aihetta todeten, että koulutus on vain yksi osaamisen kehittämisen elementti ja yhä tärkeämmäksi keinoksi on noussut kokemuksellinen oppiminen. Tällöin organisaation rooli on merkittävä ja onkin syytä pohtia minkälaiset puitteet organisaatio oppimiselle luo. Johtamistieteellisessä historiassa on samankaltaisia ajatuksia nähtävillä jo 1900-luvun alusta alkaen. Laaksonen & Ollilla (2017, 176) viittaavat kirjassaan *Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa* muun muassa Mary Parker Folletin kirjoituksiin, jossa hän näkee oppimisen yksilön ja yhteisön välisenä vuorovaikutuksellisenä ilmiönä ja korostaa kokemusten rekisteröintiä ja kirjaamista sekä niiden organisointia.

Osaaminen voi siis käsittää tiedon hankkimisen, sen sisäistämisen ja soveltamisen mutta myös kokemuksellisuuden. Osaamista voidaan kehittää ja lisätä kokemuksellisuuden kautta. Johtajan tehtävä on auttaa jäsentämään ja hyödyntämään näitä kokemuksia. (Ollila 2006, 10, 17; Ollila 2004.)

Osaamisen kehittämisessä tulisi huomioida myös yllä olevan tiedon mukaisesti formaalin koulutuksen lisäksi kokemuksellisen tiedon hyödyntäminen ja jakaminen yksikön oppimisen tukena. Etenkin palliatiivisessa ja saattohoidossa hoitosuhteet ovat hyvin herkkiä ja ihmisten kohtaaminen näissä tilanteissa tuottaa työntekijöille valtavasti kokemuksellista tietoa, mikä on syytä huomioida osaamisen kehittämisessä.

3 Palliatiivinen hoito ja saattohoito

Palliatiivisella hoidolla eli oireenmukaisella hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan potilaan ja hänen läheistensä kokonaisvaltaista hoitoa, jonka tavoitteena on ehkäistä ja lievittää kärsimystä ja vaalia elämänlaatua. Osa palliatiivista hoitoa on saattohoito, joka sijoittuu ajallisesti kuolinhetken läheisyyteen. Käytännössä saattohoito käsittää elämän viimeiset päivät ja viikot. (Käypähoito suositus - Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019; WHO 2021.) Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon päämääränä on asianmukainen oirehoito, jonka avulla lievitetään esimerkiksi kipua ja muita oireita sekä kärsimystä (Saarto 2017, 7). Käypä hoito suosituksen (2019) mukaan palliatiivisen hoidon keskeinen tavoite on fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja eksistentiaalisen kärsimyksen lievittäminen. Palliatiivinen hoito on moniammatillista toimintaa, johon osallistuu sosiaali- ja terveydenhuollon eri alueiden ammattilaisia, seurakunnan työntekijöitä ja vapaaehtoisia. Palliatiiviseen hoitolinjaan päädytään silloin, kun taudin kulkuun ei voida enää olennaisesti vaikuttaa, vaan keskitytään ennen kaikkea oirehoitoon ja elämänlaadun vaalimiseen.

2018 voimaan tulleen valtioneuvoston asetuksen (582/2017), koskien erikoissairaanhoidon työnjakoa ja eräiden tehtävien keskittämistä, mukaisesti viiden yliopistollista sairaalaa ylläpitävän sairaanhoitopiirin on huolehdittava eräistä tehtävistä, niiden suunnittelusta ja yhteensovittamisesta alueellisesti mukaan lukien vaativa palliatiivinen ja saattohoito. Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa toteutetaan kuitenkin useissa eri sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä kuten hoivayksiköissä ja kotihoidossa sekä terveyskeskusten vuodeosastoilla ja erikoissairaanhoidon yksiköissä.

3.1 Palliatiivinen hoito ja saattohoito Suomessa

Suomessa ensimmäinen elämän loppuvaiheen viranomaisohje annettiin vuonna 1982, *Lääkintöhallituksen sairaanhoitolaitokselle antamat terminaalihoidon ohjeet*. Jo näissä ohjeissa

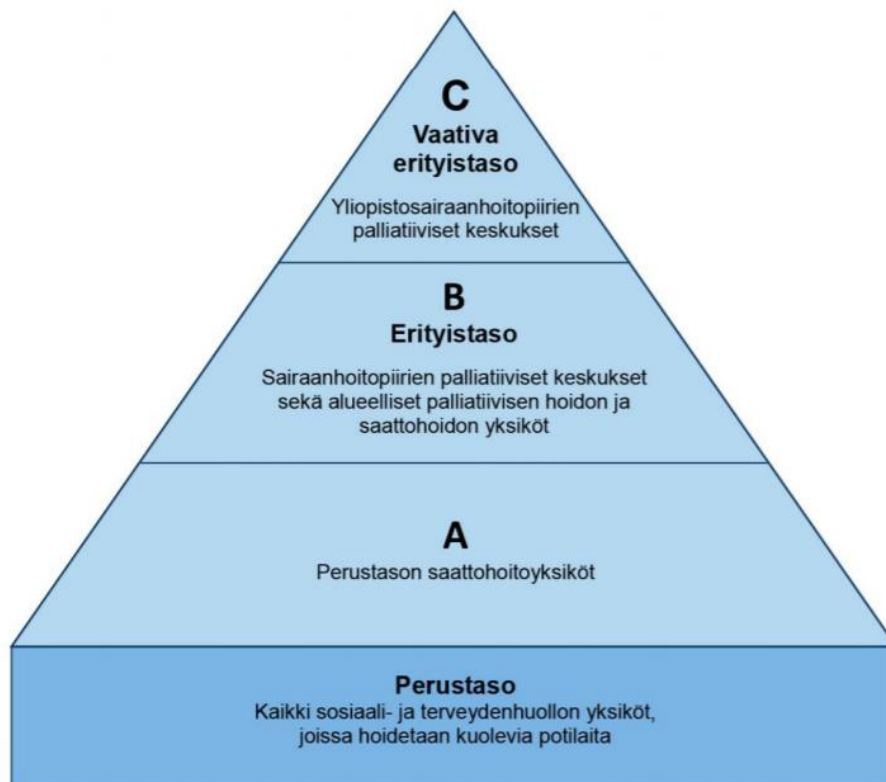
keskeistä oli, että saattohoitovaiheen potilas on oireeton ja kivuton ja hän saa tulla hoide-
tuksi haluamassa ympäristössä. (Saarto 2017, 9.) Vuonna 2003 Sosiaali- ja terveysministeriössä
toimiva Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvosto (ETENE 2003, 12) antoi
suosituksensa saattohoidosta. Myös ETENEn suosituksissa keskeistä on hyvän oirehoidon takaa-
minen, potilaan itsemääräämisoikeus ja mahdollisuus päättää hoitopaikasta kuoleman lähes-
tyessä, saattohoitoa toteuttavien yksiköiden valmiudet toteuttaa saattohoitoa riittävällä hen-
kilöstöresurssilla, tarpeenmukaisella välineistöllä ja laadukkaalla osaamisella sekä jokaisen
ihmisen oikeus hyvään saattohoitoon. Samana vuonna 2003 myös Euroopan neuvosto antoi
suosituksensa palliatiivisen hoidon järjestämisestä. Euroopan neuvoston suosituksen mukai-
sesti jäsenvaltioilla tulisi olla palliatiivisen hoidon suunnitelma ja palliatiivisen hoidon tulisi
olla osa sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää yhdenvertaisten palveluiden varmistamiseksi.
Suosituksissa korostetaan palliatiivista hoitoa toteuttavan henkilökunnan hyvää osaamista ja
sen varmistamista, potilaan oireiden hallintaa sekä henkisen ja hengellisen tuen tarjoaminen
perheelle ja kaikille osapuolille kuolemantilanteessa. (Saarto 2017, 9; Pihlainen 2010, 6.)
Vuonna 2010 sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi saattohoitosuosituksen, *Hyvä saattohoito
Suomessa*. Suosituksissa keskeistä on jokaisen ihmisen oikeus hyvään saattohoitoon, saattohoi-
dettavan itsemääräämisoikeus sekä henkilökunnan riittävä saattohoito-osaaminen (Pihlainen
2010, 30-31).

Vuonna 2016 sosiaali- ja terveysministeriö antoi professori Tiina Saarron johtamalle asiantun-
tijatiryhmälle toimeksiannon laatia ehdotus palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämi-
sestä niin, että hoito toteutuu yhdenvertaisesti ja vaikuttavasti koko maassa. Toimeksianto
liittyi valtakunnalliseen STM:n asettaman hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden
työryhmän työhön. Asiantuntijatiryhmän työ pohjautuu pitkälti aiempiin suosituksiin ja
työllä on pyritty vahvistamaan jo aiemmissa suosituksissa tärkeitä teemoja, kuten osaamisen
kehittäminen palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon liittyen. (Saarto 2017, 6.) Työryhmä to-
tesi raportissaan, että aiemmista suosituksista huolimatta oli palliatiivisen hoidon ja saatto-
hoidon saralla edelleen paljon kehitettävää etenkin palveluiden integraation ja yhdenvertai-
sen saatavuuden ja erityistason osaamisen näkökulmasta (Saarto 2017, 12). Vuonna 2017 STM
julkaisi työryhmän työn pohjalta suositukset palliatiivisen ja saattohoidon järjestämisestä si-
sältäen osaamis- ja laatukriteerit sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän eri ta-
soille: *Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja
laatukriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle*. Suositus perustuu kol-
miportaiseen palveluiden järjestämiseen perustasolla, erityistasolla ja vaativalla erityista-
solla. Lisäksi raportissa on ehdotettu palveluiden edelleen kehittämistä muun muassa alueelli-
sia palveluketjuja ja palvelutasoa tarkentamalla. Syksyllä 2017 eduskunta myönsi miljoonan
euron määrärahan vuoteen 2020 mennessä käytettäväksi palliatiivisen hoidon ja saattohoidon
kehittämiseksi, etenkin alueellinen yhdenvertaisuus huomioiden, sekä nykyisen palvelujärjes-

telmän puutteiden korjaamiseksi. (Saarto ym. 2019b, 9.) Tämän toimeksiannon puitteissa julkaistiin alkuvuodesta 2019 työryhmän väliraportti *Palliativisen ja saattohoidon tila Suomessa. Alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi* sisältäen terveydenhuollon yksiköiden palliativisen ja saattohoidon hoidon laatuksiteerit porrastuksen eri tasoille. Raportissa on myös kuvattu palliativisen ja saattohoidon palveluiden nykytila erityisvastuualueittain. Tällöin todettiin palveluissa suuria puutteita etenkin erityistason osalta. Laatuksiteerit eivät täytyneet monellakaan toimijalla ja puutteita oli muun muassa henkilöstömitoituksissa ja osaamisen suhteen. (Saarto & Finne-Soveri ym. 2019b, 105.) Työryhmät jatkoivat työskentelyään ja palveluketjujen rakentamista alueelliset olosuhteet huomioiden. Loppuvuodesta 2019 julkaistiin työryhmien loppuraportti *Suositus palliativisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Palliativisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti*. Raportti sisältää suosituksen palliativisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Raportissa on esitetty terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluketjujen nykytila sekä kehittämistarpeet ja suositukset laadun ja saatavuuden parantamiseksi. (Saarto & Finne-Soveri ym. 2019a, 14.)

3.2 Palliativisen hoidon porrastus

Palliativisen hoidon laadukas toteuttaminen edellyttää sen integrointia koko sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään. Palliativisen hoidon ja saattohoidon toteuttaminen on porrastettu kolmiportaisen mallin mukaisesti hoidon vaativuuden perusteella. Kolmiportainen malli on kuvattu kuvassa alla. Palliativista ja saattohoitoa tulisi olla saatavilla kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä ja jokaisen ammattilaisen tulisi hallita oireita lievittävä hoito. (Saarto 2017, 15; STM 2020.)



Kuvio 1: Palliativisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli (Saarto & Finne-Soveri ym. 2019b, 7)

Perustasolla tarkoitetaan kaikkia muita sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköitä, poisluettuna ne yksiköt, jotka sijoittuvat mallissa A-, B- ja C-tasoille. Käytännössä perustasolle luetaan esimerkiksi kotihoito, hoivayksiköt ja vuodeosastot, joissa hoidetaan potilaita elämän loppuun saakka. A-taso käsittää terveydenhuollon yksiköt, joissa saattohoitoa on kehitetty erityisesti ja joiden henkilöstömitoituksessa saattohoitotyö on huomioitu. Nämä voivat olla esimerkiksi terveyskeskusten vuodeosastoja. A-tason vuodeosastot toimivat usein kotisairaaloiden tukiosastoina, jolloin potilaan siirtyminen osastohoitoon on sujuvaa ja näin mahdollistetaan osastohoito kodin lähellä. Erityistason yksiköt muodostuvat sairaanhoitopiirien palliativisista keskuksista, joiden pääasiallista toimintaa on palliativinen hoito ja henkilökunta on siihen erityiskoulutettua. Palliativisen keskuksen sisällä on eri yksiköitä toteuttamassa hoitoa, kuten erityistason kotisairaalat, palliativiset poliklinikat ja saattohoito-osastot. Erityistasolla tulee olla saatavilla psykososiaalista, hengellistä ja eksistentiaalista tukea. Erityistason yksiköt auttavat perustasoa ja toimivat heille konsultteina. Vaativan erityistason yksiköt käsittävät yliopistosairaaloitten palliativisen keskuskeskukset, joiden sisällä toimii esimerkiksi psykososiaalisen tuen yksikkö, vaativan avohoidon palliativinen poliklinikka ja vaativan erityistason saattohoitokoti tai saattohoito-osasto. (Saarto & Finne-Soveri ym. 2019b, 17-18.)

Tässä opinnäytetyössä kuvattava kehittämistyön kohdeyksikkö sijoittuu kolmiportaisessa mallissa erityistasolle.

3.3 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisvaatimukset ja koulutus

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perustason osaamisen tulisi olla osa kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden perustaitoja. Viime vuosina julkaistuissa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon suosituksissa todetaan kuitenkin puutteita osaamisessa kaikilla tasoilla, kuten myös koulutustarjonnassa, etenkin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden perus- ja jatkokoulutuksessa. Tässä kehittämistyössä keskitytään etenkin palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportaisen mallin mukaiseen erityistason osaamisvaatimuksiin ja koulutukseen. Erityistasolla on tietenkin keskeistä hallita myös perustason osaamisvaatimukset. Haasteena on kuitenkin se, että jo peruskoulutuksessa ammattikorkeakouluittain palliatiivisen opetuksen määrä vaihtelee, eikä opetukselle ole valtakunnallista suositusta, jolloin perustasonkin osaamisessa todennäköisesti on vahvistettavaa. (Saarto 2017, 11-12.) Vasta viime vuosina palliatiivisen hoidon koulutusta on pystytty kehittämään EduPal-hankkeen myötä. EduPal-hanke oli Opetus- ja kulttuuriministeriön rahoittama korkeakoulutuksen kehittämisen kärkihanke, jonka tavoitteena on palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen koulutuksen kehittäminen. Hanketta toteutti 15 ammattikorkeakoulua ja 5 yliopistoa ajalla 1.2.2018-30.6.2021. (EduPal-hanke.)

3.3.1 Palliatiivisen erityistason osaaminen

Palliatiivisen ja saattohoidon osaamisvaje on noussut viime vuosien suosituksissa ja tutkimuksissa (Saarto 2017; Saarto & Finne-Soveri ym. 2019b; Saarto & Finne-Soveri ym. 2019a; Salin, Melender, Lehto & Hökkä 2021) kautta linjan yhdeksi merkittävimmistä kehittämiskohteista. Kuten edellisessä kappaleessa on todettu, on sairaanhoitajilta puutunut kokonaan muodollinen koulutus palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osalta mikä osaltaan on vaikeuttanut osaamisen kehittämistä. Muodollisen koulutuksen lisäksi on keskeistä jatkuvasti kehittää osaamista muunlaisella täydennyskoulutuksella. Tässä alaluvussa kuvataan suositusten mukaisia osaamisvaatimuksia erityistasolle. Erityistason toimijoilla tulee olla perus- ja A-tason osaaminen mutta myös erityisesti erityistasolla vaadittava osaaminen (Saarto & Finne-Soveri ym. 2019a, 180). Osaamisvaatimukset on koottu taulukkoon alla.

	Perustaso	A-taso	B-taso	C-taso
Keskeinen osaaminen	Perustason oirehoito. Perustason saattohoito. Parantumattoman kuolemaan johtavan sairaustilanteen tunnistaminen, elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman ja saattohoitopäätöksen tekeminen. Erityistason tuen tarpeessa olevan potilaan tunnistaminen. Potilaan ja hänen läheistensä psykososiaalisen ja eksistentiaalisen tuen tarpeen tunnistaminen ja huomiointi hoidossa. Hyvät vuorovaikutustaidot. Erikoissairaanhoidon perustason yksiköillä oman erikoisalain potilaiden erityistarpeita huomioivaa osaamista palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osalta.	Lisäksi: Perustasoa laajempaa osaamista kokonaisvaltaisesta palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta sisältäen oirehoidon, potilaan ja läheisten psykososiaalisen ja eksistentiaalisen tuen. Kokonaisvaltaisen kärsimyksen ymmärtäminen. Hyvät vuorovaikutustaidot. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon lääkehoidon monipuolinen osaaminen (mm. lääkeinfuusiot).	Lisäksi: Perustasoa laajempaa osaamista kokonaisvaltaisesta palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta sisältäen oirehoidon, potilaan ja läheisten psykososiaalisen ja eksistentiaalisen tuen. Kokonaisvaltaisen kärsimyksen ymmärtäminen. Hyvät vuorovaikutustaidot. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon lääkehoidon monipuolinen osaaminen (mm. lääkeinfuusiot).	Lisäksi: Vaativan erityistason oirehoito. Vaativan erityistason saattohoito. Vaativan erityistason psykososiaalisen ja eksistentiaalisen tuen. Lasten, nuorten ja lapsiperheiden tuki. Hyvät vuorovaikutustaidot vaativissa vuorovaikutustilanteissa. Osaamista tutkimuksesta, hoitojen kehittämisestä, opetuksesta ja koulutuksesta.

Kuvio 2: Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon keskeiset osaamisvaatimukset (Saarto & Finne-Soveri ym. 2019a, 180)

Huomionarvoista osaamisen kehittämisen näkökulmasta on se, että osaamisvaatimusten osalta useammassa kohdassa todetaan, että henkilökunnalta vaaditaan riittävää kokemusta esimerkiksi palliatiivisesta ja saattohoidosta ja psykososiaaliseen, henkiseen ja eksistentiaaliseen tukemiseen. Riittävän kokemuksen saamiseksi on tärkeää, että toiminnalla on riittävä väestöpohja, jotta osaaminen voidaan turvata ja varmistaa tarvittavan kokemuksen karttumisen. (Saarto & Finne-Soveri ym. 2019b; Saarto 2017.) Muodollinen koulutus yksinään ei tämän vaatimuksen perusteella riitä varmistamaan vaadittavaa osaamista.

3.3.2 Palliatiivisen hoidon koulutus

STM:n suositusten myötä on palliatiivisen hoidon koulutuksen puutteisiin haettu ratkaisua esimerkiksi EduPal-hankkeella, jonka tavoitteena on kehittää palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen koulutusta. Hankkeen puitteissa on julkaistu muun muassa suositukset hoitotyön ja lääketieteen perusopetuksen opetussuunnitelmiin, joiden tavoitteena on yhdenmukaistaa ammattilaisten palliatiivisen hoitotyön perusosaaminen ja mahdollisuudet toimia perus- ja A-tasolla. Hankkeen myötä useassa ammattikorkeakoulussa on alkanut hoitohenkilökunnan *Palliatiivisen hoidon asiantuntija - erikoistumiskoulutus*. Koulutuksen käyneet voivat toimia perus- ja A-tason vastuuhoidtajana sekä asiantuntijana B- ja C-tasoilla. Lisäksi osassa ammattikorkeakouluja on toteutettu pilottina ylempi ammattikorkeakoulututkinto, *Kliininen asiantuntija (YAMK) - palliatiivisen hoidon asiantuntijuus*. Tutkinto antaa valmiudet toimia B- ja C-tasoilla sekä itsenäisesti laajennetuissa palliatiivisen ja saattohoidon erilaisissa toimintaympäristöissä. (EduPal-hanke 2020.)

Hoitohenkilökunnan osalta valtakunnallisten suositusten mukaisesti B-tason yksiköissä tulee toimia palliatiiviseen hoitoon erikoistuneita asiantuntijasairaanhoitajia ympärivuorokauden ja heidän tulee voida tehdä kotikäyntejä ympärivuorokauden. Sairaanhoitajien osaamisvaatimuksena on palliatiivisen hoidon erikoistumisopinnot tai siirtymäajalla osoitettu monipuolinen

koulutus palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta erikoistumiskoulutuksen mukaisesti tai laajuudessa ja näyttöä palliatiivisesta osaamisesta. (Saarto 2017, 31; Saarto & Finne-Soveri ym. 2019b, 23-24, 26.)

Suosituksen julkaisusta ja muodollisen erikoistumiskoulutuksen alkamisesta on vasta vähän aikaa, joten käytännössä kriteerit muodollisen asiantuntijakoulutuksen osalta ei täyty vielä kehittämistyön kohdeyksikössä ja tähän prosessiin tulee kulumaan vuosia. Suositusten mukaisesti erityistasolla muodollisen koulutuksen lisäksi tulee osaamisen kehittäminen huomioida perehdytyksessä ja täydennyskoulutuksessa ja osaaminen tulee varmistaa henkilökohtaisilla täydennyskoulutussuunnitelmissa. Henkilökunnalla tulee olla mahdollisuus osallistua alueelliseen, valtakunnalliseen ja tarvittaessa myös kansainväliseen täydennyskoulutukseen. Organisaatioiden tulee laatia lisä- ja täydennyskoulutussuunnitelma osaamisen varmistamisen tueksi. (Saarto & Finne-Soveri ym. 2019a, 181.) Opinnäytetyönä kuvattavan kehittämistyön tuotoksena luotava koulutuspolku omalta osaltaan tukee ylläkirjattujen tavoitteiden saavuttamista siirtymäajalla.

4 Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemat palliatiivisen hoidon ja saattohoidon suositukset ohjaavat sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoita. Suosituksissa on useaan otteeseen todettu osaamisvajetta palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osalta ja yksi tärkeä kehityskohde viime vuosina on ollut osaamisen kehittäminen. Suosituksissa ohjataan lisäksi järjestämään palvelut kolmiportaisen mallin mukaisesti. Jokaisella tasolla on määritelty osaamis- ja laatuksiteerit. Tässä kehittämistyössä osaamisen kehittäminen on rajattu koskemaan hoitohenkilökuntaa tämän ollessa suurin henkilökuntaryhmä ja osaamisvaatimusten erotessa etenkin suhteessa lääkäreiden osaamiseen. Muut ammattiryhmät, jotka osallistuvat keskuksen toimintaan, kuten sosiaalityöntekijät ja fysioterapeutit sekä lääkärit voivat soveltuvin osin hyödyntää kehittämistyön tuloksia osaamisen kehittämisessä. Opinnäytetyönä tehtävässä kehittämistyössä kartoitetaan kohdeyksikön nykytilaa palliatiivisen erityistason osaamisen näkökulmasta hoitohenkilökunnan itsearvioimana, selvitetään hoitohenkilökunnan osaamisen kehittämisen tarpeet ja tavat ja suositusten sekä selvityksen perusteella luodaan kohdeyksikölle koulutuspolku, jonka avulla hoitohenkilökunnan osaamista voidaan kehittää.

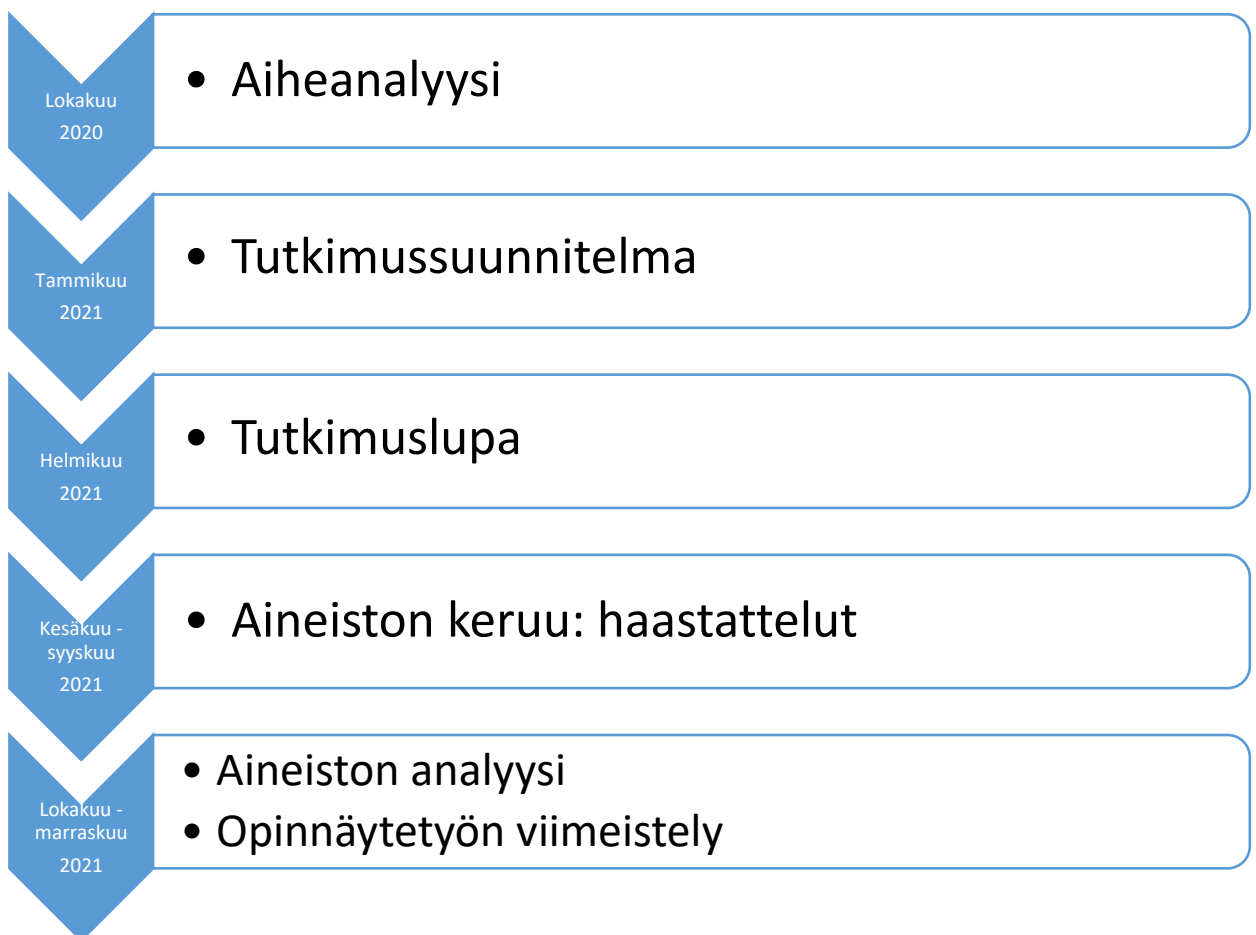
Tutkimuskysymykset:

1. *Millainen on kohdeyksikön hoitohenkilökunnan tämän hetken osaamisen taso palliatiivisen hoidon ja saattohoidon erityistason vaatimusten näkökulmasta?*
2. *Mitä osaamista kohdeyksikössä tulisi kehittää, jotta voidaan vastata ministeriön osaamisvaatimuksiin?*

3. Millä tavoin osaamista voidaan lisätä kohdeyksikössä erityistason osaamisen kehittämiseksi?

5 Tutkimuksellisen kehittämistyön toteuttaminen

Kehittämistyö toteutettiin alla kuvatun aikataulun mukaisesti. Kehittämistyö käynnistyi lokakuussa 2020 tehdyllä aineanalyysillä. Tutkimussuunnitelma valmistui helmikuussa. Kohdeorganisaation ohjeiden mukaisesti tutkimuksen toteuttamista varten anottiin tällöin tutkimuslupaa, jonka liitteeksi tutkimussuunnitelma toimitettiin sekä organisaation omien ohjeiden mukaisia muita dokumentteja kuten rekisteriseloste ja kehittämistyön tiivistelmä. Organisaatio myönsi tutkimusluvan 25.2.2021 (liite 1). Aineiston keruu suoritettiin kesä-syyskuun aikana 2021 jonka jälkeen aineisto analysoitiin lokakuussa ja opinnäytetyön viimeistely tehtiin marraskuun 2021 aikana.



Kuvio 3: Kehittämistyön aikataulu

5.1 Kehittämistyön metodologiset ratkaisut

Tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteen määrittelyn jälkeen tulee valita käytettävät tutkimusmenetelmät. Jacobsenin (2007, 46-47) mukaan menetelmän valinnassa kannattaa ennen kaikkea huomioida se, miten menetelmä soveltuu tutkittavaan aiheeseen ja kysymyksenasetteluun. Käytännössä sekä laadullisissa että määrällisissä menetelmissä on omat hyvät puolensa mutta myös haasteensa. Laadullisessa tutkimuksessa esimerkiksi haastattelujen toteuttaminen on aikaa vievää ja saattaa näin rajoittaa vastaajien määrää. Käytännössä tutkijan käytävissä olevat resurssit saattavat vaikuttaa näin ollen menetelmän valintaan. Määrällinen tutkimusmenetelmä mahdollistaa usein suuremman otannan. Määrällisiä tutkimusmenetelmiä voidaan hyödyntää esimerkiksi silloin, kun tutkittavasta aiheesta on ennalta jo paljon tietoa. Toisaalta tutkimuksen kannalta saattaa olla hedelmällistä hyödyntää sekä laadullisia että määrällisiä menetelmiä näiden täydentäessä toisiaan. (Jacobsen 2007, 51, 53-54, 57-58.)

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä hyödynnettiin haastattelua eli laadullista menetelmää tutkimusmenetelmänä. Haastattelua tutkimusmenetelmänä kuvastaa tutkijan ja tutkittavan välinen keskustelu tietyistä aiheista. Haastattelu soveltuu tutkimusmenetelmäksi etenkin silloin kun, tutkittavia on vähäinen määrä, kun ollaan kiinnostuneita ihmisten sanomisista ja heidän tulkinnoistaan ja ymmärryksestään tiettyä ilmiötä kohtaan. (Jacobsen 2007, 92-93.)

Haastattelua käytettäessä tutkimusmenetelmänä on päätettävä, tehdäänkö täysin avoin haastattelu vai strukturoitu. Strukturoidun haastattelun kritiikkinä on esitetty, että se vähentää tutkittavan avoimuutta. Toisaalta täysin avoimen haastattelun aineisto voi olla hyvin vaikeasti analysoitavissa. (Jacobsen 2007, 95-96.) Tämän perusteella tässä kehittämistyössä hyödynnettiin puolistrukturoitua haastattelua, jossa käsiteltävät teemat oli ennalta päätetty ja pohjautuvat valtakunnallisesti laadittuihin suosituksiin osaamisesta sekä teorian tietoon osaamisen johtamisesta. Itsearviointien pohjana hyödynnettiin valtakunnallisten suositusten keskeisiä osaamisvaatimuksia. Haastatteluissa noudatettiin alla olevaa puolistrukturoitua haastattelu-runkoa.

Puolistrukturoitu haastattelu

1. Itsearviointi perustason palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta
 - a. Perustason oirehoito ja perustason saattohoito.
 - b. Kuolemaan johtavan sairauden tunnistaminen.
 - c. Erityistason tuen tarpeessa olevan potilaan tunnistaminen.
 - d. Potilaan ja hänen läheistensä psykososiaalisen ja eksistentiaalisen tuen tarpeen tunnistaminen ja huomioiminen hoidossa.
 - e. Hyvät vuorovaikutustaidot.
(Saarto & Finne-Soveri y, 2019a, 180.)

Vastausten muoto: asteikolla hyvä - kohtalainen - kehitettävä

2. Itsearviointi erityistason palliatiivisen ja saattohoidon osaamisesta
 - a. Perustaso laajempaa osaamista kokonaisvaltaisesta palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta sisältäen oirehoidon, potilaan ja läheisten psykososiaalisen ja eksistentiaalisen tuen.
 - b. Kokonaisvaltaisen kärsimyksen ymmärtäminen.
 - c. Hyvät vuorovaikutustaidot.
 - d. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon lääkehoidon monipuolinen osaaminen (mm. lääkeinfusiot).
(Saarto & Finne-Soveri y, 2019a, 180.)

Vastausten muoto: asteikolla hyvä - kohtalainen - kehitettävä

3. Erityiset osaamisen kehittämisen sisällölliset tarpeet

Vastausten muoto: avoimet vastaukset

4. Osaamisen kehittämisen tavat

Vastausten muoto: avoimet vastaukset

(Liite 3)

Ennen haastattelun tekoa on huomioitava myös useampi käytännön asia. On päätettävä, tehdäänkö haastattelu yksilö- vai ryhmähaastatteluna, sovittava ajankohta ja paikka, pohdittava miten haastattelun aineisto dokumentoidaan ja miten haastattelu on hyvä käytännössä toteuttaa. Kuten kaikessa tutkimuksessa on haastatteluissa myös tärkeää, että haastateltava tietää, mihin haastattelusta saatuja tietoja käytetään ja haastateltavan on itse ilmaistava suostumuksensa haastatteluun. (Jacobsen 2007, 95, 97-103.)

Haastattelu oli puolistrukturoitu ja haastattelun sisällön teemat olivat valmiiksi määriteltyjä tavoitteena saada haastattelulla vastaukset tutkimuskysymyksiin. Tässä kehittämistyössä aineisto oli sekä laadullista että määrällistä. Rantalan (2015, 109) mukaan laadullinen aineisto on yleensä tekstimuodossa olevaa aineistoa esimerkiksi tutkijan keräämää haastatteluaineistoa, kuten tässä kehittämistyössä avointen kysymysten aineisto (kysymykset 3 ja 4 puolistrukturoidussa haastattelurungossa). Laadullista aineistoa ei haluta tai voida muuttaa numeraali-

seen muotoon (Ranta 2015, 109). Tässä haastattelussa hyödynnettiin valtakunnallisten suositusten keskeisiä osaamisvaatimuksia itsearvioinnin pohjana (kysymykset 1 ja 2 puolistrukturoidussa haastattelurungossa). Käytännössä kaikki vastaajat arvioivat osaamista niin, että vastaukset olivat luokiteltavissa asteikolla hyvä - kohtalainen - kehitettävä. Tämä aineisto oli muutettavissa numeraaliseen muotoon, joten osa aineistosta saatettiin myös määrälliseen muotoon poiketen alkuperäisestä tutkimussuunnitelmasta, jossa aineistoa on kuvattu ainoastaan laadullisena. Selvityksen edetessä muodostui tutkijalle käsitys, että tulokset ovat selkeämmin raportoitavissa aineiston muunnettaessa määrälliseen muotoon.

Laadullisen aineiston analysointiin on käytettävissä eri menetelmiä, joita kaikkia yhdistää se, että tietoa järjestellään tai ryhmitellään osioihin, joita analysoidaan suhteessa kokonaisuuteen. Laadullinen aineistonanalyysi aloitetaan kirjoittamalla puhtaaksi saatu aineisto ja verrataan muistiinpanoja omiin muistikuviiin. Tämän jälkeen on hyvä kirjoittaa puhtaaksi yhteenveto haastattelusta analyysia varten. (Jacobsen 2007, 134, 136-139.) Laadullisen aineiston analyysiä kuvastaa aineiston lukeminen uudelleen ja uudelleen sekä tekstien vertailu, pohdinta ja tulkitseminen (Ranta 2015, 110). Haastattelujen laadullinen aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä ja tarkemmin sanottuna teemoitteluna. Sisällönanalyysi aloitetaan laatimalla kategorioita aineiston perusteella ja muodostamalla eri teemoja aineiston perusteella. Tämän jälkeen pystytään analysoimaan variaatiot ja toisaalta myös aineiston yhteneväisyys eri haastateltavien osalta. (Jacobsen 2007, 139, 142, 144.) Ranta (2015, 110-111) kutsuu laadullisen aineiston analyysiä koodaamiseksi, millä hän tarkoittaa erilaisten koodien avulla aineiston jäsentelyä. Tutkija luo koodin, eli käsitteen, joka kuvastaa tiettyä aineiston osaa. Koodi on sana tai lyhyt fraasi millä voidaan asian ydinsisältö esittää lyhyesti. Rannan (2015, 112) mukaan yksi ns. koodauskerta harvoin riittääkään ja tarkastelemalla aineistoa useampia kertoja voi korostaa aineistossa uusia piirteitä tai jopa nostaa esiin täysin uusia teemoja. Koodaamisessa järjestellään laadullista aineistoa systemaattisesti luokkiin, eli ryhmitellään aineistoa. Tämän voi tehdä päättelöllä tai hyödyntää intuitiota tai hiljaista tietoa. (Ranta 2015, 113)

Määrällistä aineistoa voidaan kerätä esimerkiksi kyselyiden, haastatteluiden tai havainnoinnin avulla. Aineiston keruun jälkeen aineisto käydään läpi ja siirretään valittuun ohjelmaan, jossa tarkempi analyysi tehdään. (Vilka 2021, 135-138.) Määrällisen tutkimuksen analyysi perustuu Vilkan (2021, 141) mukaan esimerkiksi prosentteihin ja lukumääriin. Määrällinen aineisto esitetään tekstinä sekä erilaisin kuvioin (Vilka 2021, 149).

5.2 Käytännön menetelmällinen toteutus

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä hyödynnettiin haastattelua eli laadullista menetelmää tutkimusmenetelmänä. Kehittämistyössä haastateltiin kohdeyksikön hoitohenkilökuntaa ajalla kesäkuu-syyskuu 2021. Kohdeyksikössä työskentelee vakituisena 15 sairaanhoitajaa,

jotka muodostivat tutkimuksen otannan. Otanta on suhteellisen pieni, joten haastattelu soveltui hyvin menetelmäksi. Poissaoloista johtuen yksikössä työskenteli myös tutkimuksen teon aikaan sijaishenkilökuntaa. Haastatteluihin päädyttiin pyytämään ne sijaiset, jotka haastattelun aikaan olivat toimineet yksikössä vähintään kolme kuukautta, jotta vastaajat pystyivät arvioimaan omaa ja työryhmän tämän hetken osaamistasoa palliatiivisen hoidon osalta. Lopulta haastatteluihin osallistui 13 sairaanhoitajaa. Tämän perusteella voidaan todeta vastaajien määrän olevan hyvin kattava. Haastatteluun osallistuvilta informanteilta ei kerätty henkilökohtaisia tai muita esitietoja vaan haastattelu keskittyi ainoastaan haastatteluteemoihin.

Haastateltaville tiedotettiin tutkimuksesta sähköpostitse ja tiedote tutkimuksesta (liite 2) jaettiin jokaisen omaan yksikössä sijaitsevaan laatikkoon. Osallistujille annettiin tämän jälkeen aikaa miettiä, haluavatko osallistua tutkimukseen. Haastateltaville jaetussa saatekirjeessä ja suostumuslomakkeessa, oli esitetty keskeiset tiedot tutkimukseen liittyen ja haastateltavat pystyivät itse päättää tämän tiedon pohjalta osallistumisestaan tutkimukseen. Osa palautti itse suostumuslomakkeen suoraan kehittämistyön tekijälle ja osan kanssa osallistumisesta sovittiin kasvotusten. Allekirjoitetut suostumuslomakkeet säilytetään lukitussa tilassa, kunnes opinnäytetyö valmistuu, jonka jälkeen ne hävitetään asianmukaisesti.

Haastattelut suoritettiin yksilöhaastatteluna kohdeyksikön tiloissa työajalla kesä-syyskuun 2021 aikana. Haastattelu oli tarkoitus nauhoittaa, mikäli se tutkittavalle olisi sopinut. Haastattelutilaisuuden avoimemman ja turvallisemman ilmapiirin luomiseksi kuitenkin haastattelun anti dokumentoitiin kirjallisesti paperille kehittämistyön tekijän toimesta haastattelun aikana nauhoittamisen sijaan. Haastattelun jälkeen dokumentaatio siirrettiin sähköiseen muotoon kehittämistyön tekijän tietokoneelle. Tiedostot olivat tietokoneella käyttäjätunnuksella ja salasanailla lukittuna. Paperitiedostot säilytettiin lukitussa tilassa. Kaikki tiedostot sekä sähköiset että paperimuodossa hävitetään asianmukaisesti kehittämistyön valmistuttua.

Itsearviointien vastaukset annettiin asteikolla hyvä-kohtalainen-kehitettävä ja tämä aineisto oli muutettavissa määrälliseen muotoon. Osaamisen kehittämisen tarpeet ja tavat taas muodostivat laadullisen aineiston. Ennalta oletuksena oli monipuolisempi laadullinen aineisto, kuitenkin lopulta laadullinen aineisto sisälsi pääasiassa yksittäisiä sanoja ja toteamuksia eikä esimerkiksi kokonaisia lauseita. Haastattelujen muistiinpanot kirjattiin haastattelujen jälkeen määrällisen aineiston osalta exceliin ja laadullisen aineiston osalta aihepiireittäin yhteenvetomaisesti word dokumenttiin ja sen jälkeen excel-taulukkolaskentaohjelmaan. Laadullinen aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä ja tarkemmin sanottuna teemoitteluna.

Laadullisen aineiston analyysissä aineisto ryhmiteltiin teemoittain excel taulukkolaskentaohjelmassa ja näin saatiin käsitys aineiston keskeisistä teemoista. Teemojen alle ryhmiteltiin teemoihin sopivat koodit eli lyhyet fraasit tai sanat, jotka kuvastavat aineistoa juuri kyseisen teeman kohdalla. Analyysin aikana kehittämistyön tekijä palasi aineistoon useamman kerran.

Tutkimuksellisen kehittämisen aihe on kehittämistyön tekijälle tuttu ja luokittelussa hyödynnettiin omaa hiljaista tietoa.

Haastattelujen itsearviointiaineisto siirrettiin haastattelujen jälkeen excel taulukkolaskentaohjelmaan. Excel taulukkolaskentaohjelman avulla aineistosta laskettiin prosentuaaliset vastaajamäärät itsearviointikohteille ja tehtiin pylväsdiagrammeja, jotka on esitetty alla olevassa kappaleessa Tulokset. Vastaajien määrät eri väittämien kohdalla on diagrammeissa esitetty prosenteissa selkeyden vuoksi.

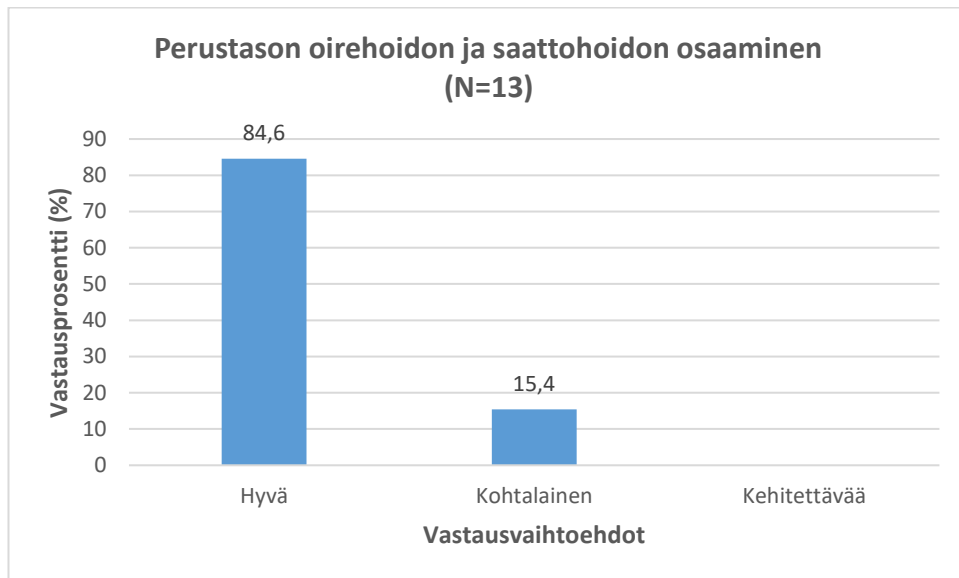
6 Tulokset

Haastattelut aloitettiin vastaajien itsearvioinnilla koskien yksikön osaamista perustason ja erityistason palliatiivista hoitoa. Osaan kysymyksistä saatiin myös avoimia vastauksia. Lopuksi avoimilla kysymyksillä selvitettiin vastaajien näkemyksiä mitä sisältöjä etenkin osaamisen näkökulmasta tulisi yksikössä kehittää ja millä tavoin.

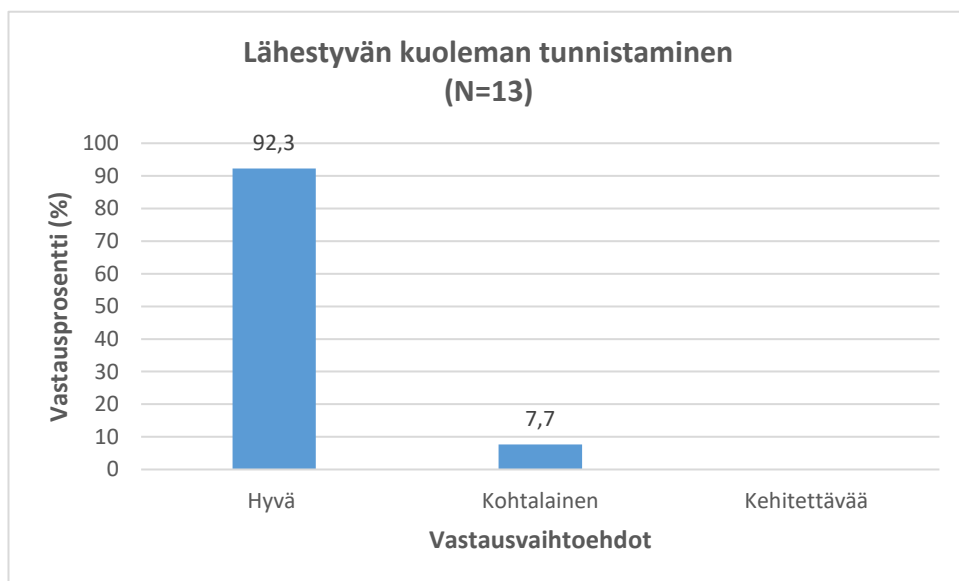
6.1 Perustason ja erityistason palliatiivisen osaamisen itsearviointi

Haastatteluissa koskien itsearviointia hyödynnettiin kansallisten suositusten keskeisiä osaamistavoitteita arvioinnin kohteina. Vastauksista muodostui itsearviointi asteikolla hyvä - kohtalainen - kehitettävää. Vastaukset ja vastausmäärät vietiin excel taulukkolaskentaohjelmaan, jota hyödynnettiin vastausprosenttien laskemisessa sekä pylväskaavioiden tekemisessä. Alla on esitetty pylväskaaviot itsearviointiin liittyvistä kysymyksistä.

Ensimmäiset neljä arvioitavaa kohdetta koskivat perustason palliatiivista osaamista. Vastaajat arvioivat pääsääntöisesti perustason osaamisen olevan yksikössä hyvällä tasolla. 84,6 % vastaajista kokivat hallitsevansa hyvin perustason oirehoidon ja saattohoidon. Lähestyvän kuoleman tunnistamisen kokivat hallitsevansa hyvin 92,3 % vastaajista. Kukaan vastaajista ei näiden osaamistavoitteiden kohdalla kokenut tarvetta kehittää osaamista.

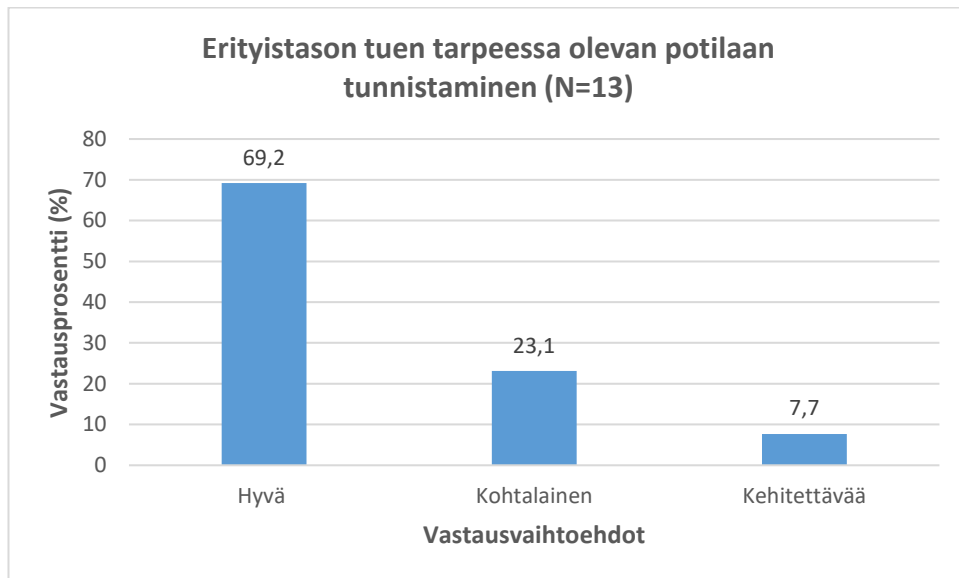


Kuvio 4: Perustason oirehoidon ja saattohoidon osaaminen

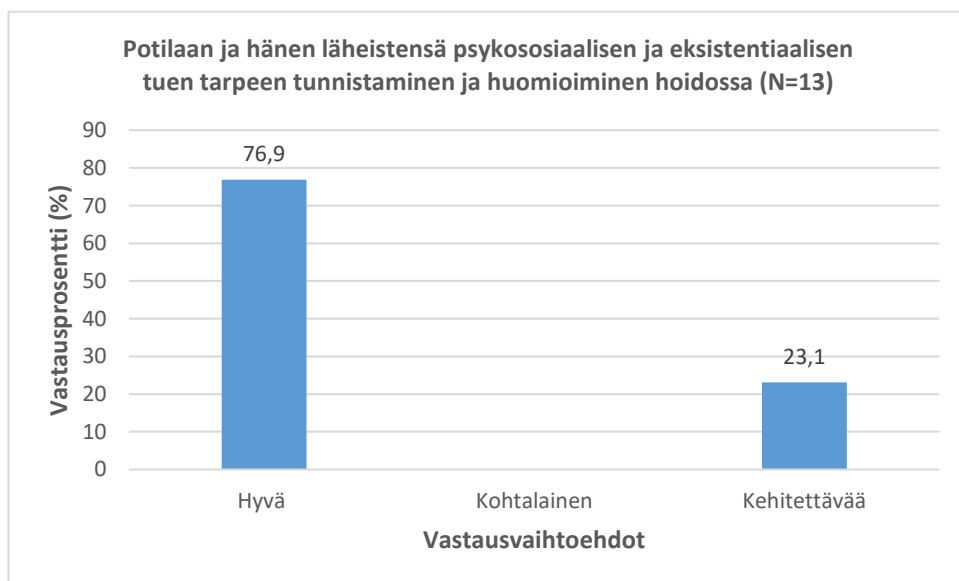


Kuvio 5: Lähestyvän kuoleman tunnistaminen

Erityistason tuen tarpeessa olevan potilaan tunnistaminen ja potilaan ja hänen läheistensä psykososiaalisen ja eksistentiaalisen tuen tarpeen tunnistaminen ja huomiointi hoidossa olivat itsearviointissa hyvällä tasolla. 69,2 % vastaajista kokivat, että erityistason tuen tarve tunnustetaan hyvin ja 76,9 % vastaajista kokivat, että potilaan ja hänen läheistensä psykososiaalinen ja eksistentiaalinen tuen tarve tunnustetaan ja huomioidaan hyvin hoidossa. Molemmissa osaamistavoitteissa 7,7 % vastaajista koki, että näissä olisi kehitettävää. Yli kolmasosa vastaajista totesivat psykososiaalisen ja eksistentiaalisen tuen tarpeen tunnistamiseen liittyen, että avun tarve tunnustetaan hyvin, mutta tuen antamisessa on parantamisen varaa.

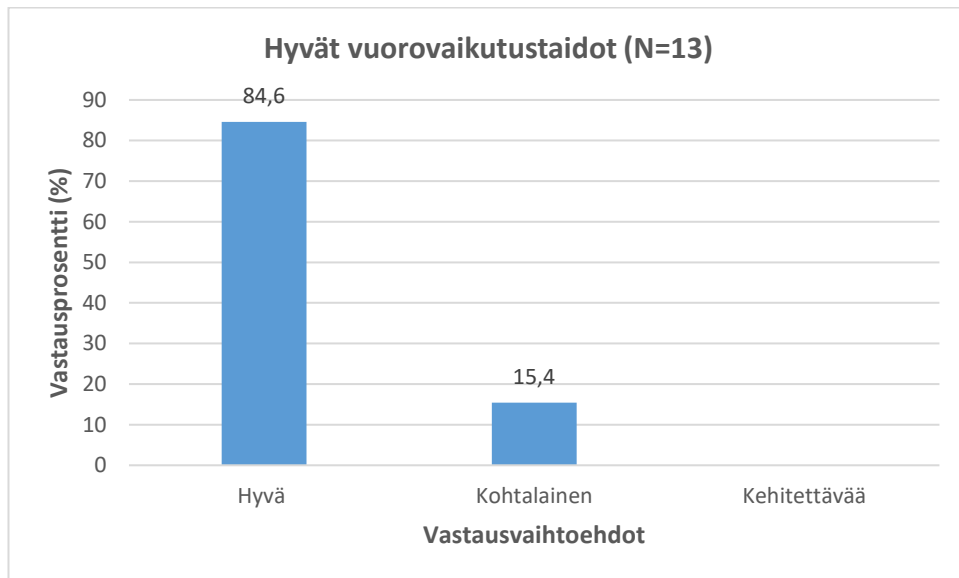


Kuvio 6: Erytystason tuen tarpeessa olevan potilaan tunnistaminen



Kuvio 7: Psykososiaalisen ja eksistentiaalisen tuen tarpeen tunnistaminen

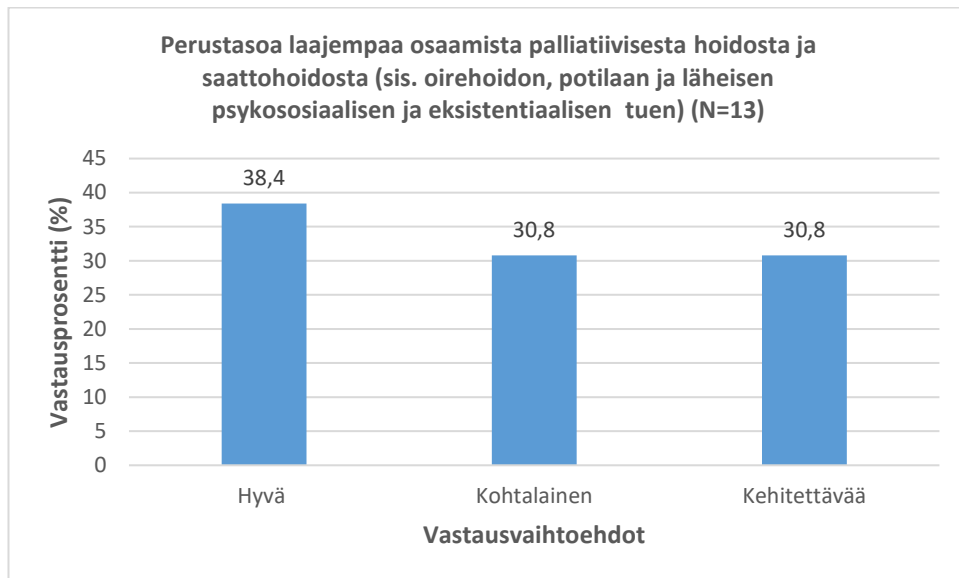
Sekä perustasolla että erityistasolla keskeisenä osaamistavoitteena on hyvät vuorovaikutustaidot. Vastaajista 84,6 % kokivat vuorovaikutustaitojen olevan hyvät. Osa vastaajista korosti vuorovaikutustaitojen osalta hyvää tilannetajua sekä yksilöllistä kohtaamista. Useampi vastaaja huomioi kielen merkityksen vuorovaikutuksessa kuolevien potilaiden kanssa ja kokivat vuorovaikutustilanteet haasteelliseksi niiden potilaiden kohdalla, joiden äidinkieli on eri kuin oma äidinkieli.



Kuvio 8: Vuorovaikutustaidot

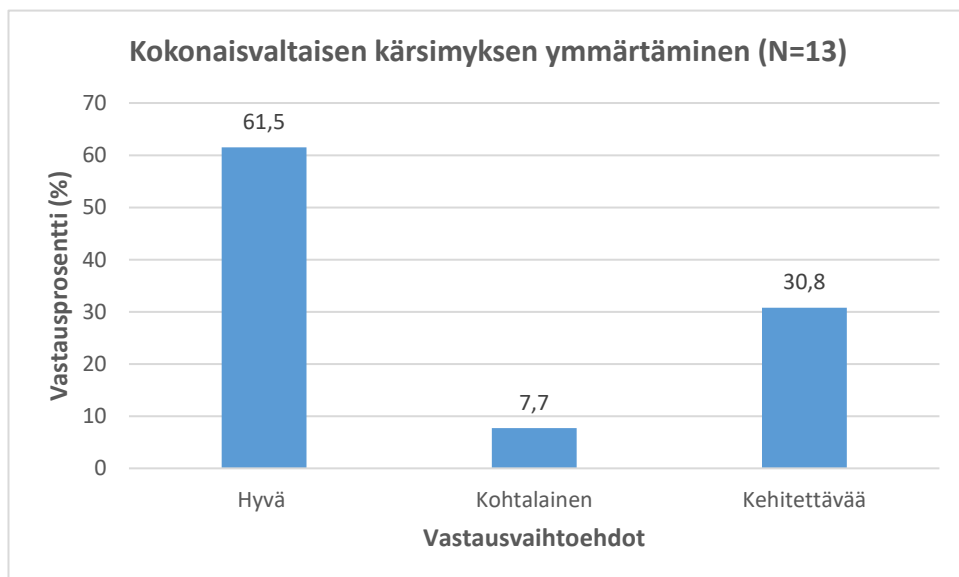
Erityistason osaamisen osalta vastauksissa oli enemmän vaihtelua. Erityistason osaamisen suhteen vastauksissa korostuivat etenkin haasteet koskien erityistason psykososiaalisen tuen antamista. Erityistason lääkehoidon osaamisen sen sijaan koettiin enemmistön mielestä olevan hyvällä tasolla.

Perustasoa laajemman osaamisen kohdalla 38,4 % vastaajista kokivat osaamisen olevan hyvällä tasolla, 30,8 % kohtalaisena ja 30,8 % vastaajista kokivat osaamisessa kehitettävää. Useampi vastaaja totesi, että opittavaa on jokaisella osa-alueella ja lähes puolet vastaajista kokivat, että erityisesti psykososiaalisen tuen tarjoamisessa on kehitettävää. Eräs vastaaja katsoi, että etenkin kokonaisvaltaisessa lähestymistavassa on kehitettävää.



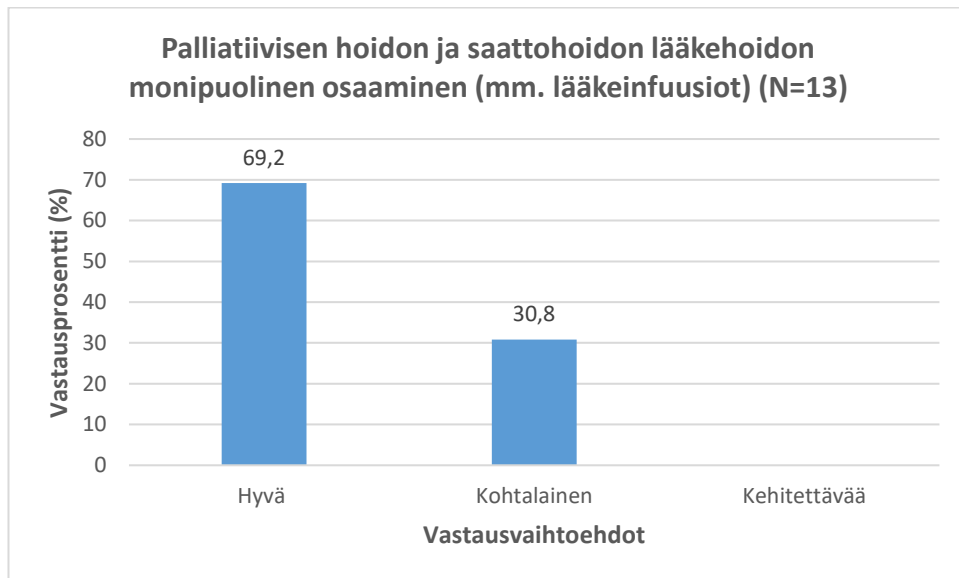
Kuvio 9: Erityistason palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaaminen

Kokonaisvaltaisen kärsimyksen ymmärtämisen kokivat olevan hyvällä tasolla 61,5 % vastaajista kun taas 30,8% vastaajista näkivät tässä kehitettävää. Osa vastaajista piti tätä vaikeimpana osa-alueena ja muutama vastaaja nostivat myös tässä esiin tilannetajun ja hyvien tuntosarvien tärkeyden.



Kuvio 10: Kokonaisvaltaisen kärsimyksen ymmärtäminen

Lääkehoidon monipuolisen osaamisen koki 69,2 % vastaajista olevan hyvällä tasolla ja kohtalaisena tämän koki 30,8 % vastaajista.



Kuvio 11: Lääkehoidon monipuolinen osaaminen

6.2 Osaamisen kehittämisen sisällölliset tarpeet ja tavat

Osaamisen kehittämisen sisällöllisiin tarpeisiin ja tapoihin saatiin haastatteluissa avoimia vastauksia. Haastattelujen jälkeen tulokset dokumentoitiin word tekstinkäsittelyohjelmaan. Tarkemmassa analysivaiheessa vastaukset ryhmiteltiin teemoittain excel taulukonkäsittelyohjelmassa. Vastaukset teemoittain on esitelty taulukossa 1 alla.

Osaamisen kehittämisen sisällölliset tarpeet	Osaamisen kehittämisen tavat
<i>Palliativinen hoitotyö</i>	<i>Koulutus</i>
Psykososiaalinen tuki	Koulutukset
Kokonaisvaltainen hoito	Aihekohtaiset tietoiskut
Vuorovaikutustaidot, kohtaaminen	Lääkäriluennot
Vaativat hoitosuhteet	Muut erityisosajien luennot, esimerkiksi farmaseuttiluennot
Kuoleman ymmärrys	
Palliativisen erityistason osaaminen	
Palliativiset akuuttitilanteet	

<p>Kokonaisvaltainen kärsimys</p> <p>Lääkkeettömät oirehoidon menetelmät</p> <p>Syöpätautien osaaminen</p> <p>Hoitolinjat ja rajaukset</p>	
<p><i>Lääkehoito</i></p> <p>Lääkehoidon monipuolinen osaaminen</p> <p>Kivun hoito</p> <p>Palliatiiivinen sedaatio</p> <p>Läakelaskut</p> <p>Infuusiot</p> <p>Syövän lääkehoidot ja niiden sivuvaikutukset</p> <p>Farmakologia</p>	<p><i>Kokemuksellinen oppiminen</i></p> <p>Osastokokoukset</p> <p>Case työskentely</p> <p>Tiimikeskustelut</p> <p>Kokemuksen kautta oppiminen</p> <p>Tiimin osaamisen hyödyntäminen, osaamis-kartoitus</p> <p>Toisille opettaminen</p>
<p><i>Kliininen osaaminen</i></p> <p>Toimenpiteet, kuten ascitespunktio</p> <p>Lääkeannostelureitit kuten laskimoportit</p> <p>Lääkintälaiteosaaminen</p>	<p><i>Itsenäinen opiskelu</i></p> <p>Itsenäiselle opiskelulle tietty aika kuukau- dessa</p> <p>Oppiporttikurssit</p>
	<p><i>Työnohjaus</i></p>
	<p><i>Perehdytys</i></p> <p>Uusien työntekijöiden perehdytys</p> <p>Perehdytys uusiin asioihin</p>

Taulukko 1: Osaamisen kehittämisen sisällölliset tarpeet ja tavat

Osaamisen kehittämisen sisällölliset tarpeet ryhmiteltiin kolmeen teemakohtaiseen kokonaisuuteen: *palliatiiivinen hoitotyö, lääkehoito ja kliininen osaaminen*. Selkeästi tärkeimmäksi kehittämistarpeeksi nousi palliatiiivisen hoitotyön kehittäminen ja sen alla psykososiaalisen

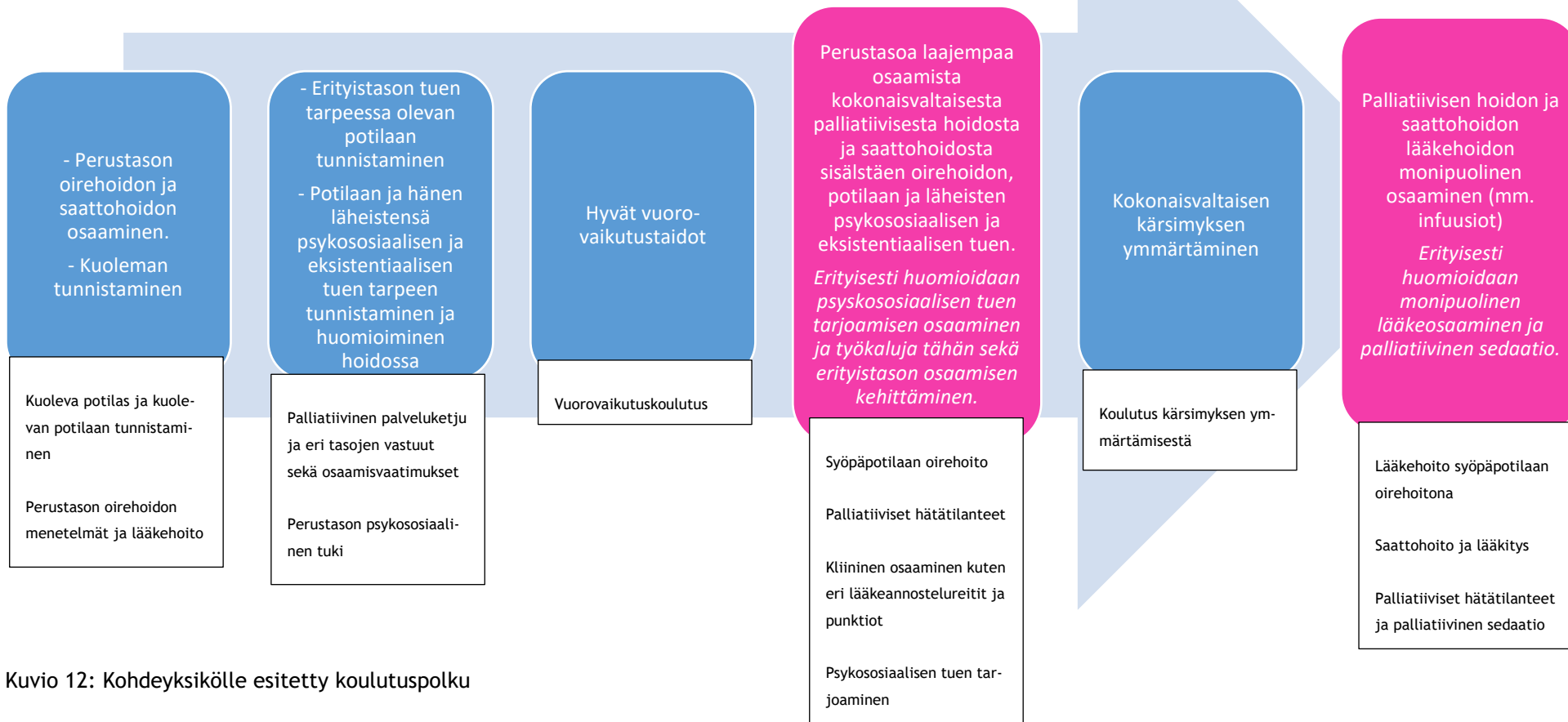
tuen osaamisen kehittäminen. Suurin osa vastaajista koki tarpeita kehittää osaamistaan etenkin psykososiaalisen tuen tarpeen antamisessa ja tarvitsevansa työkaluja tähän. Vastaajat kokivat myös, että erityisesti erityistason palliatiivisen hoitotyön osaamista tulisi kehittää, kun perustason oirehoidon ja saattohoidon osalta osaamisen koettiin olevan hyvällä tasolla. Usea vastaaja koki tarvitsevansa osaamisen kehittämistä myös lääkehoitoon liittyvässä osaamisessa. Etenkin korostui lääkehoidon monipuolisen osaamisen tarve, syvempi ymmärrys palliatiivisessa hoitotyössä käytettävistä lääkkeistä sekä palliatiivisen sedaation koulutus tarve.

Osaamisen kehittämisen tavat ryhmiteltiin viiteen teemakohtaiseen kokonaisuuteen: *koulutus, kokemuksellinen oppiminen, itsenäinen opiskelu, työnohjaus ja perehdytys*. Oppimisen tavoissa korostui selkeästi toive lisä- tai täydennyskoulutuksesta. Kaikki vastaajat esittivät oppimisen tavaksi koulutusta kuten koulutuspäivät, luennot tai tietoisut. Osa vastaajista toi myös esiin kokemuksellisen oppimisen merkityksen ja toivoivat esimerkiksi systemaattisempaa case läpikäyntejä ja enemmän tiimin sisäistä keskustelua palliatiivisten potilaiden hoidosta. Muutama vastaajista myös mainitsi itsenäisen opiskelun, työnohjauksen ja perehdytyksen tapoina lisätä ja kehittää osaamista.

6.3 Palliatiivisen hoidon koulutuspolku

Yhtenä tämän kehittämistyön tavoitteena oli luoda kohdeorganisaatiolle palliatiivisen hoitotyön kehittämiseen tähtäävä koulutuspolku, joka perustuu sekä valtakunnallisiin palliatiivisen hoidon suosituksiin että tämän kehittämistyön tuloksiin. Kohdeyksikkö toimii palliatiivisen hoidon erityistason toimijana, joten osaamisvaatimuksina yksikössä ovat sekä perustason osaamisen että erityistason osaamisen hallinta. Alla on kuvattu koulutuspolku perustuen suositusten keskeisiin osaamistavoitteisiin yhdistettynä tämän selvityksen tuloksiin eli kohdeyksikön erityispiirteet ja tarpeet huomioiden.

Koulutus, kokemuksellinen oppiminen, itsenäinen opiskelu, työnohjaus ja perehdytys.



Kuvio 12: Kohdeyksikölle esitetty koulutuspolku

Kohdeyksikölle esitetystä koulutuspolusta eri osiot koostuvat valtakunnallisen palliatiivisen hoidon suosituksen keskeisistä osaamistavoitteista sekä tämän selvityksen perusteella tehdyistä huomioista kohdeyksikön omista tarpeista. Koulutuspolussa on pinkillä värillä korostettu etenkin niitä teemoja, jotka kehittämistyön selvityksen perusteella kohdeyksikössä kaipaavat kehittämistä. Näissä kohdissa on kursivilla lisätty selvityksen perusteella huomioitua kohdeyksikön erityistarpeita eli psykososiaalisen tuen tarjoamisen koulutus sekä lääkehoidon monipuolinen osaaminen. Kuviossa on kuvattu eri teemojen alle tarkemmin minkälaista koulutussisältöä voisi ajatella eri teemojen alle ja mikä osaamisvaatimusten ja kehittämistyön perusteella olisi kohdeyksikössä hyödyksi.

Esitetty koulutuspolku tulisi jatkossa sisällyttää yksikön normaaliin koulutustoimintaan, lisäämällä nämä koulutussisällöt yksikön vuosittaiseen koulutussuunnitelmaan. Koulutuspolku ja kehittämistyön tulokset olisi hyvä esitellä yksikössä, mutta myös organisaation hoitotyön johdolle ja sitouttaa heidät osaamisen kehittämiseen koulutuspolun mukaisesti.

7 Pohdinta

7.1 Johtopäätökset

Kehittämistyön tavoitteena oli selvittää kohdeyksikön hoitohenkilökunnan palliatiivisen erityistason osaamisen nykytilaa henkilökunnan itsearvioimana sekä osaamisen kehittämisen tarpeita. Lisäksi kehittämistyön tavoitteena oli luoda koulutuspolku kohdeyksikölle valtakunnallisten suositusten sekä selvityksen tulosten perusteella.

Tutkimuskysymykseen *1. Millainen on kohdeyksikön hoitohenkilökunnan tämän hetken osaamisen taso palliatiivisen hoidon ja saattohoidon erityistason vaatimusten näkökulmasta?* haettiin vastausta haastatteleamalla hoitohenkilökuntaa. Haastattelussa henkilökunta itse arvioi omaa osaamistaan keskeisten osaamistavoitteiden näkökulmasta. Haastattelu antoi hyvän kuvan hoitohenkilökunnan tämän hetken osaamisen tasosta henkilökunnan itsearvioimana. Käytännössä henkilökunta arvioi perustason osaamisen olevan hyvällä tasolla, kun taas erityistason osaamisessa edelleen on kehitettävää.

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osalta Suomessa ja Euroopassa on jo pitkään laadittu ohjeistuksia hyvän palliatiivisen hoidon ja saattohoidon takaamiseksi. Vuonna 2017 julkaistun raportin mukaan Saarto asiantuntijatyöryhmineen kuitenkin tunnisti esimerkiksi osaamisen kehittämisen toteutuneen heikosti. Osaamisen kehittäminen nostettiin tärkeäksi tavoitteeksi kansallisesti kaikilla palliatiivisen hoidon tasoilla. Erityisosaamisen saatavuutta painotettiin kuten myös psykososiaalisen tuen tarvelähtöistä ja yhdenvertaista saatavuutta myös kotisaattohoidossa. (Saarto 2017, 12.) Valtakunnallisessa kehittämisessä ja tässä selvityksestä esiintyi

samat teemat ja samat kehittämistarpeet selvästi keskeisinä, kuten erityistason osaamisen vahvistaminen ja psykososiaalisen tuen tarjoamiseen tarvittavien työkalujen parempi hallinta.

Tutkimuskysymyksiin 2. *Mitä osaamista kohdeyksikössä tulisi kehittää, jotta voidaan vastata ministeriön osaamisvaatimukseen?* ja 3. *Millä tavoin osaamista voidaan lisätä kohdeyksikössä erityistason osaamisen kehittämiseksi?* haettiin vastauksia niin ikään haastattelemalla kohdeyksikön hoitohenkilökuntaa. Näihin kysymyksiin vastattiin avoimilla vastauksilla. Vastaajilta selvisi tarve kehittää edelleen erityistason palliatiivista osaamista, psykososiaalisen tuen osaamista sekä lääkehoidon monipuolista osaamista. Etenkin psykososiaalisen tuen ja kohtaamisen osa-alueet nousivat voimakkaasti esiin kehittämistä vaativina alueina. Mielenkiintoista oli se, että kovin suuri osuus henkilökunnasta arvioi lääkehoidon osaamisen hyvälle tasolle, 69,2 %, mutta kuitenkin usean vastaajan vastauksissa korostui myös tarve lääkehoidon osaamisen kehittämiseksi. Oppimisen tavoissa korostui formaalin koulutuksen tarve ja merkitys osaamisen kehittämisessä. Pieni osa vastaajia toivat kuitenkin myös esiin muita osaamisen kehittämisen tapoja kuten kokemuksellinen oppiminen, työnohjaus, itsenäinen opiskelu ja perehdytys. Sekä Huotari (2009, 45) että Lammintakanen & Rissanen (2017, 251) korostivat vuorovaikutuksellisen oppimisen ja kokemuksellisen oppimisen tärkeyttä osaamisen johtamisessa. Saarto (2019b) asiantuntijatyöryhmineen korostivat etenkin palliatiivisen hoitotyön osaamisen osalta kokemuksellista näkökulmaa ja riittävää kokemusta osaamisen varmistamiseksi. Tässä kehittämistyössä kohdeyksikön henkilökunnan näkemyksen mukaan etenkin koulutus ja luennot nousivat tärkeimmiksi osaamisen kehittämisen tavoiksi. Tämä kuvastanee Huotarin (2009, 95) näkemystä siitä, että terveydenhuollossa osaamisen kehittäminen edelleen perustuu pitkälti formaaliin koulutukseen, vaikka nykypäivänä myös muut osaamisen kehittämisen tavat ovat nousemassa tärkeään osaan osaamisen kehittämisessä ja osaamisen johtamisessa. Teorioissa ja kirjallisuudessa korostuvat organisaation rooli avoimuuden ja vuorovaikutuksellisuuden luojana, jotta kokemuksellinen oppiminen mahdollistuu. Näin ollen tämä on huomioita etenkin yksikön johtamisessa ja osaamisen johtamisessa, jotta yksikössä luodaan otollinen ilmapiiri myös kokemukselliselle oppimiselle.

7.2 Luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetöiden luotettavuutta arvioitaessa otetaan huomioon esimerkiksi käytettyjen käsitteiden yhteys tutkimustekstiin, tutkimusaineistoon ja teoreettisiin johtopäätöksiin sekä tulosten tarkkuus ja tuotosten yhteys opinnäytetyöprosessiin. Luotettavuutta arvioitaessa tulisi pystyä erottelamaan aineiston luotettavuus, johtopäätösten luotettavuus sekä tutkimustekstin luotettavuus. (Vilka 2021, 185.)

Haastatteluun osallistui 13/15 henkilökunnasta, jonka voidaan todeta vastaavan hyvin koko tutkittavaa yhteisöä. Kehittämistyön tekijä on koko prosessin läpi pyrkinyt järjestelmälliseen ja johdonmukaiseen työskentelyyn kehittämistyön luotettavuuden varmistamiseksi. Erityistä

huolellisuutta oli noudatettava haastatteluvastausten dokumentoinnissa, sillä aiemmasta suunnitelmasta poiketen haastattelut dokumentoitiin paperille eikä nauhoitettu. Näin ollen itse haastatteluun ei ole ollut mahdollista palata myöhemmässä vaiheessa. Kehitystyön tekijä kirjasi muistiinpanot mahdollisimman huolellisesti, jotta niissä ei myöhemmässä vaiheessa ilmeneisi epäselvyyksiä tai tulkinnanvaraa. Tiedot syötettiin huolellisesti tietokoneelle paperimuistiinpainoista. Haastatteluista saatu aineisto oli suhteellisen pieni ja vastaukset pääsääntöisesti kovin selkeitä ja yksiselitteisiä, joten nauhoituksen puute ei luultavasti haitannut aineiston hallintaa.

Kysymyksenasettelu kehittämistyössä oli tarkoituksenmukaisesti määritelty ja nivoutui vahvasti valtakunnallisten palliatiivisen hoidon osaamistavoitteiden kontekstiin, mikä myös vaikutti haastatteluiden sisältöön. Täsmällisyys ja kontekstisidonnaisuus vaikuttivat siihen, että analysoitavaa aineistoa ei muodostunut haastatteluista kovin paljoa. Haastatteluista saatu aineisto vastasi kuitenkin hyvin tutkimuskysymyksiin ja tutkimuksen tavoitteisiin. Tuloksista on selkeästi havaittavissa erityinen tarve psykososiaalisen tuen antamiseen liittyvän osaamisen kehittämiseen sekä lääkehoidon monipuolisen osaamisen kehittämiseen. Henkilökunnan näkökulmasta muodollinen koulutus on oppimisen tavoista selkeästi tärkein. Tuloksista oli mahdollista luoda kohdeyksikölle tavoitteen mukaisesti koulutuspolku, joka on kuvattuna alaluvussa 7.3.

Haastatteluissa käytettiin apuna valtakunnallisten palliatiivisen hoidon suositusten keskeisiä osaamistavoitteita. Tuloksiin voi vaikuttaa myös haastateltavien tulkinnat osaamistavoitteista. Kaikkia keskeisiä osaamistavoitteita ei ollut aukikirjoitettu seikkaperäisesti, jolloin myös osaamistavoitteen tarkasta määritelmästä tulee tulkinnanvarainen. Henkilökunta on työskennellyt palliatiivisen hoitotyön parissa vähintään kolme kuukautta, joten voidaan olettaa, että määritelmät pääsääntöisesti ovat kuitenkin vastaajille tuttuja.

Tulosten luotettavuuden arvioinnissa on syytä huomioida erityisesti kehittämistyön tekijän asema suhteessa osallistujiin eli lähiesimiesrooli. Jo tutkimuksen eettisyydenkin näkökulmasta kehittämistyön tekijä pyrki olemaan koko tutkimuksen ajan täysin objektiivinen. On kuitenkin aina mahdollista, että tämä asetelma vaikuttaa vastaajien vastauksiin haastatteluissa, mikä on syytä huomioida. Kehittämistyön tekijän rooli kontekstissa myös osaltaan vaikuttaa siihen, että tekijällä on oletettavasti hyvin tarkka oma käsitys tutkittavasta aiheesta. Tutkimuksen ajan kehittämistyön tekijän on pidettävä mielensä avoimena saadulle aineistolle ja reflektoida omia päätelmiään siitä näkökulmasta, onko omat käsitykset saattaneet vaikuttaa kysymyksenasetteluun tai aineiston analyysiin ja tuloksiin.

Huomioitavaa on, että selvityksen tulokset kuvastavat ainoastaan tämän hetken tilannetta etenkin henkilökunnan itsearvioinnin osalta ja tulevaisuudessa voi olla, että kohdeyksikössä korostuu aivan eri osaamisen kehittämisen erityistarpeet. Itsearviointiin perustuvat erityiset

osaamisen kehittämistarpeet eivät ole suoraan yleistettävissä muihin yksiköihin vaan kuvaavat ennen kaikkea kohdeyksikön tämän hetken tilannetta. Kuitenkin luotu koulutuspolku on pääpiireiltään kovin yleisluonteinen, joten sen hyödyntäminen kohdeyksikössä ja myös muissa palliatiivisen hoidon yksiköissä jatkossa lienee täysin mahdollista, ottaen huomioon sen, että myös valtakunnallisessa työskentelyssä on usein nousseet samat teemat kehittämistarpeiksi.

Kohdeyksikön tunnistettavuuden välttämiseksi opinnäytetyössä ei ole kuvattu tarkemmin kohdeyksikköä tai sen toimintaympäristöä kohdeorganisaation toiveiden mukaisesti.

Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti toteutettu tutkimus on eettisesti hyväksyttävä ja luotettava sekä sen tulokset uskottavia. Tutkimus tulee tehdä huolellisuutta, tarkkaavaisuutta ja rehellistä toimintatapaa noudattaen. Tulosten julkaisussa noudatetaan avoimuuden periaatetta ja vastuullista viestintää. (Varantola, Launis, Helin, Spoof & Jäppinen 2013, 18.) Kehittämistehtävän tekijä on pyrkinyt noudattamaan erityistä huolellisuutta koko prosessin ajan, etenkin huomioiden haastatteluaineiston dokumentointi ja analysointi tulosten oikeellisuuden varmistamiseksi.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön liittyy asianmukainen tutkimusluvan hankkiminen ennen tutkimuksen tekoa (Varantola ym. 2013, 18). Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tutkimuslupa (liite 1) haettiin kohdeorganisaation ohjeita noudattaen tutkimussuunnitelman hyväksymisen jälkeen. Kohdeorganisaation ohjeen mukaan ei eettisen toimikunnan lausuntoa tarvita, ellei tutkimus kohdistu terveys- ja sairastietoihin, eli tähän kehittämistyöhön ei haettu erillistä eettisen toimikunnan lausuntoa. Organisaatio myönsi tutkimusluvan keväällä 2021.

Jakobsenin (2007, 21) mukaan tutkimusta tehtäessä on etenkin kolme eettistä vaatimusta, joihin tulisi vastata: tutkittavien tietoinen suostumus tutkimukseen, yksityisten tietojen suojaaminen ja haastattelulta saadun tiedon raportointi oikein. Haastatteluun osallistuminen oli henkilökunnalle täysin vapaaehtoista. Tiedot tutkimuksesta ja sen tavoitteista annettiin henkilökunnalle etukäteen kirjallisena sähköpostitse sekä tulosteena ja pyydettiin heidän suostumuksensa osallistumiseen liitteenä 1 olevien saatekirjeen ja suostumuslomakkeen avulla. Sähköinen aineisto säilytettiin tietokoneella käyttäjätunnuksella ja salasanalla suojattuna ja paperiaineisto lukitussa tilassa, kunnes aineisto hävitetään kehittämistyön valmistuttua. Aineiston analyysissä ja sen raportoinnissa pyrittiin noudattamaan erityistä huolellisuutta, jotta varmistetaan tiedon oikeellisuus. Vastaajilta ei kerätty esitietoja tai muita tunnistetietoja, joten yksittäisen vastaajan tunnistaminen raportoinnista ei ole todennäköistä. Vastaajille muistutettiin vielä haastattelun alussa, että osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja haastattelun voi keskeyttää milloin tahansa haastattelun aikana ilman kerrottua syytä.

Kehittämistyön tekijä on osallistujien lähiesimies ja työskentelee kohdeyksikössä. Tekijän läheinen suhde kohdeyksikköön ja kohdeyksikön tuntemus saattavat vaikuttaa tutkimuksen tavoitteen määrittelyyn ja tulosten raportointiin. Tekijällä on saattanut olla vahvakin ennakkokäsitys tutkittavasta aiheesta ja sen tilasta kohdeyksikössä, joten koko prosessin ajan kiinnitettiin erityistä huomiota kehittämistyön tekijän objektiivisuuteen.

7.3 Lopuksi

Kansallisesti on tunnistettu tarve kehittää palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamista kaikilla palliatiivisen hoidon tasoilla. Tutkintoon johtavassa koulutuksessa terveydenhuollossa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon sisältö on hyvin pienimuotoista ja muodollisia erikoistumisopintoja on etenkin sairaanhoitajille ollut tarjolla vasta aivan viime vuosina. (Saarto 2017, 11-12). Valtakunnallisessa suosituksessa korostetaan etenkin erityistason ja vaativan erityistason osalta henkilökunnan erityisosaamista palliatiivisen hoidon saralta ja suoritettuja muodollisia erikoistumisopintoja (Saarto 2019b, 26). Koska opintoja on ollut tarjolla vasta vähän aikaa, on hyväksyttävä tietty siirtymäaika ennen, kun suositusten mukaisiin koulutusvaatimuksiin pystytään kentällä vastaamaan. Koska kuitenkin osaamisen kehittämisen suuri tarve on tunnistettu, on tärkeää erikoistumisopintojen suorittamisen rinnalla mahdollistaa yksiköissä koko henkilökunnan osaamisen kehittäminen ja siitä syystä kehittämistyön tulokset ja tuotos ovat kohdeyksikölle tärkeitä. Jatkokehittämisen näkökulmasta olisi tärkeä määritellä vielä tarkemmin konkreettinen sisältö eri osa-alueiden koulutukselle ja yksikössä määritellä mitkä osiot toteutetaan luentojen tai koulutuksen avulla ja toisaalta millä tavoin kokemuksellisen oppimisen keinoja hyödynnetään aiempaa systemaattisemmin sekä huomioida johtamisessa myös otollinen ympäristö kokemukselliselle oppimiselle.

Palliatiivisen hoidon tarkempia laatukriteerejä työstetään parhaillaan kansallisesti ja näillä näkymin kriteerit julkaistaan loppuvuodesta 2021. Siitä näkökulmasta jatkokehittämisen aiheita on palliatiivisen hoitotyön kehittämisen osalta jatkossa runsaasti niin osaamisen kehittämisen, kun muunkin laatutyön näkökulmasta.

Lähteet

Painetut

Jacobsen, D. 2007. Förståelse, beskriving och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete. Lund: Studentlitteratur.

Laaksonen, H. & Ollila, S. 2017. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.

Ranta, I. 2015. Laadullisen aineiston analyysi tietokoneella. Teoksessa Valli, R. & Aaltola, J. (Toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS Kustannus.

Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.). 2017. Sosiaali- ja terveystoiminta. Helsinki: Sanoma Pro.

Vilka, H. 2021. Näin onnistut opinnäytetyössä. Ratkaisut tutkimuksen umpikujiin. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Sähköiset

EduPal-hanke 2020. Palliatiivisen koulutuksen kehittäminen. Viitattu 17.11.2021. <https://www.palliatiivisenkoulutuksenkehittaminen.fi/>

EduPal-hanke. Perustietoa hankkeesta. Viitattu 28.11.2021. <https://www.palliatiivisenkoulutuksenkehittaminen.fi/perustietoa-hankkeesta/>

ETENE. 2003. Saattohoito - Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. Viitattu 17.11.2021. <https://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a>

Huotari, P. 2009. Strateginen osaamisen johtaminen kuntien sosiaali- ja terveystoimissa. Neljän kunnan sosiaali- ja terveystoimen esimiesten käsityksiä strategisesta osaamisen johtamisesta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 18.11.2021. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/66430/978-951-44-7596-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kivinen, T. 2008. Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Knowledge Management in Health Care Organizations. Väitöskirja. Kuopion yliopistossa. Viitattu 14.12.2021. <http://www.oppi.uef.fi/uku/vaitokset/vaitokset/2008/isbn978-951-27-1068-3.pdf>

Käypä hoito - suositukset - Palliatiivinen hoito ja saattohoito. 2019. Viitattu 18.11.2021. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063#readmore>

Ollila, S. 2006. Osaamisen strategisen johtamisen hallinta sosiaali- ja terveysalan julkisissa ja yksityisissä palveluorganisaatioissa. Johtamisosaamisen ulottuvuudet työnohjauksellisena näkökulmana. Väitöskirja. Vaasan yliopisto. Viitattu 18.11.2021. https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/7778/isbn_952-476-129-7.pdf?sequence=1

Ollila, S. 2004. Sosiaali- ja terveysalan julkisissa ja yksityisissä palveluorganisaatioissa osaamisen strateginen johtaminen etsii omaa linjaansa - johtamisen osaamista tukee hallinnollinen

työnohjaus. Hallinnon tutkimus 23(4), 29-40. Viitattu 14.12.2021. <https://elektra.helsinki.fi/se/h/0359-6680/23/4/sosiaali.pdf>

Saarto, T & Finne-Soveri, H ym. 2019a. Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68. Viitattu 18.11.2021. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161946/STM_2019_68_Rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Saarto, T & Finne-Soveri, H ym. 2019b. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:14. Viitattu 18.11.2021. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R_14_19_Palliatiivisen_hoidon_ja_saattohoidon_tila.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Saarto, T. 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44. Viitattu 18.11.2021. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliatiivisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf>

Pihlainen, A. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemisen perustuvat saattohoitosuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. Viitattu 17.11.2021. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71949/URN%3ANBN%3Afi-fe201504225791.pdf?sequence=1>

Salin, S.; Melender, H-L.; Lehto J. T. & Hökkä, M. 2021. Asiantuntijoiden näkemyksiä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämis- ja tutkimustarpeista. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 28, 143-157. Viitattu 14.12.2021. https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/135738/Asiantuntijoiden_n_kemyksi_palliatiivisen_hoidon_ja_saattohoidon.pdf?sequence=1

STM. 2020. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Viitattu 17.11.2021. <https://stm.fi/saattohoito>

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2010/1326. Viitattu 17.11.2021. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L6P47>

Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä. 582/2017. Viitattu 17.11.2021. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170582>

Varantola, K.; Launis, V.; Helin, M.; Spoof, S. & Jäppinen S. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu 21.11.2021. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Viitala, R. 2002. Osaamisen johtaminen esimiestyössä. Väitöskirja. Vaasan yliopisto. Viitattu 14.12.2021. https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/7813/isbn_951-683-987-8.pdf?sequence=1

WHO. 2021. Quality health services and palliative care: practical approaches and resources to support policy, strategy and practice. Viitattu 14.12.2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240035164>

Kuviot

Kuvio 1: Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli	11
Kuvio 2: Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon keskeiset osaamisvaatimukset	13
Kuvio 3: Kehittämistyön aikataulu.....	15
Kuvio 4: Perustason oirehoidon ja saattohoidon osaaminen	21
Kuvio 5: Lähestyvän kuoleman tunnistaminen	21
Kuvio 6: Erityistason tuen tarpeessa olevan potilaan tunnistaminen.....	22
Kuvio 7: Psykososiaalisen ja eksistentiaalisen tuen tarpeen tunnistaminen.....	22
Kuvio 8: Vuorovaikutustaidot.....	23
Kuvio 9: Erityistason palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaaminen.....	24
Kuvio 10: Kokonaisvaltaisen kärsimyksen ymmärtäminen.....	24
Kuvio 11: Lääkehoidon monipuolinen osaaminen.....	25
Kuvio 12: Kohdeyksikölle esitetty koulutuspolku	28

Taulukot

Taulukko 1: Osaamisen kehittämisen sisällölliset tarpeet ja tavat	26
---	----

Liitteet

Liite 1: Tutkimuslupa.....	3838
Liite 2: Saatekirje ja suostumuslomake	39
Liite 3: Puolistrukturoitu haastattelurunko	381

Liite 1: Tutkimuslupa

25.2.2021

Tutkijan työpöytä

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPUOLUSTUS

Päätös tutkimusluvasta

Opinnäytetyön tekijä / tekijät: Uutinen Lotte-Marie
 Yliopisto / amk: Laurea AMK
 Opinnäytetyön nimi: Palliativisen hoidon ja saattohoidon erityistason osaamisen kehittäminen [REDACTED] palliativisessa keskuksessa
 HUS tutkimuksen vastuhenkilö: [REDACTED]
 Opinnäytetyön ohjaaja / ohjaajat: [REDACTED]

Tutkimuksen suorituspaikka

25/02/2021

Aineisto Potilaat/Omaiset, Lukumäärä:
 Henkilökunta, Lukumäärä: 15
 Asiakirjat/Rekisterit, Lukumäärä:
 Muu, mikä, Lukumäärä:

Tutkimusmenetelmät Haastattelu

Tutkimuslupa myönnetään edellyttäen, että tutkimusluvan saaja toimittaa tutkimuksen valmistuttua raportin tutkimusluvan myöntäjälle (R-lomake)

Muut ehdot:

Tutkimusluvan alkamispäivä: 25.02.2021
 Tutkimusluvan päättymispäivä: 31.12.2021
 Tutkimusluvan hyväksyjä: [REDACTED]
 Hyväksyjän tulosyksikkö: [REDACTED] Sairaanhoidon johto
 Hyväksyjän toimi: sairaanhoidon johtaja

Tutkimusluvan myöntämiseen liittyvät asiakirjat on tallennettu Tieteellisen tutkimuksen rekisteriohjelmaan (Tietu).

Liite 2: Saatekirje ja suostumuslomake

**SAATEKIRJE JA SUOSTUMUSLOMAKE HAASTATTELUUN OSALLISTUVILLE**

Hei!

Olen sote-alan (Johtaminen ja kehittäminen sosiaali- ja terveysalan muutoksessa) ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opiskelija Laurea-ammattikorkeakoulussa. Osana opintoihini kuuluu 30 opintopisteen laajuinen opinnäytetyö. Olen valinnut opinnäytetyöaiheeksi hoitohenkilökunnan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon erityistason osaamisen kehittämisen HUS Porvoon sairaalan Palliatiivisessa keskuksessa. Opinnäytetyössä osaamisen kehittäminen on rajattu koskemaan hoitohenkilökuntaa tämän ollessa suurin henkilökuntaryhmä. Opinnäytetyössä kartoitetaan HUS Porvoon sairaalan palliatiivisen keskuksen kotisairaalan nykytilaa erityistason osaamisen näkökulmasta hoitohenkilökunnan itsearvioimana, selvitetään hoitohenkilökunnan osaamisen kehittämisen tarpeet ja suositusten sekä selvityksen perusteella luodaan HUS Porvoon sairaalan palliatiivisen keskuksen kotisairaalle koulutuspolku, jonka avulla hoitohenkilökunnan osaamista voidaan kehittää.

Aineisto kehittämistyössä kerätään hoitohenkilökuntaa haastatteleamalla. Haastattelut nauhoitetaan osallistujien luvalla. Aineisto analysoidaan sisällönanalyysillä eli teemoittelemalla. Tulokset raportoidaan opinnäytetyönä, joka on julkisesti saatavilla. Aineiston analyysissä ja sen raportoinnissa noudatetaan erityistä huolellisuutta, jotta yksittäisten vastaajien tiedot eivät raportista käy ilmi. Aineistoa hyödynnetään ainoastaan tämän opinnäytetyön kirjallisessa raportissa ja hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Aineisto säilytetään raportin kirjoittamisen ajan niin, että ulkopuolisilla ei ole aineistoon pääsyä. Haastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista eikä kieltäytyminen vaikuta työsuhteeseesi. Osallistumisen voi keskeyttää koska vain prosessin aikana mutta haastattelussa keskeyttämiseen asti kerättyä tietoa voidaan käyttää osana aineistoa.

Opinnäytetyön tekijä

Lotte-Marie Uutinen

lottemarie.uutinen@gmail.com

0408203599

SUOSTUMUS OSALLISTUMISESTA HAASTATTELUUN

Olen tietoinen ja ymmärrän opinnäytetyön tarkoituksen ja miten tulen osallistumaan siihen itse. Tiedostan sen, että osallistumiseni on vapaaehtoista. Olen tietoinen siitä, että kerättyä aineistoa hyödynnetään ainoastaan tämän opinnäytetyön raporttia varten ja, että opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Olen myös tietoinen, että minua ei voi tunnistaa kerätystä aineistosta. Suostun osallistumaan kehittämistyöhön kevään 2021 aikana. Tiedän, että voin keskeyttää osallistumiseni koska vain ilman että siitä koituu minulle seuraamuksia.

Päiväys

Tutkittavan allekirjoitus

Palliatiivisen ja saattohoidon erityistason osaamisen kehittäminen erikoissairaanhoidon palliatiivisessa yksikössä

Puolistrukturoitu haastattelu

1. Itsearviointi perustason palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta
 - a. Perustason oirehoito ja perustason saattohoito.
 - b. Kuolemaan johtavan sairauden tunnistaminen.
 - c. Erityistason tuen tarpeessa olevan potilaan tunnistaminen.
 - d. Potilaan ja hänen läheistensä psykososiaalisen ja eksistentiaalisen tuen tarpeen tunnistaminen ja huomioiminen hoidossa.
 - e. Hyvät vuorovaikutustaidot.
(Saarto & Finne-Soveri y, 2019a, 180.)

Vastausten muoto: asteikolla hyvä - kohtalainen - kehitettävä

2. Itsearviointi erityistason palliatiivisen ja saattohoidon osaamisesta
 - a. Perustasoa laajempaa osaamista kokonaisvaltaisesta palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta sisältäen oirehoidon, potilaan ja läheisten psykososiaalisen ja eksistentiaalisen tuen.
 - b. Kokonaisvaltaisen kärsimyksen ymmärtäminen.
 - c. Hyvät vuorovaikutustaidot.
 - d. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon lääkehoidon monipuolinen osaaminen (mm. lääkeinfuusiot).
(Saarto & Finne-Soveri y, 2019a, 180.)

Vastausten muoto: asteikolla hyvä - kohtalainen - kehitettävä

3. Erityiset osaamisen kehittämisen sisällölliset tarpeet

Vastausten muoto: avoimet vastaukset

4. Osaamisen kehittämisen tavat

Vastausten muoto: avoimet vastaukset