



Anniina Tohmola, Petra Auramo, Pirjo Kaakinen, Annamarja
Lamminmäki, Juho Lehto, Katja Muurinen, Mira Rajala & Minna Hökkä

Palliatiivisen hoidon osaaminen sairaanhoitajien ja lääkäreiden kuvaamana



Tekijät

Tohmola, Anniina, TtT, lehtori, Tulevaisuuden terveystieteiden palvelut, Lapin ammattikorkeakoulu

Auramo, Petra, TtK, TtM-opiskelija, Turun yliopisto

Kaakinen, Pirjo, TtT, dosentti, Lääketieteen tekniikan ja Terveystieteiden tutkimusyksikkö, Oulun yliopisto

Lamminmäki, Annamaria, LT, syöpätautien erikoislääkäri, palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta, lääketieteen laitos ja Kuopion yliopistollinen sairaala

Lehto, Juho, LT, palliatiivisen lääketieteen professori Tampereen yliopisto, lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta ja TAYS, Palliatiivinen keskus

Muurinen, Katja, TtM, lehtori, Tampereen ammattikorkeakoulu

Rajala, Mira, TtM, Yliopisto-opettaja, väitöskirjatutkija, Lääketieteen tekniikan ja Terveystieteiden tutkimusyksikkö, Oulun yliopisto

Hökkä, Minna, TtT, erityisasiantuntija, Diakonia ammattikorkeakoulu

Metatiedot

Tyyppi: Monografia

Julkaisija: Lapin ammattikorkeakoulu Oy

Julkaisuvuosi: 2023

Sarja: Pohjoisen tekijät - Lapin ammattikorkeakoulun julkaisuja 39/2023

ISBN: 978-952-316-505-2 (pdf)

ISSN: 2954-1654 (verkkajulkaisu)

URL-linkki: <https://pohjoisenteijjat.fi/2023/12/21/palliatiivisen-hoidon-osaaminen-sairaanhoitajien-ja-laakarieren-kuvaamana/>

Oikeudet: CC BY 4.0

Kieli: suomi

©Lapin ammattikorkeakoulu ja tekijät

Tiivistelmä

Palliativisen hoidon kasvava tarve tunnetaan maailmanlaajuisesti hyvin. Tämä korostaa palliativisen hoidon asianmukaisen pätevyyden varmistamista sairaanhoitajille ja lääkäreille perustutkinto- ja erikoistumiskoulutuksessa. Koulutuksen kehittämiseksi on tarpeen tehdä tutkimusta eri tasoilla tarvittavista palliativisen hoidon osaamisesta.

Vuosina 2018-2021 toteutetun EduPal-hankkeen tavoitteina oli 1) selvittää palliativisen hoidon opetuksen nykytila hoitotyön ja lääketieteen koulutuksissa, 2) laatia moniammatillisesti työelämän asiantuntijoiden kanssa hoitotyön ja lääketieteen osaamisen kuvaukset palliativisen hoidon perustasolle (A) ja erityistasoille (B/C), 3) laatia valtakunnalliset suositukset palliativisen hoidon opetusohjelmista hoitotyön ja lääketieteen perusopetukseen sekä 4) luoda yhtenäiset valtakunnalliset suositukset palliativisen hoitotyön ja lääketieteen erikoistumiskoulutuksiin, 5) kehittää moniammatillista koulutusta, TKI-toimintaa ja korkeakouluopettajien palliativisen hoidon osaamista.

Tämän laadullisen, kuvailevan tutkimuksen kohderyhmänä oli palliativisen hoidon asiantuntijat (n = 193); palliativisessa hoidossa työskentelevät sairaanhoitajat (n = 129) ja palliativisen hoidon erityispätevyydlääkärit (n = 64). Aineisto kerättiin avoimia kysymyksiä sisältävällä kyselylomakkeella ja analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä kymmenestä eri osa-alueesta.

Tuloksena saatiin laaja kuvaus palliativisen hoidon perus- ja erityistasolla vaadittavasta sairaanhoitajien ja lääkäreiden osaamisesta. Tulokset tarjoavat kansainvälisesti vertailukelpoisia suosituksia palliativisen hoidon toteutukseen sekä hoitotyön ja lääketieteen opettajien osaamisen syventämiseen. Tutkimustulokset osoittivat erityisesti hoidon suunnittelun ja vuorovaikutusosaamisen sekä ohjausosaamisen ja palliativisen hoidon kehittämisen merkityksellisyyden palliativisessa hoidossa.

Palliativisen huippuosaamisen saavuttamiseksi koulutusta on lisättävä ja koulutus on kohdistettava näyttöön perustuen.

Asiasanat: osaaminen, palliativinen hoito, sairaanhoitajat, lääkärit, perustaso, erityistaso

Sisällys

Tiivistelmä.....	3
1. Johdanto.....	5
2. Hoitotyön ja lääketieteen koulutus Suomessa.....	6
3. Tutkimuksen menetelmällinen toteutus.....	8
3.1 Aineistonkeruu.....	8
3.2. Aineiston analyysi.....	8
4. Sairaanhoidtajien palliatiivisen hoidon osaaminen perus- ja erityistasolla.....	10
4.1 Hoitolinjaukset ja elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma.....	10
4.2 Kivunhoito.....	12
4.3 Oirehoito.....	14
4.4 Psykososiaalinen tuki.....	16
4.5 Eksistentiaalisuus.....	17
4.6 Vuorovaikutus.....	18
4.7 Eettisyys.....	19
4.8 Moniammatillinen tiimityö.....	21
4.9 Saattohoito.....	23
4.10 Muut osaamistarpeet.....	26
5. Lääkärien palliatiivisen hoidon osaaminen perus- ja erityistasolla.....	29
5.1 Hoitolinjaukset ja elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma.....	29
5.2 Kivunhoito.....	30
5.3 Oirehoito.....	31
5.4 Psykososiaalinen tuki.....	33
5.5 Eksistentiaalisuus.....	33
5.6 Vuorovaikutus.....	34
5.7 Eettisyys.....	36
5.8 Moniammatillinen tiimityö.....	37
5.9 Saattohoito.....	39
5.10 Muut osaamistarpeet.....	40
6. Eettisyys ja luotettavuus.....	42
7. Pohdinta ja johtopäätökset.....	43
Lähteet.....	44

1. Johdanto

Palliativisen hoidon tarve on väestöön suhteutettuna Euroopassa suurinta maailmassa johtuen muun muassa väestön ikääntymisestä ja kroonista sairautta sairastavien ihmisten kasvavasta määrästä (WHO, 2014a). Palliativinen hoito on parantumattomasti sairaan tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan ihmisen ja hänen läheisensä aktiivista, kokonaisvaltaista ja moniammatillista hoitoa. Hoidon tavoitteena on kärsimyksen ehkäiseminen ja lievittäminen sekä elämänlaadun vaaliminen kokonaisvaltaisesti. Hoidossa huomioidaan potilaan ja hänen läheisensä fyysiset, psykososiaaliset sekä spirituaaliset tarpeet. Saattohoito on osa palliativista hoitoa, joka ajoittuu oletetun kuoleman ajankohdan välittömään läheisyyteen - elämän viimeisille päiville tai viikoille. (Palliativinen ja saattohoito, Käypä hoito suositus, 2019.)

Palliativista hoitoa tarvitsee Suomessa elämän loppuvaiheessa arviolta 30 000 potilasta vuosittain. Potilaista noin 40 % on syöpää sairastavia ja 60 % sairastaa muita kroonisia sairauksia, joten palliativisen hoidon tarve muidenkin kuin syöpää sairastavien osalta on ilmeinen. (WHO, 2014a.) Nämä luvut eivät sisällä ikääntymiseen ja kroonisten sairauksien mukanaan tuomaa varhaisempaa palliativisen hoidon tarvetta. Palliativisessa hoidossa olevien potilaiden lisäksi myös heidän läheisensä tarvitsevat tukea, jos heidät lisätään näihin lukuihin hoidon ja tuen tarvitsijoiden määrä on suuri. Terveystieteiden tutkimusten mukaan noin 25 % aiheutuu viimeisen elinvuoden hoidosta. (STM, 2017.) Palliativisen hoidon tulee olla terveydenhuollon ydintoimintaa ja hoidon mahdollistaminen on kaikkien ammattilaisten velvollisuus. Hoidon tulee olla integroituneena terveydenhuollon kaikille tasoille. (WHO, 2014b.)

Palliativisen hoidon ja saattohoidon rakenteiden kehittäminen ja lisääntyvä osaamisen sekä osaajien tarve haastaa sairaanhoitajien ja lääkäreiden koulutusjärjestelmää vastaamaan muuttuvaan tilanteeseen. Tähän haasteeseen vastattiin Opetus- ja kulttuuriministeriön rahoittamassa korkeakoulutuksen kehittämisen kärkihankkeessa Palliativisen hoitotyön ja lääketieteen koulutuksen monialainen ja työelämälähtöinen kehittäminen - EduPal 1.2.2018–31.12.2021.

2. Hoitotyön ja lääketieteen koulutus Suomessa

Suomessa sairaanhoitajakoulutusta tuottaa 20 ammattikorkeakoulua (Opetus ja kulttuuriministeriö, 2022), ja viimeisen viiden vuoden sisällä (2016–2021) vuosittainen terveysalan tutkinnon suorittaneiden yhteenlaskettu määrä on ollut keskimäärin 6000 opiskelijaa (Opetushallinnon tilastopalvelu Vipunen, 2022). Sairaanhoitajakoulutus on NQF/EQF 6 -tasoinen (Cedefop, 2016; Valtioneuvoston asetus tutkintojen ja muiden osaamiskokonaisuuksien viitekehyksestä, 120/2017) ja koostuu 210 opintopisteestä, johon sisältyy 180 opintopistettä kaikille samoja perusopintoja ja 30 opintopistettä suuntaavia tai syventäviä opintoja oppilaitoksen mallin ja opiskelijan mielenkiinnon mukaisesti (Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista, 1129/2014).

Koulutus on eurooppalaisen yhteistyön tuloksena suunniteltu osaamisperustaiseksi (European Higher Education Area [EHEA], 2018; Maas-Garcia & ter Maten-Speksnijder, 2009; Patelarou ym., 2009; Råholm ym., 2010; Šimunović ym., 2010; Öhlén ym., 2011), mikä edellyttää opetuksen, sen arvioinnin ja osaamisen tunnistamisen perustuvan työelämässä vaadittuun osaamiseen (Opetus- ja kulttuuriministeriö, 2016) sekä näyttöön ja hyviin käytäntöihin (TervHL, 1326/2010). Osaamistavoitteisiin perustuvat ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmat suunnitellaan terveydenhuollon ammattihenkilöstöä koskevan lain (Ammattihenkilölaki, 559/1994) ja asetuksen (564/1994), EU-direktiivien (Neuvoston direktiivi, 77/453/ETY; Euroopan komissio, 2005; European Commission/EACEA/Eurydice, 2020) sekä kansallisen sairaanhoitajakoulutuksen osaamisvaatimukset täyttäväksi (Eriksson ym. 2015).

Ammattikorkeakoulut ovat itsenäisiä yksiköitä, jotka määrittelevät itse opetussuunnitelmansa suositusten mukaisesti (Ammattikorkeakoululaki, 932/2014). Osaamisvaatimukset on määritelty kansainvälisellä (European Federation of Nurses Association, 2015; Fukada, 2018) ja kansallisella tasolla (Eriksson ym., 2015; Silén-Lipponen & Korhonen, 2020). Suomalaisen ammattikorkeakoulutuksen sairaanhoitajien osaamisvaatimuksia päivitettiin yleSHarviointi-hankkeessa, ja ne lisääntyivät Silén-Lipponen & Korhosen (2020) aiemmista osaamisvaatimuksista yhdeksästä kolmeentoista vuonna 2020.

Palliativisella hoidolla on omat tavoitteet uudistetuissa sairaanhoitajan kompetenssikuvauksissa (Silen-Lipponen & Korhonen, 2020). Silti edelleen sairaanhoitajaopiskelijoiden näkemyksen mukaan koulutuksen määrässä, sisällöissä ja laadussa on kehitettävää palliativisen hoidon koulutuksen osalta (Hökkä ym. 2022). EduPal-hankkeessa tuotettiin kansallinen suositus palliativisen hoidon koulutuksen järjestämisestä sairaanhoitajaopiskelijoille (Hökkä ym. 2020).

Lääketieteen lisensiaatin tutkintoon johtavaa lääkärien peruskoulutusta järjestetään Suomessa viidessä yliopistossa (Helsingin, Turun, Tampereen, Oulun ja Itä-Suomen yliopistot). Palliativisen lääketieteen opetus on ollut vaihtelevaa eri yliopistoissa, ja

itsenäisenä kurssina sitä on aikaisemmin järjestetty vain Helsingin ja Tampereen yliopistoissa, joissa on myös palliatiivisen lääketieteen professuuri (Lehto ym. 2020a). Peruskoulukseen sisältyvää palliatiivisen lääketieteen opetusta kartoitettiin osana EduPal-hanketta, ja opetuksesta julkaistiin suositus vuonna 2020 (Lehto ym. 2020b). Vuonna 2022 myös Itä-Suomen yliopistoon on perustettu palliatiivisen lääketieteen professuuri ja erillinen palliatiivisen lääketieteen opintojakso.

Suomessa palliatiivinen lääketiede ei ole oma erikoisala. Valmistuneiden lääkäreiden palliatiivisen lääketieteen lisäkoulutus on järjestetty Suomen lääkäriliiton erityispätevyysohjelmalla. Tähän koulutukseen sisältyy teoriaopintoja, käytännön koulutusta sekä perustason että erityistason yksikössä ja valtakunnallinen kuulustelu ja on kestoaltaan kahden vuoden pituinen. (Lääkäriliitto, 2021.)

3. Tutkimuksen menetelmällinen toteutus

3.1 Aineistonkeruu

Aineisto kerättiin tarkoituksenmukaisella otannalla EduPal-hanketta varten kehitetyllä kyselylomakkeella. Kyselylomakkeen laadintaan osallistui hankeryhmän jäseniä; palliatiivisen hoitotyön asiantuntija ja kaksi palliatiivisen hoidon lääkäriä, joilla oli palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys. Kyselylomake sisälsi kymmenen avointa kysymystä. Hoitotyön opettajat (n=15) ja lääkärit (n=5) esitestasivat kyselylomakkeen ennen kyselyn toteuttamista. Kyselylomakkeessa oli avoimia kysymyksiä palliatiivisen hoidon osaamisen eri osa-alueista, joita olivat: hoitolinjaukset ja elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma, kipu palliatiivisessa hoidossa, muut oireet palliatiivisessa hoidossa, psykososiaalinen tukeminen, eksistentiaalisuus, vuorovaikutusosaaminen, eettisyys, moniammatillinen tiimityö, saattohoito sekä mitä muuta pitää osata.

Kyselylomake lähetettiin palliatiivisen hoidon asiantuntija sairaanhoitajille (n = 129) ja palliatiivisen lääketieteen erityispätevyyden omaaville erikoislääkäreille (n = 64). Suomessa ei ollut kyselyn toteuttamisen aikana palliatiivisen hoidon erikoistumiskoulutusta sairaanhoitajille, joten tiedonantajiksi valittiin palliatiivisessa hoidossa työskenteleviä sairaanhoitajia. Sairaanhoitajien kysely oli avoinna hankkeen internetsivulla ja kyselystä tiedotettiin palliatiivisen hoidon yksiköitä EduPal-hankkeen sidosryhmien kautta. Lääkärien kysely toimitettiin erikoislääkäreille, jotka olivat toimittaneet sähköpostiosoitteensa palliatiivisen lääketieteen erityispätevyysrekisteriin.

3.2. Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä (Elo & Kyngäs, 2008; Kyngäs ym. 2019; Elo ym. 2022). Analyysiyksiköiksi valittiin lauseita tai ajatuskokonaisuuksia, jotka vastasivat tutkimustehtävään ja kuvasivat palliatiivisen hoidon osaamista. Alkuperäisaineisto pelkistettiin (Taulukko 1.), jonka jälkeen pelkistykset ryhmiteltiin siten, että samaa ilmiötä kuvaavat asiat yhdistettiin ja niistä muodostettiin alaluokka (n=844). (Kyngäs ym. 2019.) Alaluokat nimettiin sisältöä kuvaaviksi. Analyysiä jatkettiin ryhmittelemällä alaluokkia yläluokaksi (n=201) sekä nimettiin ne sisällön mukaisesti (Kyngäs ym. 2019). Abstrahointia jatkettiin muodostamalla pääluokat (n=56) (Kuvio 1.).



Kuvio 1. Esimerkki luokittelusta yhden pääluokan osalta (sininen perustaso ja oranssi erityistaso)

Taulukko 1. Esimerkkitaulukko alkuperäisilmaisujen pelkistyksestä yhden alaluokan kohdalla

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka	Pelkistys	Alkuperäis-ilmaisu
Kokonaisvaltainen henkisten tarpeiden osaaminen	Osaamista eksistentiaalisista kysymyksistä	Elämän kokonaisvaltaisuuden ymmärtäminen	Osata hahmottaa, ettei kaikki kysymykset ole lääketieteellisiä Ymmärtää elämän merkitys Ymmärtää elämän tarkoituksen merkitys Osata perusperiaatteet ihmisen kuolevaisuudesta	Perustasolla täytyy osata avoimin kysymyksiin kartoittaa keskustelutuen tarvetta niin potilaan kuin omaisen kohdalla, hahmottaa että kaikki kysymykset eivät ole lääketieteellisiä, vaan myös eksistentiaalisia Elämän merkitys/merkit ja tarkoituksen ymmärtäminen Perusperiaatteet ihmisen (myös itsen) kuolevaisuus

4. Sairaanhoitajien palliativisen hoidon osaaminen perus- ja erityistasolla

4.1 Hoitolinjaukset ja elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma

Hoitolinjaukset ja loppuvaiheen hoitosuunnitelma muodostuu seuraavista pääluokista: **teoreettinen osaaminen hoitolinjauksista ja elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelmasta, kokonaisvaltainen osaaminen palliativisesta hoidosta ja saattohoidosta, elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma osaaminen sekä ihmislähtöisen elämän loppuvaiheen hoidon suunnittelu.**

Teoreettinen osaaminen hoitolinjauksista ja elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelmista muodostui *perustietämyksestä hoitolinjauksista ja elämän loppuvaiheen hoidosta, hoitolinjausten merkityksen tunnistamisesta palliativisessa hoitotyössä, vastuutahojen tietämisestä hoitolinjauksissa, hoitolinjausten periaatteiden tunnistamisesta, saattohoidon ja hoitolinjausten merkityksen ymmärtämisestä potilaan hoidossa, hoitolinjausten oikea-aikaisuuden tunnistamisen taidosta, perusasioiden tietämisestä hoidonrajauksesta ja DNR-päätöksestä sekä elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelman merkityksen tietämisestä potilaan hoidossa.* Sairaanhoitajien mukaan *perustiedot hoitolinjauksista ja elämän loppuvaiheen hoidosta sekä näiden merkityksen tunnistamisesta hoitotyössä edellyttävät perusasioiden osaamista hoidon linjauksista ja ymmärtämistä sekä riittävää osaamista palliativisen hoidon käsitteistä.* Lisäksi tulee ymmärtää hoitosuunnitelman merkitys potilaan palliativisessa hoidossa. Sairaanhoitajan tulee tietää potilaan *hoidon vastuutahot*, jotka sairaanhoitajien kuvauksissa ilmenivät tietona hoitolinjausten eroista, vastuista ja vastuuhenkilöstä yksikössä sekä itsenäisenä päätöksentekotaitona. Teoreettinen osaaminen edellyttää myös *hoitolinjausten periaatteiden tunnistamista*, jotka sisältävät hoitolinjausten periaatteiden ja vastuiden ymmärtämistä sekä vastuusta loppuvaiheen hoitosuunnitelmasta. Sairaanhoitajat tarvitsevat *saattohoidon ja hoitolinjausten merkityksen ymmärtämistä.* Erityisesti niiden vaikutuksista potilaaseen ja miten potilas ymmärtää tehdyt päätökset. Perustasolla tarvitaan myös osaamista *tunnistaa hoitolinjausten oikea-aikaisuus*, jolloin sairaanhoitajalla tulee olla taitoa ymmärtää, missä vaiheessa ne tulee tehdä potilaan parhaaksi. Erityistasolla tarvitaan lisäksi osaamista hoitolinjausten ajantasaisuudesta. Sairaanhoitajalla tulee olla *tietoa perusasioista hoidonrajauksesta ja DNR-päätöksestä*, koska hänen tulee ymmärtää hoidon rajauksen sisällöt ja päätöksen tarkoitus. Sairaanhoitajan tulee ymmärtää ennakoivan hoitosuunnitelman ja *elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelman merkitys* sekä tunnistaa niiden sisältö ja *tärkeys* potilaan hoidossa.

”Tietää mitä hoitolinjaukset pitävät sisällään ja mitä asioita loppuvaiheen hoitosuunnitelmaan tulisi laittaa ja että linjaukset tehtäisiin siinä kohtaa, kun näyttää siltä, että potilas on pian kuolemassa, ettei turhia siirtoja tehtäisi ja kutsuttaisi ambulanssia. Eli hyvä yhteistyö omalääkärin kanssa on tärkeää. Muistaa että potilaan oireita voidaan hoitaa myös kotona, eikä säikähdetä kaikkia oireita.” (v40.1)

”Vahva osaaminen hoitolinjoista, potilaan voinnin muutosten tunnistaminen ja kyky viedä asioita eteenpäin. Taito keskustella potilaan ja omaisten kanssa hoitolinjojen merkityksistä ja tukea hoitosuunnitelman laadinnassa.”
(V3.1)

Kokonaisvaltainen osaaminen sisältää perustietämyksen palliatiivisesta ja saattohoidosta ja niiden vaiheiden tunnistamisesta sekä somaattisen hoidon hallinnan. Perustietämys ja hoidon vaiheiden tunnistaminen sisältävät taidon määrittellä palliatiivisen hoidon käsitteet ja sen tarkoituksen sekä taitoa tunnistaa palliatiivisen hoitoon siirtymisajankohdan. Sairaanhoitajan tulee tunnistaa palliatiivisen hoidon tasot ja sisällöt sekä niiden tarkoitus. Lisäksi tulee tunnistaa saattohoidon vaiheet ja ymmärtää hoitovaiheiden erot sekä saattohoidon ja palliatiivisen hoidon erot. *Potilaan somaattisessa hoidossa tulee hallita* lääketieteellinen tieto, tieto etenevistä sairauksista ja niiden oireista sekä potilaan lääkkeellisistä ja lääkkeettömästä hoidosta.

Perus- ja erityistasolla **elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma osaaminen** on taitoa *laatia hoitosuunnitelma hoitoprosessin eri vaiheissa ja kunnioittaa laadittuja hoitosuunnitelmia*. Sairaanhoitajalla tulee olla taito laatia potilaan hoitosuunnitelma sairauden eri vaiheissa, myös elämän loppuvaiheessa. Hoitosuunnitelman tulee kattaa potilaan oireet ja sitä on päivitettävä potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti, ja toimia sen mukaisesti.

Ihmislähtöisen elämän loppuvaiheen hoidon suunnittelu on yksilöllisen hoidon suunnittelua ja toteutusta, *potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioimista, hoitosuunnitelman laatimista yhteistyönä sekä erityistasolla toteutuva hoitajan aktiivista roolia potilaan elämän loppuvaiheen hoidossa*. Potilaan yksilöllisessä hoidon suunnittelussa hyödynnetään hoitotieteellistä tietoa, mutta tarvitaan myös taitoa hoitaa potilasta yksilöllisen rytmin mukaisesti. *Yksilöllisten tarpeiden huomioiminen* ilmenee hoitolinjausten suunnitteluna yhteistyössä potilaan kanssa, hänen toiveidensa kunnioittamisena ja puhumisena potilaan puolesta. Erityistasolla korostuvat taito kartoittaa potilaan yksilölliset toiveet ja ottaa asioita puheeksi varhaisessa vaiheessa. Osaaminen edellyttää elämän loppuvaiheen tehottomien hoidollisten toimenpiteiden välttämistä sekä hoitotahdon ja sen edellytysten tuntemista. Sairaanhoitajalta edellytetään taitoa *laatia hoitosuunnitelma yhteistyössä hoitotiimin, potilaan ja hänen läheistensä kanssa sekä erityistasolla myös lääkärin kanssa*. Erityistasolla osaaminen on *sairaanhoitajan aktiivisen roolin toteuttamista* elämän loppuvaiheen hoidossa, joka ilmenee aktiivisena roolina suunnittelussa ja toteutuksessa sekä hoidon jatkuvuuden turvaamisena. Lisäksi sairaanhoitajalta edellytetään taitoa koordinoita potilaan kokonaisuhoitoa.

”Ymmärtää, että hyvä elämän loppuvaiheen hoitotyö edellyttää hoitolinjausten ja elämän loppuvaiheen suunnitelman tekemistä yhdessä potilaan ja omaisten kanssa, puheeksiottoa varhaisessa vaiheessa.” (v8.1)

“Tulisi osata tehdä suunnitelmaa yhdessä potilaan, omaisten ja hoitotiimin kanssa.” (v13.1)

4.2 Kivunhoito

Kivunhoidon osaaminen palliatiivisessa hoidossa perus- ja erityistasolla muodostuu seuraavista pääluokista: **teoreettinen osaaminen kivunhoidosta, kokonaisvaltainen kivunhoidon toteutusosaaminen, kivunhoidon arviointiosaaminen ja ihmislähtöinen kivunhoito.**

Teoreettinen osaaminen kivunhoidosta sisältää laaja-alaisen *teoreettisen tietämyksen kivunhoidosta* ja sen syistä sekä kivun fysiologiasta. Sairaanhoidajan tulee ymmärtää kivun luonne ja sen esiintymismuodot. Teoreettinen osaaminen on myös *kivunhoidon ja lääkehoidon perusosaamista*, jossa on tärkeää ymmärtää kivunhoidon merkitys ja tunnistaa se potilaan hoidossa. Tämän lisäksi tulee ymmärtää kivunhoidon erityispiirteet palliatiivisessa hoidossa ja eri kivunhoitomenetelmät. Tieto kivunhoidon perusasioista ja hoidonporrastuksesta sekä eri kivunhoitomenetelmistä ja kipumittareiden käytöstä on osa kivunhoidon perusosaamista. Osaaminen sisältää tietoa kivunhoitovaihtoehdoista ja kipulääkkeistä sekä taitona käyttää niitä osana palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan hoitoa. Kipulääkityksen perusteet, lääkkeiden farmakologia ja sivu- ja yhteisvaikutukset sekä oikea annostus ja lääkkeiden vaikutusmekanismit ovat osa kivunhoidon perusosaamista.

“Tärkeää olisi osata perusasiat kivunhoidosta. lääkehoidon keskeiset kulmakivet ja myös lääkkeettömät hoidot.” (v3.2)

“Tunnistaa kiputyypit ja hallita kivun lääkehoidon periaatteet, tuntee haittavaikutukset ja hallita potilaan ja omaisten ohjaus riittävästi kivunhoitoon. Tunnistaa neuropaattisen kivun ominaispiirteet ja osata tiedottaa mahdollisista muutoksista.” (v26.2)

Kivunhoidon perusosaamiseen sisältyy myös taito käyttää erilaisia kivunhoitolaitteita. *Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien* käyttö tulee tunnistaa osana potilaan hoitoa. *Eri sairauksien kivunhoidon tietämys* korostuu potilaan hoidossa. Erityistasolla sairaanhoitajalla tulee olla tietoa *kivunhoidon eritystekniikoista*, kuten spinaali- ja epiduraalipuudutuksista, palliatiivisesta sädehoidosta sekä muista erityistekniikoista.

“Tunnistaa ja mitata kipua. Osaa käyttää erilaisia lääkkeitä, kipupumppuja, epiduraali- ja spinaalipuudutusta. Olla tietoinen erilaisista kivunlievitys menetelmistä ja konsultaatio mahdollisuuksista. Ymmärtää ja osata palliatiivinen sedaatio.” (v93.2)

Kokonaisvaltainen kivunhoidon toteutusosaaminen edellyttää riittävää *kivunhoidon toteuttamisen taitoa*, joka vaatii oikean kivunhoidon toteuttamisosaamista sekä eri kivunhoitomenetelmien hallintaa. Kokonaisvaltainen kivunhoito edellyttää *lääkkeellisen ja lääkkeettömän kivunhoidon toteuttamisosaamista*. Sairaanhoidajalta odotetaan perustasolla kivunlievitysosaamista lääkkeillä ja taitoa toteuttaa lääkitys eri antotavoilla. Sairaanhoidajalla tulee olla taitoa toteuttaa potilaan riittävää kipulääkitystä ja toteuttaa kivunhoitoa ohjeiden mukaisesti sekä hallita lääke- ja kivunhoitolaitteita. Lääkkeetön kivunhoito edellyttää myös moniammatillista lääkkeettömien hoitomenetelmien arviointiosaamista. *Kivunhoitosuunnitelman toteuttaminen* on yksi osa potilaan hoitoa. Siinä sairaanhoidajan tulee tehdä kivun arviointia potilaan tarpeisiin perustuen ja pyrkiä myös ennakoimaan kivunhoidon tarve suunnitelmallisesti ja taitoa toteuttaa se. Tärkeää on myös kivunhoidon arviointi.

“Kipua tulee lääkityä niin paljon, että potilas saa olla kivuton. Kivun hoito palliatiivisessa hoidossa on erilaista kuin ei-kuolevan potilaan kivun hoito. Palliatiivisessa hoidossa kivun hoidossa ei pelätä, että potilas jäisi koukkuun kipulääkkeeseen tai että kuolisi yliannostukseen (esim. jos morfiinia joutuu antamaan toistamiseen, kun potilaan kivut jatkuvat).” (v62.2)

“Kivunhoito on ensiarvoisen tärkeää heti hoitosuhteen alkuvaiheesta lähtien. Kipumittareiden käyttö kivun asteen tunnistamiseksi ja hyvän lääkehoidon turvaamiseksi on lähtökohta, sillä lääkkeitähän potilaan kivun hyvään hoitoon yleensä löytyy! Jos erityistapauksissa ns. lääkkeellinen hoito ei riitä, on mahdollisuus konsultoida erityismenetelmistä alueen palliatiivista yksikköä, kipupkl. jne. Kipulääkityksen ohessa täytyy muistaa ummetuksen ehkäiseminen ja hoito.” (v105.2)

Potilaan **kivunhoidon arviointiosaamiseen** liittyy *potilaan kivun seuranta* ja erityisesti erityistasolla korostuu kivun jatkuva arviointi. Sekä perus- että erityistasolla sairaanhoidajan tulee osata havainnoida kipua, myös potilaan nonverbaalia ilmaisua siitä. Palliatiivisessa hoidossa potilaan kipu ja sen ominaispiirteet tulee tunnistaa. *Kipulääkityksen vaikutusten arvioinnissa* tulee tunnistaa kipulääkityksen riittämättömyys sekä erityistasolla olla osaamista kipulääkkeen vasteen arvioinnista. Kipumittareita tulee osata käyttää sekä muutostilanteissa informoida lääkäriä potilaan riittämättömästä kipulääkityksestä. Lisäksi tulee olla taitoa hakea neuvoa kivunhoitoon ongelmatilanteissa, erityisesti lääkäriltä. Potilaan kivunhoidon arviointi tulee kirjata potilasasiakirjoihin. *Kivunhoidon muutostarpeisiin reagoiminen* edellyttää taitoa viestiä kipulääkityksen riittämättömyydestä lääkärille.

Ihmislähtöinen kivunhoito ilmenee *taitona keskustella ja kuunnella* potilasta. Potilaalta tulee kysyä kivusta, mutta on tärkeää myös kuulla läheisiä asiassa.

“Osata kuunnella ja tarkkailla hoidettavaa. Kipu ilmenee monella eri tavalla. Ymmärrys siitä, että kipulääkitystä tulee nostaa vasteen mukaan.” (v29.2)

“Sairaanhoitajan tulee osata arvioida asiakkaan kipua käyttäen mittareita, kuunnella omaisia, konsultoida lääkäriä...Kivunhoitoon tulee olla selkeä hoitosuunnitelma. Hyvään kivun hoitoon kuuluu myös muiden oireiden hoito, asento-, ihon -, suuhoito ym.” (v44.2)

4.3 Oirehoito

Oirehoito palliatiivisessa hoidossa muodostuu seuraavista pääluokista: **teoreettinen oirehoidon osaaminen, kokonaisvaltainen oirehoidon osaaminen sekä somaattisen ja psyykkisen oirehoidon tarpeiden tunnistaminen.**

Teoreettinen oirehoito edellyttää sairaanhoitajalta *teoreettista tietoa oireista*, joka sisältää tietoa somaattisista ja psyykkisistä oirehoidosta ja niiden moninaisuudesta sekä erityistasolla edellytettävää oirehoidon laaja-alaista osaamista. Tieto oireista tulee olla ajantasaista ja sairaanhoitajan tulee olla tietoinen somaattisten ja psyykkisten oireiden yhteydestä sekä yleisimmistä potilaan oireista. *Kokonaisvaltaisessa hoidon osaamisessa* tulee ymmärtää ihminen psykofyysiseksi kokonaisuudeksi ja hoidon kokonaisvaltaisuuden tärkeys siten, että potilasta hoidetaan kokonaisvaltaisesti ja yksilöllisesti. Teoreettinen oirehoito edellyttää *fysiologista tietoperustaa sairauden etenemisestä*, jolloin ymmärrys oireista osana sairautta ja sen kokonaisvaltaisuutta lisääntyy. Sairaanhoitajan *hoitotyön tietoperusta* auttaa hoitotyön toimintojen käyttöä oirehoidossa, mutta myös lisää taitoa hyödyntää oirekartoitusta. Tietoperusta tukee taitoa toteuttaa hoitotyötä, oireseurantaa ja potilaan perushoitoa. *Hoitotyönprosessin mukaisessa oirehoidossa* hyödynnetään hoitotyönmenetelmiä, oireen mukaista hoitoa sekä arvioidaan potilaan vointia fysiologisin mittauksin ja oirekyselyin. Erityistasolla korostuu perustason tietämyksen lisäksi taito oireiden kokonaisvaltaiseen arviointiin.

“Tietoa mitä oireita voi tulla, millä voin helpottaa kartoitusta esim. ESAS, miten ja milloin tämän potilaan oireita kartoitetaan, minne ne kirjataan, miten niitä kuvataan, milloin pitää olla yhteydessä lääkäriin, missä oireissa voi olla kyse jostain lääketieteellistä diagnoosista, minkä voi poistaa, esim. keuhkopussissa nestettä. Miten selvitän onko potilaalla psyykkisiä oireita, mitä apukeinoja niihin on, kuka taho voisi auttaa?” (v113.3)

“Kriisihoidon perusasiatuntemus ja tieto siitä, mihin ottaa tarvittaessa yhteyttä jos omat taidot ei riitä. Potilaan psyykkisten ja somaattisten oireiden kartoitus; ”mitä meidän tulee tietää sinusta jotta osaamme hoitaa sinua parhaalla mahdollisella tavalla.” (v118.3)

Kokonaisvaltainen oirehoito sisältää *somaattista oirehoidon osaamista*, johon sisältyy taito lievittää potilaan oireita, pahoinvointia, hengitystieoireita, hengenahdistusta sekä lievittää ja hoitaa eritykseen liittyviä oireita. Vaaditaan myös taitoa huolehtia potilaan ihon, suun ja limakalvojen oireista sekä riittävästä ravitsemuksesta. Erityistasolla sairaanhoitajalla tulee lisäksi olla osaamista ennakoida somaattisten oireiden ilmenemistä.

”Palliativisessa hoidossa oleva potilas kärsii usein uupumuksesta, masennuksesta, ahdistuneisuudesta, kivuista, hengenahdistuksesta, pahoinvoinnista, ruokahaluttomuudesta ja suolisto-oireista. Palliativisessa hoitotyössä psyykkisten oireiden lievittäminen on yhtä oleellista kuin fyysisten oireiden lievittäminen.” (V86.3)

Lääkkeellistä ja lääkkeetöntä oirehoidon osaamista on taito lievittää oireita, hengenahdistusta, pahoinvointia, erityksen ongelmia ja ahdistusta lääkkeellisin ja lääkkeettömin menetelmin. Lisäksi sairaanhoitajalla tulee olla tietoa lääkkeiden sivuvaikutuksista. *Psyykkisten oireiden hoidosta* tulee olla taitoa havainnoida potilaan somaattisia ja psyykkisiä oireita sekä huomioida somaattisten oireiden monimuotoisuus. Sairanhoitajan tulee huomioida potilaan psyykkiset oireet ja erityistasolla myös ennakoida mahdollisia psyykkisiä oireita.

”Millä eri keinoilla ja millä lääkkeillä esim. pahoinvointia voidaan hoitaa? Psyykkisen tuen tarpeen arviointi ja siihen vastaaminen. Kriisityön osaaminen ja avun tarjoaminen kriisin eri vaiheissa.” (v49.3)

”Kyky havainnoida potilasta ja keskustella potilaan kanssa hänen voinnistaan sekä lääkitä olon helpottamiseksi sekä somaattisten, että psyykkisten oireiden perusteella. (v108.3)

Somaattisen ja psyykkisen oirehoidon tarpeen tunnistaminen edellyttää sairaanhoitajalta taitoa tunnistaa *potilaan somaattiset oireet*, hoidon tarve erityisesti erittämisen, hengittämisen ja psyykkisten oireiden osalta. *Taito tunnistaa psyykkisen hoidon tarve* ja sen tuen tarve sekä taito lievittää ja hoitaa psyykkisiä oireita ovat tärkeä osa somaattisen ja psyykkisen oirehoidon tarpeiden tunnistamista.

”Kuoleman pelko/elämän lopullisuus voi heijastua muina somaattisina/psyykkisinä oireina, mikä tulisi ottaa huomioon hoidossa. Hoidon tulisi olla kokonaisvaltaista hoitoa.” (v77.3)

4.4 Psykososiaalinen tuki

Psykososiaalinen tukeminen muodostuu seuraavista pääluokista: **teoreettinen osaaminen psykososiaalisesta tuesta ja kokonaisvaltainen osaaminen psykososiaalisesta tuesta.**

Teoreettinen osaaminen edellyttää *perustietämystä psykososiaalisesta tuesta* sisältäen perustiedot ja taidot psykososiaalisesta tuesta. Lisäksi palliatiivisessa hoidossa oleva ihminen tulee hahmottaa holistisena kokonaisuutena. Sairaanhoidajan toteuttama **kokonaisvaltainen psykososiaalinen tukeminen** edellyttää *hoitotyötoimintojen osaamista* sekä *psykososiaalisen tuen tarpeen arviointia*. Hoitotyötoimintojen osaaminen edellyttää taitoa tukea potilasta ja läheisiä psykososiaalisin menetelmin. Erityistasolla tämä merkitsee myös vahvaa keskustelu- ja kuuntelutaitoa. Psykososiaalisen tuen arvioinnissa sairaanhoidajan tulee tunnistaa ja huomioida läheisten avuntarve. *Kuolevan ja hänen läheistensä tukemisen taito* on kuolevan potilaan ja hänen läheistensä tukemista, mutta myös potilaan henkisenä tukena olemista. Taito *tukea läheisiä psykososiaalisesti* toteutuu olemalla läsnä ja tukemalla läheisiä vaikeassa tilanteessa sekä osallistamalla heitä potilaan hoitoon. Sairaanhoidajalta edellytetään taitoa työskennellä lapsiperheiden kanssa sekä erityistasolla korostuu lisäksi taito tukea lapsia ja nuoria. *Turvallisuuden tunteen luomisen taito* ilmenee läheisten turvallisena ja luottamuksellisena hoitosuhteena potilasta hoitaviin, ja erityistasolla sairaanhoidajalta odotetaan taitoa luoda turvallinen hoitosuhde. *Potilaan tunnetilan huomiointi* edellyttää taitoa ymmärtää tunteita, mutta myös tunnistaa potilaan mielentila sekä tukea potilasta ja läheisiä. *Potilaan ja läheisten psyykinen tukeminen* ilmenee sairaanhoidajan taitona kannustaa potilasta avun vastaanottamiseen ja psyykkiseen tukeen. Hengellinen tukeminen ja läheisten huomiointi potilaan hoidossa on osa psyykkistä tukemista ja jaksamista. Erityistasolla potilaan yksilöllinen tukeminen ja eri-ikäisten perheenjäsenten tukeminen korostuu sekä taito ohjata potilas ja läheiset erilaisten palvelujen pariin.

“Osaa tukea niin asiakasta kuin omaisia/läheisiä, omaa valmiuksia keskustella surusta, elämän rajallisuudesta, kuolemasta, osaa kuunnella, antaa sairaudesta tietoa oikea-aikaisesti, myötäelää, osaa tarvittaessa ohjata/ottaa yhteyttä psykologiin, psykiatriseen sairaanhoitajaan ym.”
(v46.4)

“Asioiden puheeksi ottaminen. Kiireetön, kunnioittava kuunteleminen. Potilaan toiveiden toteutumisen mahdollistaminen. Psyykkisen tuen hoidonohjaus ja käytännön järjestäminen (potilas+omaiset). Perheessä, jossa on alaikäisiä lapsia (sisaruksia tai huollettavia) sosiaalityöntekijä ja tarvittaessa lastensuojelun mukaan ottaminen työskentelyyn (lastensuojeluilmoitus).” (v56.4)

”Avoin vuorovaikutus. Kannustaminen avoimeen vuorovaikutukseen potilaiden ja läheisten kesken. Erilaisten tarpeiden huomioiminen, vaikka potilas/omainen ei niitä osaa sanoittaa.” (V46.4)

4.5 Eksistentiaalisuus

Eksistentiaalisuus potilaan palliatiivisessa hoidossa muodostuu seuraavista pääluokista: **teorettinen osaaminen eksistentiaalisista asioista, kokonaisvaltainen osaaminen eksistentiaalisista asioista** sekä **taito toteuttaa ihmislähtöistä eksistentiaaliin tarpeisiin perustuvaa hoitotyötä.**

Teorettinen osaaminen eksistentiaalisista asioista muodostuu *eksistentiaalisuudesta tietämisenä*, jota kuvattiin näiden asioiden monipuolista teorettisena osaamisena. Sairaanhoidajan tulee tunnistaa *eksistentiaalisuus osana palliatiivista hoitotyötä* sekä ymmärtää ja tiedostaa sen olemassaolo. Lisäksi tulee osata huomioida *kulttuurinen ja uskonnollinen tietoperusta*.

Kokonaisvaltainen osaaminen eksistentiaalisissa asioissa on *hoitotyön toimintojen toteuttamisen taitoa ja eksistentiaalisten tarpeiden tunnistamisen taitoa*. Se edellyttää taitoa toteuttaa hoitotyötoimintoja ja erityistasolla edellytetään lisäksi taitoa hoitaa potilaan eksistentiaalista ahdistusta. *Eksistentiaalisten tarpeiden*, kuten ahdistuksen, *tunnistamisen taito* on osa perustason osaamista, mutta erityistasolla edellytetään lisäksi eksistentiaalisen hädän ja kriisin tunnistamista.

Ihmislähtöinen hoitotyön osaaminen sisältää *potilaan ja läheisten tukemista*, jossa sairaanhoitajalla on taitoa solmia luottamuksellinen ja empaattinen hoitosuhde sekä avoin suhtautuminen potilaiden elämänkatsomukseen ja vakaumukseen. Ihmislähtöinen hoito sisältää myös taitoa toteuttaa *hoitoa yksilöllisesti tunnistuen* potilaan kokemukset ja kunnioittaa hänen elämänfilosofiaansa, vakaumusta sekä toiveita. Lisäksi erityistasolla tulee olla osaamista keskustella yksilöllisistä eksistentiaalisuutta, edellyttäen taitoa tunnistaa potilaan pelkoa ja ahdistusta sekä kuoleman pelkoa. *Eksistentiaalisissa asioissa tukeminen* edellyttää taitoa huomioida potilaan pelot, kuoleman pelko ja eksistentiaalinen ahdistus.

”Ettei hoitajalla tarvitse olla kaikkeen oikeaa/valmista vastausta. Potilaan kanssa voi keskustella, jos potilas asian ottaa puheeksi. Osata keskustella potilaan kanssa, vaikka ei olisikaan välttämättä samaa mieltä.” (v40.5)

”Omaa valmiuksia puhua myös hengellisistä asioista, kuunnella. Ottaa tarvittaessa yhteyttä oman seurakunnan pappiin tai muuhun seurakunnan työntekijään”. (v46.5)

”Tunnistaa eksistentiaaliset tarpeet ja on proaktiivinen eksistentiaalisten kysymysten esille ottamisessa. Kohtaa potilaan eksistentiaaliset kysymykset ja auttaa niiden käsittelyssä. Tuntee eksistentiaalisen kriisin auttamismenetelmät ja käyttää niitä työssään. Tarvittavan muun eksistentiaalisen tuen järjestäminen.” (V122.5)

4.6 Vuorovaikutus

Vuorovaikutus muodostuu seuraavista pääluokista: **teorettinen osaaminen vuorovaikutuksesta, vuorovaikutustaidot osana hoitotyötä, vuorovaikutusosaaminen ja kohtaamisosaaminen.**

Teorettinen osaaminen edellyttää *vuorovaikutustaitojen*, sen perusasioiden ja mekanismien *tietämistä*. Lisäksi tulee ymmärtää *vuorovaikutuksen merkitys* hoitotyössä sekä palliatiivisessa hoidossa. Erityistasolla sairaanhoitajan tulee ymmärtää lisäksi palliatiivisen hoidon vuorovaikutuksen erityispiirteitä.

”Ymmärtää, että keskustelun ohella läsnäolo ja kosketus ovat myös tärkeä osa hoitotyötä.” (v65.6)

Vuorovaikutustaidot osana hoitotyötä on *persoonallista vuorovaikutusosaamisesta*, jossa korostuu sairaanhoitajan henkilökohtaiset vuorovaikutus- ja ihmissuhdetaidot. *Yhteistyötahojen kanssa toimiessa vuorovaikutustaidot sisältävät taitoja toimia vuorovaikutustilanteissa työyhteisön, potilaan ja läheisten kanssa.*

Vuorovaikutusosaaminen edellyttää *keskustelutaitoja*, myös *hoitolinjauksista*, loppuvaiheen hoitosuunnitelmasta ja hoidon rajauksista sekä *hoitopäätöksistä keskustelemisen* (kuten DNR/AND). Keskustelutaidoissa korostuvat keskustelun oikea-aikaisuus ja kokonaisvaltaisuus, kunnioitus sekä avoimuus ja taito keskustella kuolemasta, eettisistä ja hengellisistä asioista, saattohoidosta sekä yleensäkin potilaan ja läheisten yksilöllisten tarpeiden ja toiveiden mukaisesti. Sairaanhoitajalla tulee olla kykyä luottamuksellisen keskustelun luomiseen, puheeksi ottamisen taitoa, totuudenmukaisuutta sekä luottamuksellisuutta. *Sanaton viestintä* edellyttää kykyä järjestää aikaa läheisille ja hiljaisuuden hyväksymistä läsnäolotilanteissa sekä erityistasolla myös kehonkielen huomioimista. *Kuuntelemisen taito* sisältää kykyä kuunnella potilaan viestejä ja läheisten tarpeita.

”Kyetä olemaan vuorovaikutustilanteissa aidosti ja inhimillisesti läsnä. Osata ammatillisesti, mutta ymmärrettävästi selittää hoidon vaikutuksia ja tilanteen arvioinnin merkitystä.” (v26.6)

“Hyvä vuorovaikutus perustuu hyväksynnälle ja luottamukselle. On tärkeää kohdata potilas/läheinen muutenkin kuin hänen sairautensa kautta. Luottamus syntyy, kun potilas/omainen huomaavat, että heitä kohdellaan kunnioittavasti. Sanaton viestintä (eleet, ilmeet, olemus, äänenpaino) vaikuttavat olennaisesti siihen millaista vuorovaikutus on. (v77.6)

“Tärkeää, potilas pitää ottaa aina huomioon ja häntä hoidettaessa hänelle kerrotaan mitä tehdään, vaikka hän olisi tajutonkin. Koskaan ei voi tietää, mitä potilas kuitenkin kuulee ja ymmärtää. Lämmin läsnäolo ja hoiva on tärkeää.” (v28.6)

Kohtaamisosaaminen edellyttää *inhimillistä kohtaamista*, joka ilmenee sairaanhoitajan läsnäolona ja sen merkityksen ymmärtämisenä potilaan näkökulmasta. Erytistasolla korostuu taito aitoon potilaan kohtaamiseen. Sairaanhoitajalta edellytetään toivon ylläpitämistä, empaattisuutta sekä taitoa toteuttaa potilaan toiveita ja olla kiireettömästi läsnä. Erytistasolla edellytetään lisäksi taitoa luoda kohdatuksi ja kuulluksi tulemisen ilmapiiri. *Potilaan ja läheisen yksilöllinen kohtaaminen* ilmenee avoimena toimintana potilaan kanssa, kohdellen häntä yksiköllisesti ja kunnioittavasti. Läheisten kohtaaminen edellyttää rohkeutta ja kunnioitusta heitä kohtaan. Eryteisesti sairaanhoitajalta edellytetään taitoa kohdata kuoleva potilas ja hänen läheisensä. Erytistasolla se on edellisten lisäksi taitoa kohdata eri-ikäisiä ihmisiä potilaslähtöisesti ja arvostavasti sekä ottaa potilaan ja läheisten erilaisia tunteita vastaan.

“Vuorovaikutuksen osaaminen on keskeistä palliatiivisessa hoidossa, asiakas ja omaiset tulevat kuulluksi, heistä välitetään ja heidän tarpeensa ovat ensisijaisia. Aito kuuntelu, dialogisuus on tärkeätä hoitotyössä.” (v44.6)

“Kaiken a ja o! Niin potilaiden, omaisten kuin työyhteisön kesken. Miten puhutaan, teititelläänkö? Mitä tarkoittaa kunnioittava puhe? Miten kohdata haastava potilas tai omainen provosoitumatta väittelyyn ja inttämiseen? Miten olla vain hiljaa ja läsnä kun sanoja ei ole?” (v49.6)

4.7 Eettisyys

Eettisyys muodostuu seuraavista pääluokista: **teoreettinen osaaminen, lainsäädännön osaaminen, sensitiivisyys osana eettistä osaamista, taidollinen osaaminen ja ihmislähtöinen eettinen toiminta.**

Teoreettinen osaaminen etiikasta on *tietoa eettisistä perusasioista*, jossa sairaanhoitaja tunnistaa etiikan peruskäsitteet, hoitotyön eettiset arvot ja periaatteet sekä tunnistaa niiden tärkeyden työssään. *Eettisyys osana hoitotyötä* ilmenee taitona pohtia eettisiä asioita osana hoitotyötä sekä niiden vaikutusta hoitotyön osa-alueisiin.

“Eettinen pohdinta, elämän haurauden ymmärtäminen, ammatillisuuden pohtiminen on toiminnan pohja hoitotyössä. Sairaanhoidajien tulee työssä jatkuvasti punnita ja käyttää eettisyyttä päätöksenteon tukena, palliatiivisessa hoitotyössä eettinen pohdinta on erittäin tärkeää.” (v44.7)

Lainsäädännön osaamisessa sairaanhoitajalla tulee olla tietoa lainsäädännöstä ja potilaan oikeuksista. Erityisesti tässä korostuu tieto lainsäädännöstä ja saattohoito-ohjeista, potilaan oikeuksista ja potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamisesta.

Sensitiivisyys osana eettistä osaamista on eettisyyden ainutkertaisuuden tunnistamista. Eettisyyden monisäikeisyys ilmenee vaikeutena ymmärtää eettisiä asioita ja sen, että ei ole olemassa yhtä oikeaa vastausta. Erityistasolla sairaanhoitajalla tulee olla taitoa pitää oma näkemys tai vakaumus erillään työstä. Saattohoidon käytänteet osana sensitiivisyyttä on tiedostamista loppuelämän hoidon sisällöstä sekä saattohoidon ymmärtämistä aktiivisena hoitona ja osana hoitotyötä. Sairaanhoitajalla tulee olla osaamista saattohoidon aloituksen tunnistamisesta ja ravinnon merkityksestä sekä hoidonrajauksesta.

“Hoitajana tulee ymmärtää, että eettisesti vaikeisiin tilanteisiin joudutaan. Aina tilanteita ei voi osata ennakoita. Hoitaja pyrkii toimimaan itse eettisesti oikein ja tekee moniammatillista yhteistyötä.” (v32.7)

Taidollinen osaaminen edellyttää hoidon suunnittelua, joka ilmenee taitona laatia hoitosuunnitelma osana potilaan hoitoa. Palliatiivisen hoidon toteuttajana sairaanhoitaja lievittää potilaan oireita ja kipua, mutta myös huomioi potilaan kärsimysten lievittämisen. Sairaanhoidajan tulee toimia hoitotyön periaatteiden mukaisesti sekä tehdä päätöksiä niiden mukaisesti. Eettinen toiminta sisältää myös sen, että sairaanhoitaja ymmärtää saattohoitoon liittyvät erityiskysymykset sekä työyksikön toimintatapojen kriittisen tarkastelun sekä pohtii yhdessä kollegoiden kanssa eettisiä asioita.

“Kohdata potilas arvokkaana yksilönä, hoitaa ja puhua hänelle, ei ohita hänen tarpeitaan. Tukea hänen tapaansa hoitaa asiat eikä ylihoida, yliviestitä hänen asioitaan. Potilaalla on oikeus hyvään hoitoon elämän loppuun saakka ja kunnioitettavaa kohteluun kuoleman jälkeen.” (v95.7)

“Hyvin herkkä alue, potilasta kunnioitava, hänen arvomaailmasta katsovaa toimintaa, kuitenkin siten, että myös hoitaja voi toimia omien arvojensa kanssa linjassa, yleisten hoitotyön eettisten periaatteiden mukaisesti.” (v13.7)

Ihmislähtöinen eettinen toiminta muodostuu *potilaan arvojen mukaisesta toiminnasta* huomioiden potilaan tausta sekä hänen ihmisarvoansa kunnioitetaan. Lisäksi toimitaan potilaan arvomaailman mukaisesti. Sairaanhoitajan tulee *toimia potilaan yksilöllisten tarpeiden* mukaisesti, jossa hän tiedostaa potilaan edun, tahdon ja tarpeet sekä toiveet. Erityistasolla osaamiseen liittyy myös potilaan yksilöllisen edun vaaliminen. Ihmislähtöinen eettinen toiminta sisältää myös *läheisten huomioimisen* ja erityistasolla *sairaanhoitajan taitona toimia aktiivisessa roolissa* eettisissä asioissa. Läheisten toiveiden huomioinnissa edellytetään eettistä taitoa sekä erityistasolla ymmärrystä läheisten roolista. Erityistasolla sairaanhoitajalla tulee olla aktiivinen rooli, joka ilmenee rohkeutena toimia eettisissä ristiriitatilanteissa ja osallistumisena yhteiskunnalliseen keskusteluun.

”Eettistä keskustelua ja vuoropuhelua on käytävä jatkuvasti. Eettiset kysymykset liittyvät mm. Hoidon rajauksiin. Koulutuksen on myös otettava koppia eettisistä kysymyksistä, jotta saadaan osaamista työyhteisöihin.”
(v92.7)

”Yhteiskunnalliseen keskusteluun osallistuminen. Työryhmässä eettisen erityiskysymyksien pohtiminen, ja keskustelu. Rohkeus tuoda mahdolliset ristiriitatilanteet esiin, ja kohdata ne, sekä osallistua keskusteluun, jota nämä tilanteet ehkä aiheuttavat.” (V131.7)

4.8 Moniammatillinen tiimityö

Moniammatillinen tiimityö muodostuu seuraavista pääluokista: **teoreettinen osaaminen palliatiivisen hoidon tiimityössä, tiimitoiminnan osaaminen ja ihmislähtöinen tiimitoiminnan osaaminen.**

Teoreettinen osaaminen on *tiimityöskentelyn perusasioiden hallintaa* ja sitä, että sairaanhoitajalla on teoreettista tietoa tiimityöskentelystä. Lisäksi hänen tulee ymmärtää tiimityön merkitys ja tärkeys potilaan hoidossa. *Tiimien merkityksen ymmärtäminen* lisää palliatiivisen hoidon kokonaisuuden ja tiimin monimuotoisuuden ymmärrystä hoidon eri vaiheissa. Lisäksi tiimityö mahdollistaa potilaan hoidon onnistumisen ja eri tiimien toiminnan tiedostamisen potilaan tarpeisiin.

”Sairaanhoitajan tulee osata käyttää moniammatillista tiimiä palliatiivisessa hoidossa, lääkäri, fysioterapeutti, kotisairaala, lähihoitajat, sairaanhoitajat...”
(v32.8)

“Moniammatillinen tiimityö, toisten ammattitaidon ja osaamisen huomiointi, ymmärtäminen ja arvostaminen on sairaanhoitajan työssä keskeistä mietittäessä palliatiivisen asiakkaan hoitotyötä.” (v44.8)

Verkosto-osaaminen on osa teoreettista osaamista, joka sisältää tiedot palvelupoluista ja yhteistyötahoista sekä potilaan yhteistyötahojen kartoittamisen taidon. Sairaanhoitajalla tulee olla myös tietoa sosiaalipalveluista ja niiden järjestämisestä. Erityistasolla korostuu moniammatillisen yhteistyön koordinointi osana verkosto-osaamista. Verkosto-osaaminen edellyttää myös eri roolien tunnistamista, kuten erikoissairaanhoidon, kotihoidon ja yhdistysten. Sairaanhoitajalla tulee olla tietoa myös läheisille tarjottavasta tukiverkostosta ja potilaan hoitoverkostosta.

“Tietää mitkä ammattilaiset tekevät yhteistyötä palliatiivisessa hoidossa ja minkälaista osaamista heillä on. Osaa ohjata potilasta ja hänen läheisiään yhteistyöhön eri ammattilaisten kanssa.” (v65.8)

Tiimitoiminnan osaaminen edellyttää *asiantuntijoiden roolin tunnistamista, kuten sairaanhoitajan, lääkärin, fysioterapeutin, toimintaterapeutin, papin, sosiaalityöntekijän, psykiatrisen sairaanhoitajan sekä tukihenkilöiden roolien tietämistä.* Lisäksi moniammatillisessa tiimissä tulee *tunnistaa eri asiantuntijoiden osaaminen* ja osaamisalueet sekä toimia lääkärin kanssa yhteistyössä. Sairaanhoitajalla tulee olla taito hyödyntää tiimin jäseniä, kuten psykiatrista sairaanhoitajaa, sosiaalityöntekijää, fysio- ja toimintaterapeuttia, pappia, kokemusasiantuntijaa sekä yhdistysten toimijoita, oman osaamisen täydentäjänä. Erityistasolla edellytetään taitoa potilaan kokonaisvaltaisen hoidon koordinointiin moniammatillisuutta hyödyntäen. Lisäksi tulee olla taitoa arvostaa eri ammattiryhmien osaamista.

“Eri ammattiryhmien edustajat arvioivat ja suunnittelevat hoidon tarvetta yhteistyössä keskenään. Kaikki työskentelevät asetetun tavoitteen saavuttamiseksi. Jokainen tiimin jäsen antaa oman asiantuntemuksensa, tietoa jaetaan ja toimitaan yhteistyössä potilaan parhaaksi. Hoitajan tulisi osata ohjata potilasta/läheisiä kotiavun ja erilaisten tukimuotojen saamiseen.” (v77.8)

Tiimin toimintamallien kehittäminen edellyttää sitoutumista tiimin toimintaan, taitoa kehittää tiimin toimintamalleja, taitoa koordinoita potilaan hoitoa ja jakaa hoitovastuuta tiimissä. Erityistasolla tulee lisäksi osata hyödyntää omaa asiantuntijuutta tiimissä. Tiimitoiminnassa pitää olla *taitoa työskennellä tiimissä, jossa jäsenten mielipiteet huomioidaan.* Lisäksi

edellytetään taitoa jakaa asiantuntijuutta ja tiedottaa potilaan voinnista tiimin jäsenille. Tiimissä tulee toimia tavoitteiden mukaisesti ja yhteistyössä eettisissä asioissa sekä konsultoida mielenterveyden asiantuntijoita, seurakunnan asiantuntijoita, työyhteisön ammattilaisia tai muita asiantuntijoita. Sairaanhoidajalta tiimityöskentely edellyttää taitoa konsultoida asiantuntijoita eettisissä ja eksistentiaalisissa asioissa. Lisäksi tiimityöskentelyssä voidaan hyödyntää kolmatta sektoria. Sairaanhoidajan taitoihin tiimissä sisältyy myös taito delegoida, priorisoida ja organisoida työtehtäviä.

”Tietää eri ryhmien mahdollisuudet ja kertoa mahdollisuuksista liittyen moniammatilliseen työskentelyyn liittyen potilaalle, tunnistaa myös mahdolliset tarpeet eri ammattiryhmille. arvostaa eri ammattiryhmien osaamista ja yhteistyötä, kyetä tunnistamaan oma asiantuntijuutensa ja sen merkitys tiimissä sekä hyödyntää eri ryhmien osaamista.” (V88.8)

Osana moniammatillista tiimitoimintaa on myös **ihmislähtöisen toiminnan osaaminen**, jossa edellytetään *taitoa toimia tiimissä potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti*. Tässä sairaanhoidajalla tulee olla taitoa hyödyntää tiimin asiantuntijaosaamista potilaan ja läheisten parhaaksi. Lisäksi ihmislähtöiseen toimintaan sisältyy taito asettaa potilas keskiöön ja ymmärtää hoitoon liittyviä tavoitteita. Ihmislähtöisessä toiminnassa tarvitaan taitoa ymmärtää potilaan hoidon tarve ja hoidon oikea-aikaisuus. Erytystasolla sairaanhoidajalla tulee olla taito turvata potilaan hoidon jatkuvuus sekä taitoa tunnistaa ja hankkia tarvittavaa lisäapua.

”Kaikkien hoitoon osallistuvien mielipide on tärkeä ja mitä moninaisempi tiimi on eri ammattiryhmien koostettu sen hedelmällisempi on yhteistyö potilaan parhaaksi. Vaatii sitoutumista.” (v60.8)

”Moniammatillisuus tuo hyvän lopputuloksen potilaan ja läheisten parhaaksi. Lisäksi työtä voi jakaa ja saada tämän kautta vertaistukea ammattilaisena.” (v92.8)

4.9 Saattohoito

Saattohoito muodostuu seuraavista pääluokista: **teoreettinen osaaminen saattohoidosta, ihmislähtöinen saattohoidon osaaminen ja saattohoidon suunnittelun osaaminen**.

Teoreettinen osaaminen saattohoidosta muodostuu *perustiedosta saattohoidosta ja sen kokonaisuuden ymmärtämisestä*. Näihin liittyvät saattohoidon perusasioiden hallinta ja tieto,

tieto saattohoidosta ja sen tasoista sekä saattohoidon ydintehtävän tietämys. Sairaanhoidajan tulee tietää saattohoidon ja palliatiivisen hoidon ero sekä hänellä tulee olla tietoperusta elimistön toiminnasta kuoleman lähestyessä. Lisäksi tarvitaan kykyä hahmottaa kokonaisuuksia potilasta hoidettaessa. Saattohoito tulee ymmärtää kokonaisuutena, jossa on tavoitteet ja tarkoitus, sekä ymmärtää se monimuotoisena hoidon loppuvaiheen tukena. Erityistasolla toimivilta sairaanhoitajilta edellytetään monipuolista osaamista saattohoidosta. *Perustietämys saattohoidosta* sisältää tiedon elämän lopun oireiden hoidosta, hoitotyön toiminnoista, elämän loppuvaiheen käsitteistä sekä elämän ainutkertaisuudesta. Teoreettinen osaaminen sisältää *tietämyksen elämänlaadun ylläpidosta* sekä tiedon tekijöistä, jotka vaikuttavat potilaan elämän laatuun.

“Ymmärtää milloin ja mitä on saattohoito verrattuna palliatiiviseen hoitoon, mitä eroa on. Vaikka siirtyminen varsinaiseen saattohoitoon onkin usein liukuvaa. Omaisten tiedottaminen ja tukeminen.” (v54.9)

Sairaanhoidajalla tulee olla *tietoperusta oire- ja kivunhoidosta*. Tietoa edellytetään palliatiivisen oirehoidon erityisosaamisesta ja taitoa toteuttaa oireen mukaista hoitoa. Potilaan oirehoito on osa potilaan saattohoitoa, kuten potilaan fyysisten oireiden lievittäminen ja potilaan lääkehoito. Kivunhoidossa tarvitaan taitoa arvioida potilaan kipua, lievittää kipua, toteuttaa kivunhoitoa, turvata kivunhoidon jatkuvuus sekä hallita lääkkeellisten ja lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttö. Sairaanhoidajalla tulee olla riittävä osaaminen kuolevan potilaan kivunhoidon toteuttamisessa.

“Saattohoito on arvokas ihmisen elämään kuuluva päätepiste. Saattohoidon ydin on hyvä oirehoito, kuolevan ja hänen läheistensä viimeiset ajat ovat tärkeitä heille; kuoleva voi hyvästellä ja valmistautua kuolemaan ja omaisille jää muistoja arvokkaasta loppuajasta. Terveystieteiden ammattilaisten tehtävä ja tavoite saattohoidossa on turvata hyvällä oirehoidolla ja tuella arvokas ja ihmisarvioinen kuolema.” (v100.9)

Kokonaisvaltainen osaaminen saattohoidosta hoidosta kuvataan *kuoleman läheisyyden tunnistamisena* sekä taitona *tukea potilasta ja hänen läheisiä*. Sairaanhoidajan tulee tunnistaa kuoleman läheisyys, potilaan voinnissa tapahtuvat muutokset ja osata arvioida potilaan hoidon tarve sekä huomioida potilaan ja läheisten tukeminen osana hoitosuunnitelmaa.

“Tunnistaa elämän loppuvaiheen merkit ja informoida niistä lääkäriä, joka tekee hoitolinjaukset tarpeeksi ajoissa.” (v9.1)

“Mielestäni on tärkeä osata tunnistaa potilaan voinnin muutokset ja toimia osana hoitotiimiä, jotta potilas saa oikeaa hoitoa oikeaan aikaan. Tärkeää on osata toimia ns. potilaan asianajajana. Tärkeää olisi myös rohkeus ottaa esille ajoissa kysymykset hoitotahdosta.” (v3.1)

Ihmislähtöinen saattohoidon osaaminen on *elämän loppuvaiheen hoitotyön toteuttamisesta*, jossa sairaanhoitajalla tulee olla tietoa kuolevan potilaan hoidon periaatteista, elämän loppuvaiheen hoitotyöstä ja hyvästä hoidosta. Sairanhoitajan tulee osata arvioida potilaan hoidon tarve ja tunnistaa voinnissa tapahtuvat muutokset. Sairanhoitajan osaamista on myös tunnistaa kuoleman läheisyys ja taito huolehtia potilaasta kuoleman lähestyessä sekä toteuttaa arvokas loppuvaiheen hoito läheisten näkökulmasta. Elämän loppuvaiheen hoitotyötä on potilaan ja läheisen tukeminen. Sairanhoitajan tulee luoda levollinen elämän loppuvaihe ja toteuttaa siihen liittyvää perushoitoa, laittaa vainaja ja kohdella vainajaa arvokkaasti. Erityistasolla tulee lisäksi olla taitoa toimia kanssakulkijana elämän loppuvaiheessa, hallita saattohoidon haasteelliset tilanteet ja hoitaa potilasta kokonaisvaltaisesti. Erityistasolla sairaanhoitajalta edellytetään lisäksi *osaamista palliatiivisesta sedaatiosta*, sedaation tarpeen arvioinnista ja taitoa toteuttaa se.

“Osata kohdata kuolevia potilaita hoitotyössä, kunnioittaa ja kuunnella heitä sekä heidän läheisiään. Pyrkii auttamaan ja lievittämään ahdistavia tai kipuja lisääviä oireita ja tehdä potilaan loppu elämää mahdollisimman hyväksi. Hyvä saattohoito sisältää kuolleen potilaan kunnioittamisen ja läheisten hyvän ohjauksen ja tukemisen potilaan kuoleman jälkeen.” (v105.9)

Ihmislähtöiseen hoitoon sisältyy potilaan *psykkisten oireiden hoito*, jossa sairaanhoitajalla tulee olla taitoa lievittää potilaan kärsimystä ja tukea häntä psykososiaalisesti. Lisäksi sairaanhoitajan tulee ymmärtää mielialavaihtelujen merkitys osana saattohoitoa. Sairanhoitaja tarvitsee osaamista psykkisten oireiden tunnistamisessa ja niiden hoidossa. *Potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioiminen* ilmenee taitona toteuttaa potilaan toiveita ja kunnioittaa saattohoitopotilasta. Potilasta hoidetaan yksilönä ja huomioidaan hänen tarpeensa. Sairanhoitajalla tulee olla taitoa tukea potilasta päätöksenteossa huomioiden hänen hengellinen ja kulttuurinen tausta. Osaaminen edellyttää myös *läheisten tukemista saattohoidossa*, jossa heidät huomioidaan ja osallistetaan potilaan hoitoon. Läheiset otetaan mukaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen, sekä huomioidaan heidän tarpeensa potilaan toiveiden rinnalla. Sairanhoitajan tulee ymmärtää saattohoidon merkitys läheisille ja osata arvioida läheisten voimavarat saattohoidossa ja kunnioittaa läheisten toiveita. Läheisten tukeminen merkitsee myös mahdollisuutta läheisten läsnäoloon ja läheisten merkityksen ymmärtämistä potilaan hoidossa. Läheisiä rohkaistaan toiveiden esittämiseen ja heistä

välitetään kiireettömästi. Hoidossa on hyvä huomioida erilaiset perhetilanteet ja tukea läheisiä potilaan kuoleman jälkeen.

”Tämän toteuttaminen on tärkeää, elämän loppuvaiheen hoito pitää olla laadukasta ja hyvää sekä potilaan kannalta että omaisten kannalta.” (v28.9)

”Ihmisen elämän loppuvaiheen hoitoa, jossa potilaalla ja omaisilla on hyviä ja huonoja päiviä. Perustuu hoitolinjaukseen, joka tehdään potilasta ja omaisia kuunnellen ja mahdollisuuksien mukaan toiveet toteuttaen.” (v60.9)

Saattohoidon suunnittelun osaaminen sisältää saattohoidon toteutuksen, joka huomioi potilaan hoidon tarpeet ja jossa hyödynnetään erilaisia arviointimittareita. Tietämys saattohoidon linjauksista ja taito toteuttaa suunnitelmallista saattohoitoa on tärkeää. Sairaanhoidajalla tulee olla taitoa toimia hoitotyössä hoidonrajaukset huomioiden, ja saattohoitovaiheen alkamisajankohdan tiedostaminen on osa saattohoidon suunnitteluosaamista. Saattohoidon organisointi edellyttää alueellisten yhteistyötahojen ja järjestelymahdollisuuksien tietämistä sekä tietoa siitä, miten saattohoidon järjestäminen potilaan kotona toteutetaan. Taito järjestää potilaan elämän loppuvaiheen hoito tarkoituksenmukaisessa paikassa on osa saattohoidon suunnitteluosaamista. Erityistasolla sairaanhoidajalla tulee olla osaamista kotisaattohoidon mahdollisuuksien edistämiseen ja sen kehittämiseen.

”Pyritään järjestämään (jos mahdollista) potilaan mahdollisuus kuolla kotonaan tai saattohoitoyksikössä.” (v90.9)

”Osaa saattohoitoon kuuluvat osa-alueet ja tuen antamisen, kivunhoidon, hyvään kuolemaan saattamisen, omaisten muistamisen, vainajanlaiton ja kuoleman jälkeisten asioiden hoitamisen.” (V50.9)

4.10 Muut osaamistarpeet

Sairaanhoidajien muina osaamistarpeina palliatiivisen hoidon perus- ja erityistasolla tulivat esille seuraavat pääluokat: **ohjausosaaminen, työhyvinvointitaidot ja hoitoympäristön luomisosaaminen.**

Ohjausosaamiseen sisältyy ohjausprosessin hallinta, joka on osa potilaan hoitoa. Osana ohjausprosessia tulee tunnistaa sen vaikutukset potilaalle, joten ohjausta tulee osata arvioida. Sairaanhoidajalla tulee olla taitoa toteuttaa ohjausta sairauden hoidosta ja asiantuntijapalveluista sekä ohjata potilasta ja läheisiä. Erityistasolla olennainen osa ohjausta on kivunhoidon ja oirehoidon ohjaus. Kivunhoidon ohjaus sisältää paitsi potilaan ja läheisten ohjausta, myös erityistasolla tulee olla valmiudet ohjata kivunhoitoa kollegoille

sekä muiden yksiköiden hoitohenkilökunnalle. *Oirehoidon ohjaus* erityistasolla ilmenee taitona ohjata potilasta ja läheisiä oirehoidossa, mutta myös taitona ohjata oirehoitoa hoitohenkilöstölle. *Ohjaamisen taito saattohoidossa* ilmenee taitona kertoa loppuvaiheen hoitosuunnitelman tarkoitus ja ohjata potilasta laatimaan loppuvaiheen hoitosuunnitelma, sekä keskustella hoitolinjauksen merkityksestä potilaan ja läheisten kanssa. *Potilaan ja läheisten ohjaamisen taito* muodostuu saattohoidon ohjauksesta potilaalle ja hänen valmistelustaan elämän loppuvaiheeseen, mutta myös taitona huomioida läheisten ohjaus saattohoidon aikana ja potilaan kuoleman jälkeen.

Työhyvinvointitaito sisältää taidon vastaanottaa työhönsä tukea ja ymmärtää työnohjauksen merkitys eettisten asioiden käsittelyssä. Erityistasolla lisäksi edellytetään halua osallistua työnohjaukseen johtuen työn luonteesta. Työhyvinvointitaitoihin sisältyy myös taito tunnistaa oma tunnetila ja osata käsitellä niitä. Lisäksi *itsetuntemistaitoihin* sisältyy henkilökohtainen suhtautuminen kuolemaan ja taito käsitellä sitä. Sairaanhoidajan taitoihin sisältyy myös minäpystyvyyden tunnistaminen ja taito reflektoida omaa toimintaa sekä tunnistaa omat kehitystarpeet.

“Oman itsetuntemuksen merkitys ja hoitajaidentiteetin tunnistaminen korostuu palliatiivisessa hoidossa. On opeteltava kuuntelemaan toisen viestejä herkällä korvalla ja tunnistettava hänen arvoaan, vaikka ne ei läheskään aina olisi omien elämän arvojen mukaisia. Joskus tarvitaan hienosäätöä ja eettistä pohdintaa hoitojen rajaamisessa tai mahdollistamisessa myös henkilökunnan kesken, esim. lasten ja nuorten potilaiden kohdalla, kun läheisten toiveet ja odotukset hoidolle voi olla epärealistisia.” (v105.7)

Osaamisen kehittämiseen osana työhyvinvointitaitoja liittyy taito hakea tietoa oman osaamisen päivittämiseksi ja tunnistaa jatkuvan oppimisen merkitys osaamisen kehittämisessä. *Koulutus tuottaa osaamista* tietoihin ja taitoihin, mutta myös kokemuksen kautta tapahtuu oppimista. *Osaamista ylläpidetään* työkiertoon osallistumalla ja harjoittelemalla hoitotyönprosessin mukaista hoitosuunnitelman laatimista.

Hoitoympäristön luomisosaaminen muodostuu *turvallisen hoitoympäristön* luomisen taidosta. Se on osaamista luoda potilaalle turvallinen hoitoympäristö.

“Tunnistaa omat ihmissuhde- ja kommunikaatiot sekä kehittymisen tarpeet.”
(v110.6)

“Koulutusta aiheesta ja mahdollisuus keskustella ajatuksista jo kouluaikoina esimerkeillä esimerkiksi.” (v11.9)

“Koulutuksessa tulisi käsitellä sitä miksi jotkin asiat jätetään tekemättä loppuvaiheen hoidossa, opiskelijat ovat tänäkin päivänä järkyttyneitä siitä miksei esim. loppuvaiheen potilasta nesteytetä.” (v47.7)

*“Näitä joka ikinen pohtii yksikseen. Joskus olisi hyvä käsitellä näitä asioita henkilökunnan kesken ja avoimesti. Tähän tarvitaan esimiehen aloite.”
(v99.5)*

5 Lääkärien palliatiivisen hoidon osaaminen perus- ja erityistasolla

5.1 Hoitolinjaukset ja elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma

Hoitolinjaukset ja elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma palliatiivisessa hoidossa muodostuu kahdesta pääluokasta: **teorettinen osaaminen hoitolinjausten ja elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelman tekemisestä ja kokonaisvaltainen osaaminen palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta.**

Teorettiseen osaamiseen hoitolinjauksista ja elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelmista sisältyy osaamista ennakkoivasta hoidon suunnittelusta, osaamista hoitolinjausten tekemiseen, osaamista hoidon rajausten tekemiseen, osaamista perhekeskeiseen päätöksentekoon, osaamista päätöksenteon oikea-aikaisuudesta ja osaamista hoidon eri tasojen hyödyntämiseen. Lääkäreiden mukaan ennakkoivan hoidon suunnittelun osaaminen kattaa hoidon ennakkoinnin, hoitosuunnitelman ja ennakkoivan hoitosuunnitelman tekemisen sekä palliatiivisen hoidon tutkimusten priorisoinnin. *Hoitolinjausten tekemisessä* osaamista tulee olla eri hoitolinjausten tuntemisesta ja hoitolinjausten tekemisestä, palliatiivisen- ja saattohoitoon siirtymien ajankohdan tunnistamisesta sekä saattohoitolinjausten sekä saattohoitopäätösten tekemisestä. *Hoidon rajauksien* tekemisessä osaamista tulee olla DNR-päätöksen tekemiseen, tietoa neste- ja ravitsemushoidon periaatteista ja elämänlaatua lisäämättömien toimenpiteiden välttämisestä. Lisäksi jokaisella lääkäriellä tulee olla hoidon rajausten tekemisen perusosaaminen, jonka lisäksi erityistasolla vaaditaan osaamista hoidon rajausten erityistilanteista kuten hengitystukihoidosta, ravitsemuksesta ja antibioottihoidoista. *Päätöksenteon oikea-aikaisuudessa* lääkärin tulee tunnistaa palliatiivisen hoidon vaihe, kuoleman läheisyys sekä palliatiivisen hoidon merkitys. Lisäksi hänen tulee omata uskallusta ja rohkeutta päätösten tekemiseen. *Hoidon eri tasoja hyödyntävä lääkäri* osaa järjestää jatkohoidon sekä tunnistaa yksikössä ja erityistasolla olevan osaamisen. Lääkärien mukaan erityistasolla merkityksellistä on *perhekeskeinen päätöksenteko*, joka pitää sisällään läheisverkoston kartoittamisen sekä päätöksenteon toteutuksen yhdessä potilaan ja läheisten kanssa. Yhteistyössä toteutetussa päätöksenteossa lääkärin tulee arvioida potilaan kyky päätöksentekoon.

*“Keskustelu hoitolinjauksista (riittävän ajoissa) potilaan ja omaisten kanssa.”
(v10.1)*

“Tunnistaa lähestyvän kuoleman mahdollisuus, valmius tehdä ennakkoiva hoitosuunnitelma.” (v2.1)

”Kyky tehdä hoitolinjauksia, hoitosuunnitelmia. Kyky keskustella potilaan ja omaisten/läheisten kanssa toistuvasti tilanteen muuttuessa ja hoitolinjausten muutostarpeen edessä. Päätösten ja hoitolinjausten kirjaaminen tietojärjestelmiin” (V26.1)

Kokonaisvaltainen osaaminen palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta sisältää osaamista palliatiivisesta hoidosta, osaamista pitkäaikaissairauksien hoidosta sekä erityistasolla osaamista eri potilasryhmien kokonaisvaltaisesta hoidosta. Palliatiivisen hoidon osaaminen pitää sisällään lääkärin kyvyn tunnistaa käsitteiden väliset erot ja kompetenssin hyväksyä kuolema osana elämää. *Pitkäaikaissairauksien osaaminen* koostuu sairauksien tuntemisesta ja niiden hoitojen suunnittelun osaamisesta. Erityistasolla lääkäriillä vaaditaan osaamista eri potilasryhmien kokonaisvaltaisesta hoidosta, jolloin hänellä tulee olla osaamista oirehoidon suunnittelusta ja toteutuksesta, sairauden vaiheen tunnistamisesta sekä monipuolinen ymmärrystä eri sairauksista.

*”Täytyy omata siis riittävät taidot monien pitkäaikaissairauksien hoidosta”
(v4.1)*

*”Osata tehdä hoitolinjaus ajoissa eli ymmärtää eri sairauksien luonne ja arvioida yksittäisen potilaan sairauden tilaa voinnin ja avun tarpeen pohjalta.
(V48.1)*

5.2 Kivunhoito

Kivunhoidon osaaminen palliatiivisessa hoidossa muodostuu seuraavista pääluokista: **teorettinen osaaminen kivunhoidosta** sekä **kokonaisvaltainen kivunhoidon toteutusosaamisen osaaminen**.

Teorettinen osaaminen kivunhoidosta on opioidien käytön ja annostelun osaamista sekä osaamista erilaisten annostelutapojen toteuttamisesta. Lääkärrien mukaan opioidien käytön ja annostelun osaaminen pitää sisältää opioidien annostelun, käytön ja kontraindikaatioiden perusteet sekä tiedon läpilyöntikipulääkkeiden käytöstä. Lisäksi erityistasolla lääkäriltä vaaditaan osaamista opioidilääkkeiden korvaamisesta, opioidiannosvastaavuuksista sekä harvemmin käytettyjen opioidien käytöstä. *Erilaisten annostelutapojen toteuttamisen* osaaminen on lääkärin työssä monipuolisten annostelutapojen ja lääkeannostelijoiden käyttöä sekä rohkeutta kipulääkityksen toteuttamiseen. Lisäksi erityistasolla tulee osata vaativan lääkeannostelijan käyttöä eri antoreittejä käyttäen sekä palliatiivisen sedaation toteuttaminen.

*“Keskeisten opiaattien (morfiini, oksikodoni, fentanyyli) käyttö ja niiden haittavaikutukset läpilyöntikivun hoidon perusteet, milloin täytyy konsultoida.
(v2.2)*

*“Eri opiaattien annosvastaavuudet, indikaatiot ja kontraindikaatiot, kipua lievittävät toimenpiteet, esim. sädetys (tietoisuus, konsultaatioväylät), kipupumpun hallinta, spinaalisen kivun lievityksen mahdollisuus, kons väylät vaativissa tilanteissa, kivun ja mahdollisen kipukatastrofin ennakoiminen.”
(V53.2)*

Kokonaisvaltainen kivunhoidon toteutuksen osaaminen koostuu kivunhoidon peruseriaatteista, kivun tunnistamisesta ja mittaamisesta, kipulääkkeiden käytön ja annostelun osaamisesta, kipulääkkeiden haitallisten vaikutusten tuntemisesta, tutkimusten ja hoitomahdollisuuksien tunteminen sekä lääkkeettömien hoitomuotojen osaamisesta. Lääkäreiden mukaan kivunhoidon peruseriaatteet pitää sisällään kivunhoidon periaatteiden tuntemisen ja osaamisen peruskipulääkkeiden valintaan. Kivun tunnistamisessa ja mittaamisessa lääkärin tulee tunnistaa kivun eri tyypit sekä kivun mittaamisen periaatteet. Tämän lisäksi lääkärin tulee tunnistaa erilaiset kiputilat, joista esille tuli erityisesti neuropaattinen kipu sekä kuolevan henkilön kipujen tunnistaminen. Kipulääkkeiden käytössä ja annostelussa edellytetään osaamista kipulääkkeiden annostelusta, kipulääkityksen tukilääkkeistä, kivunhoidon portaista sekä lääkkeiden yksityiskohtaisemmista käyttöaiheista. Erityistasolla lääkärillä tulee olla osaamista kivun ennakointiin sekä vaativan lääkehoidon laskutoimitusten hallintaan. Kipulääkkeiden haitallisten vaikutusten osaaminen pitää sisällään tiedon kipulääkkeiden haittavaikutuksista ja sivuvaikutuksista, sekä osaamisen siitä, miten näitä haittavaikutuksia voidaan hoitaa. Tutkimuksen tarpeen tunnistaminen ja kivunhoidon erityistekniikat tulee hallita osana lääkärin kompetenssiosaamista palliatiivisen hoidon tutkimuksista ja hoitomahdollisuuksista. Erityistasolla odotetaan lisäksi erityistekniikoiden laajempaa osaamista. Lääkkeettömien hoitomuotojen osaaminen tulee olla osana palliatiivista kivunhoitoa, jossa korostuu erilaiset lääkkeettömät menetelmät sekä oireenmukainen sädehoito.

“Kivun hoidon periaatteet, opiaattien käyttö ja annostelu, sivuvaikutustenymmärtäminen ja hoito.” (v10.2)

“Tietämys myös vaativista, kivun erityistekniikoista, kuten spinaaliset, epiduraaliset kivunlievitystekniikat, plexuspuudutukset, ym.” (V12.2)

5.3 Oirehoito

Oirehoito palliatiivisessa hoidossa muodostuu seuraavista pääluokista: **teoreettinen oirehoidon osaaminen ja oireiden hoidon osaaminen.**

Teoreettinen oirehoidon osaaminen sisältää osaamista ruoansulatuskanavan oireista, osaamista hengitystieoireista, osaamista psyykkisistä oireista sekä yleisoireista. Lääkärin työssä ruoansulatuskanavan oireiden hoidon osaaminen on pahoinvoinnin, ummetuksen, suolitukoksen tai muiden ruoansulatuskanavan oireiden hoitoa. Lisäksi erityistasolla esille tuli myös kuivan suun hoito. Hengitystieoireista lääkärin tulee osata hoitaa hengenahdistuksen aiheuttamat oireet. Psyykkisten oireiden hoidosta osaamista tulee olla ahdistuneisuudesta, masennuksesta, sekavuudesta ja unettomuuden hoidosta. Lisäksi lääkärihallitulla tulee hallita teoreettinen osaaminen yleisoireiden hoidosta, joihin liittyvät kakeksian ja uupumuksen hoito, ja lisäksi erityistasolla vaativien infektioiden ja embolioiden hoito.

"Pahoinvointi, hengenahdistus henkinen ahdistus, pelko, ummetus." (v1.3)

"Osata käyttää harvinaisempia lääkkeitä mm. pahoinvoinnin hoidossa, lääkeannostelijan käyttö muissa oireissa (mm. pahoinvointi, hengenahdistus, suoliokklusio), palliatiiviset toimenpiteet mm. askites- ja pleurapunktiot, dreerien laitto." (V37.3)

Oireiden hoidon osaaminen koostuu osaamisesta oireiden tunnistamisessa ja hoidoissa, osaamisesta psyykkisten ja somaattisten oireiden lääkehoidosta, osaamista toimenpiteistä ja hätätilanteista sekä sedaation toteuttamisesta. Oireiden tunnistamisessa ja hoidossa lääkärin tulee osata somaattisten ja psyykkisten oireiden tunnistaminen sekä oireiden diagnosointi. Erityistasolla tarvitaan lisäksi osaamista eri mittarien käytöstä sekä haastavien ja harvinaisten tilanteiden oirehoidosta. Psyykkisten oireiden lääkehoidosta lääkärin tulee osata oirelääkitys, ahdistuksen oirehoito sekä muiden yleisten psyykkisten oireiden hoidosta. Somaattisten oireiden lääkehoidossa osaamisen tulee kattaa perusoirelääkityksen lisäksi erityistasolla lääkeannostelijan käytön osaaminen osana oirehoitoa. Oireiden hoidon toteuttamisessa jokaisella lääkärihallitulla tulee olla osaaminen toimenpiteiden toteuttamisesta, kuten punktioiden toteuttamisesta. Lisäksi erityistasolla lääkäreiden toimenpiteiden toteuttamisen osaamiseen kuuluu ultraäänitutkimusten tekeminen ja dreerien laitto. Erityistason palliatiivisen lääkärin tulee osata sedaation toteuttaminen, joka koostuu sedaation indikaation tunnistamisesta, ennakoinnista ja toteuttamisesta. Lääkäreiden mukaan jokaisella palliatiivisen hoidon perus- ja erityistasolla työskentelevällä lääkärihallitulla tulee olla osaamista hätätilanteissa toimimiseen.

"Oireiden syiden tunnistaminen. Lääkehoidon osaaminen, lääkkeettömän hoidon osaaminen." (v24.3)

"Palliatiivinen sedaatio: indikaatiot, ennakointi, kommunikointi potilaalle ja läheisille, sekä henkilökunnalle, jos potilas on osastolla, ennalta." (V31.3)

“Esas lomakkeen käyttö, sen pohjalta keskustelu ja monipuoliset lääkitykset.” (V20.3)

5.4 Psykososiaalinen tuki

Psykososiaalisen tuki palliatiivisessa hoidossa muodostuu seuraavasta pääluokasta: **kokonaisvaltainen psykososiaalisen tukemisen osaaminen.**

Kokonaisvaltainen psykososiaalisen tukemisen osaaminen sisältää osaamista *saatavilla olevista tukimuodoista, osaamista tuen ja ohjaamisen tarpeista sekä osaamista potilaan ja läheisen tukemisesta.* Kokonaisvaltainen psykososiaalisen tukemisen osaaminen on *tietoa saatavilla olevista tukimuodoista,* kuten sosiaalietuuksista sekä muista tukimuodosta. Lääkärillä tulee olla osaamista *tuen ja ohjaamisen tarpeista,* johon sisältyy psykososiaalisen tuen perusteet, ohjausosaaminen, psykososiaalisen tuen tarpeen tunnistaminen sekä erityistasolla psykososiaalisen tarpeen arviointi. *Potilaan ja läheisen tukemisessa* merkityksellistä on lääkärin perusosaaminen tukea läheisiä, minkä lisäksi erityistasolla osaamista tarvitaan läheisten laaja-alaisempaan tukemiseen, haastavien tilanteiden kohtaamiseen sekä lapsiperheiden tukemiseen.

“Erittäin tärkeä asia. Potilaan ja omaisten kuuleminen ja kuuntelu avainasemassa Tietenkin pitää huolehtia, että pot. ja omaiset saavat riittävän käytännön tuen; mm. etuudet, apuvälineet, jne.” (v10.4)

“Potilaan ja omaisen jaksamisen, voimavarojen selvittäminen, potilaan mieliala, psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen tuen tarve, pelot, huolet, ahdistus, masennus. Osata järjestää aikaa keskustella potilaan ja läheisen kanssa, osaamista antaa tilaa potilaan ja läheisen kertomalle.” (V31.4)

5.5 Eksistentiaalisuus

Eksistentiaalisuus palliatiivisessa hoidossa muodostuu pääluokasta **kokonaisvaltainen henkisten tarpeiden osaaminen.**

Kokonaisvaltainen henkisten tarpeiden osaaminen sisältää *ymmärrystä hengellisten asioiden merkityksestä potilaalle, suvaitsevaa suhtautumista erilaisiin vakaumuksiin, osaamista eksistentiaalisista kysymyksistä sekä osaamista maailmankatsomuksen tuntemiseen.* Ymmärrys hengellisten asioiden merkityksestä potilaalle tulee esille lääkärin kykyinä tunnistaa uskonnollisuuden ja hengellisyyden merkitys potilaalle. Eksistentiaalista osaamista on myös *suvaitseva suhtautumista erilaisiin vakaumuksiin,* joka ilmenee lääkärin tapana kohdata potilas suvaitsevaisesti ja ymmärtää erilaiset vakaumukset ja kulttuurit. *Osaaminen eksistentiaalisista kysymyksistä* edellyttää kykyä elämän kokonaisvaltaisuuden ymmärtämiseen ja eksistentiaalisten tarpeiden tunnistamiseen sekä taitoa tunnistaa

eksistentiaalisuus osana palliatiivista hoitoa, oirehoitoa ja olemassaolon kysymyksiä. Erityistasolla edellytetään lisäksi eksistentiaalisten kärsimysten systemaattista arviointia, osaamista tukea potilasta eksistentiaalisissa kysymyksissä, potilaan kuoleman toiveiden kohtaamista sekä laaja-alaista eksistentiaalisuuden ymmärtämistä. Kokonaisvaltainen henkisten tarpeiden osaaminen edellyttää erityistasolla *osaamista maailmankatsomuksen tuntemisesta*, jossa lääkäriillä tulee olla ymmärrystä erilaisuudesta sekä eri uskonnoista ja kulttuureista.

”Lääkäriin tulee ymmärtää, mitä eksistentiaalisilla kysymyksillä tarkoitetaan. Hänen tulee myös osata hienotunteisesti kysyä näistä potilaalta. Olla hyvä kuuntelija potilaalle.” (v12.5)

”Kyky kohdata aidosti, rehellisesti, avoimesti ja kunnioittavasti potilaan ja tämän lähipiirin elämää ja kuolemaa koskettavat kysymykset. Ymmärrys uskonto-, yksilö- ja kultturellisista eroista. Konsultaatiiväylät (sairaalateologit, uskonnolliset yhteisöt).” (V53.5)

5.6 Vuorovaikutus

Vuorovaikutus palliatiivisessa hoidossa muodostuu seuraavista pääluokista: **vuorovaikutusosaaminen, kohtaamisen osaaminen sekä työyhteisön vuorovaikutustaidot.**

Vuorovaikutusosaaminen palliatiivisessa hoidossa muodostuu *osaamisesta vuorovaikutustilanteista potilaan kanssa, osaamisesta kiireettömän vuorovaikutustilanteen luomiseen, osaamisesta kipukokemuksista kommunikointiin potilaan kanssa, osaamisesta läheisten kanssa kommunikointiin, dialogisuudesta hoitolinjausten tekemisessä, osaamisesta keskustella vaikeista asioista, osaamisesta puheeksi ottamiseen, osaamisesta luottamukselliseen kommunikointiin, osaamisesta inhimilliseen ja ymmärtävään kommunikointiin sekä osaamista itsensä kehittämiseen.* Vuorovaikutus potilaan kanssa on tärkeä osa palliatiivista hoitoa ja pitää sisällään potilaan kuuntelun ja keskustelun potilaan kanssa. Tässä korostuu lääkärin vuorovaikutustaidot ja kyky avata keskusteluja. Erityistasolla lääkäriillä tulee lisäksi olla *laaja-alaista vuorovaikutusosaamista.*

Vuorovaikutustilanteissa lääkärin tulee osata luoda *kiireetön vuorovaikutustilanne kohtaamisissa*, jossa merkityksellistä on riittävän ajan antamisen potilaalle ja kiireettömän tunnelman luomisen. Lisäksi kiireettömissä vuorovaikutustilanteissa korostuu läsnäolo ja potilaan tukeminen. *Kipukokemuksista kommunikointi potilaan kanssa* sisältää osaamista keskustella kivusta sekä huomioida kulttuurien välisiä eroja kivun ilmaisussa. Vuorovaikutusosaaminen edellyttää lääkäriltä *taitoa kommunikoida läheisten kanssa.* Läheisen kanssa kommunikointi pitää sisällään kuuntelun, keskustelun ja kokonaisvaltaisen vuorovaikutuksen läheisen kohtaamisessa. Dialogisuus hoitolinjausten tekemisessä,

edellyttää keskustelua potilaan ja läheisen kanssa avoimesti esiin tulleista peloista, huolista ja toiveista.

Vuorovaikutusosaaminen on *osaamista keskustella vaikeista asioista* sisältäen taidon keskustella ja kertoa vaikeista asioista potilaalle. Keskustelutaidon lisäksi lääkäriillä tulee olla *osaamista puheeksi ottamiseen*, jossa korostuu taito sekä rohkeus puhua palliatiivisesta hoidosta avoimesti. Vuorovaikutustilanteissa lääkärin tulee luoda *luottamuksellinen kommunikointiyhteys* rehellisen ja luotettavan vuorovaikutussuhteen kautta. *Inhimillinen ja ymmärtävä kommunikointi* pitää sisällään potilaan näkökulman ymmärtämisen, inhimillisen lähestymistavan sekä erityistasolla lääkäriltä *harjaantuneemmat vuorovaikutustaidot* kohtaamisissa. Erityistasolla *itsensä kehittäminen* nähtiin tärkeänä sisältäen palautteen keräämisen, itsereflektion ja täydennyskoulutuksen.

”Lämmin ja ymmärtävä ote tärkeää.” (v12.6)

”Lähestyvistä kuolemasta keskusteleminen, ennakointi, kommunikointi niin, että potilas ja läheinen pystyvät valmistautumaan tulevaan kuolemaan.” (V31.6)

”Osata pysähtyä kuuntelemaan.” (v34.6)

”Hyvät vuorovaikutustaidot (potilas, läheiset, työyhteisö, yhteistyökumppanit)”. (V61.6)

Kohtaamisaosaaminen sisältää *osaamista sensitiivisyyden ilmaisemiseen kohtaamisissa, osaamista potilaan kohtaamiseen ja osaamista läheisten kohtaamisen*. Sensitiivinen kohtaaminen on hyviä kohtaamistaitoja palliatiivisen hoidon aikana, ihmisen kokonaisuuden huomioimista sekä lämminhenkisyyttä kohtaamisissa. *Osaaminen potilaan kohtaamiseen* edellyttää läsnäoloa, myötäelämistä ja potilaan huomioimista. *Läheisen kohtaaminen* vaatii lääkäriltä taitoa aitoon lähestymiseen ja läsnäoloon.

”Osata kuunnella läheisiä.” (v25.6)

”Lämmin, ymmärtävä, kuunteleva lähestymistapa ilman papereiden ja tietokoneen räpläämistä. Asettuminen potilaan tasolle.” (V12.6)

Työyhteisön vuorovaikutustaidot pitävät sisällään *osaamista hyvän vuorovaikutuksen merkityksestä, työyhteisön kanssa kommunikoinnista sekä hyvästä kirjaamisesta*. *Osaaminen hyvästä vuorovaikutuksesta* muodostuu kommunikaation perusteista ja vuorovaikutuksen merkityksen ymmärtämisestä sekä erityistasolla lisäksi vaikeiden vuorovaikutustilanteiden

hallinnasta. *Osaaminen työyhteisön kanssa kommunikointiin edellyttää lääkäriltä moniammatillista vuorovaikutusta ja moninaista kommunikointia työyhteisön kanssa sekä erityistasolla informaation jakamista potilaan hoitoon osallistuville ja ohjeiden jakamista henkilökunnalle. Hyvä kirjaamisosaaaminen on perustasolla potilaskertomukseen kirjaamista, kun erityistasolla se käsitetään laaja-alaisempana kirjaamisena sekä Kelan lausuntojen laatimisena.*

”Osata hyvät vuorovaikutustaidot työyhteisöä kohtaan.” (v60.6)

”Keskustelujen hyvä kirjaaminen, selkeät hoitosuunnitelmat eri tilanteiden varalle ja tiedottaminen hoitoon osallistuville” (V34.6)

5.7 Eettisyys

Eettisyys palliatiivisessa hoidossa muodostuu seuraavista pääluokista: **teoreettinen osaaminen eettisyydestä, ihmislähtöinen eettinen toiminta sekä sensitiivisyys osana eettistä osaamista.**

Teoreettinen osaaminen eettisyydestä sisältää osaamista hoitoratkaisujen eettiselle perustelulle, oirehoidon ja sedaation tarpeen tunnistamiselle, osaamista käsitellä eettisistä kysymyksistä yhteiskunnan tasolla, osaamista lainsäädännöllisissä asioissa sekä osaamista osallistua keskusteluun eutanasiasta. Hoitoratkaisujen eettisessä perustelussa korostuu se, että lääkäriillä tulee olla valmiudet perustella tehdyt hoitoratkaisut ja hoidonrajaukset. Tämän lisäksi lääkärin tulee tiedostaa eettiset kysymykset osana hoidon kokonaisuutta. Erityistasolla lääkäriltä vaaditaan laaja-alaisempaa eettistä näkökulmaa toiminnan tueksi sekä kykyä käsitellä eettisiä kysymyksiä myös organisaatiotasolla. *Oirehoidon ja sedaation tarpeen tunnistamisessa* tulee olla osaamista oirehoidon ja sedaation toteuttamisesta sekä taitoa tunnistaa oirehoitojen rajapinnat. *Yhteiskunnan tasolla eettisyys* muodostuu ajankohtaisen palliatiivisen keskustelun tuntemisesta, lääkärin etiikan hallinnasta ja erityistasolla myös eettisten ohjeiden ja käytänteiden luomisesta. *Lainsäädännöllisistä asioista* tulee hallita ajantasainen lainsäädäntö ja ymmärtää juridiset asiat palliatiivisessa hoidossa. *Osaaminen eutanasia keskusteluun* mahdollistaa reflektiivisen keskustelun eutanasian kysymyksistä.

”Kykyä arvioida omia periaatteita, seurata yhteiskunnallista keskustelua/pt-järjestöissä käytävää keskustelua.” (v17.7)

“Tietoisuus nykylainsäädännöstä ja yhteiskunnallisista keskusteluaiheista (Eutanasia). Verkostoituminen, kons.väylät (eettiset toimikunnat).” (V53)

“Perusasioiden lisäksi ohjeiden ja käytäntöjen luominen, yhteistyö eri tahojen kanssa.” (V10.7)

Ihmislähtöinen eettinen toiminta on osaamista potilaan toiveiden kunnioittamiseen sekä osaamista inhimilliseen elämän loppuvaiheen hoitoon. Potilaan toiveiden kunnioittamisessa ensisijaista on tunnistaa, että potilaan tahtoa kunnioitetaan ja toimitaan hänen parhaaksi. *Inhimillinen elämän loppuvaiheen hoito* on raskaista hoitotoimista luopumista kuoleman läheisyydessä sekä inhimillisen elämän ylläpitämistä, mutta myös riskien hallintaa. Erityistasolla tarvitaan myös eettisten kysymysten huomioimista läheisten kanssa toimiessa.

“Kuoleman lähestyessä tarpeettomista elämää pitkittävästä ja oireita lisäävästä hoitotoimista/ lääkkityksistä luopuminen.” (v26.7)

“Pystyä keskustelemaan potilaan/omaisten/muun henkilökunnan kanssa hankalista eettisistä kysymyksistä” (V2.7)

Sensitiivisyys osana eettistä osaamista on osaamista työyhteisön hyvinvoinnin tukemiseen ja omien eettisten valmiuksien pohdintaan. Työyhteisön hyvinvoinnin tukeminen muodostuu keskustelujen käymisestä työyhteisössä ja työyhteisön hyvinvoinnin tunnistamisesta. Sensitiivisyys edellyttää omien eettisten valmiuksien pohdintaa, jossa korostuu eettisten kysymysten pohdinta, valmiutta perustella ratkaisujaan sekä yksilön oma palliatiivisen hoidon arvostus.

“Oma arvomaailma olisi hyvä olla selkeä, silloin eettisten kysymysten pohdinta on varmallalla pohjalla.” (v47.7)

“Eettisten kysymysten pohdinta myös moniammatillisessa ryhmässä.” (V42)

5.8 Moniammatillinen tiimityö

Moniammatillinen tiimityö palliatiivisessa hoidossa muodostuu seuraavista pääluokista: **moniammatillinen osaaminen tiimityössä, tiimitoiminnan osaaminen sekä palliatiivisen hoidon suunnittelu ja organisointi.**

Moniammatillinen osaaminen tiimityössä on moniammatillisuuden tarpeen tunnistamista, moniammatillisuuden hyödyntämistä, moniammatillisen toiminnan tunnistamista eri toimintayksiköissä sekä osaamista tarjota asiantuntija-apuja. Moniammatillisuuden tarpeen tunnistamisen osaaminen pitää sisällään moniammatillisen tiimin hyödyntämisen,

moniammatillisuuden tarpeen tunnistamisen potilaan tilaa arvioitaessa ja tarkemman moniammatillisuustarpeen tunnistamisen palliatiivisessa hoidossa. Lisäksi lääkärin tulee tunnistaa muiden ammattiryhmien osaaminen potilaan palveluverkostossa. Erityistasolla lääkärin osaamisvaatimuksena on lisäksi laaja-alaisempi moniammatillisuuden toteuttaminen. *Moniammatillisuuden hyödyntämisen osaaminen* koostuu moniammatillisen avun pyytämisestä ja avun tarjoamisesta sekä moniammatillisista keskusteluista. Tärkeää on arvostaa eri ammattiryhmien tuomaa osaamista potilaan hoitoon sekä luottaa moniammatillisen tiimin osaamiseen. *Moniammatillisen toiminnan tunnistamisen osaaminen* eri toimintayksiköissä on sen toiminnan merkityksen tunnistamista ja kykyä tunnistaa eri yksiköissä olevaa osaamista kuten erikoissairaanhoidossa, kotihoidossa ja kolmannella sektorilla. *Asiantuntija-avun tarjoamisen osaaminen* edellyttää lääkäriltä organisaatiossa olevan osaamisen tunnistamista ja asiantuntijapalveluiden tarjoamista sekä erityistasolla moniammatillisten tiimien kehittämisen osaamista.

”Tiedostaminen että muilla ammattilaisilla osaamista, jota voidaan hyödyntää potilaan parhaaksi.” (v37.8)

”Erityistasolla tulee edistää palliatiivisen hoidon toteutumista eri erikoisaloilla, esim. poliklinikoille muidenkin kuin syöpäpotilaiden vastaanottoja, konsultaatioverkostot sairaanhoitopiireissä/ sairaaloissa siten että varhainen palliatiivinen hoito toteutuisi integroituna eri erikoisaloilla.” (V39.8)

Tiimitoiminnan osaaminen on osaamista toimia osana moniammatillista tiimiä, osaamista yhteistyöstä somaattisten sairauksien ammattilaisten kanssa, osaamista yhteistyöstä psyykkisen tuen ammattilaisten kanssa, osaamista yhteistyöstä hengellisen tuen ammattilaisten kanssa, osaamista yhteistyöstä sosiaalisen tuen ammattilaisten kanssa sekä konsultointiosaamista.

Lääkärillä tulee olla osaamista toimia osana moniammatillista tiimiä, jossa korostuu oman roolin mukainen toiminta sekä taito työskennellä moniammatillisessa tiimissä. Erityistasolla korostuvat tiimin tukeminen sekä alaisena toimimisen taidot. *Yhteistyöosaaminen somaattisten sairauksien ammattilaisten kanssa* on yhteistyön toteuttamista hoitajien, fysioterapeuttien, toimintaterapeuttien sekä erityistasolla myös ravitsemusterapeuttien kanssa. *Yhteistyö psyykkisen tuen ammattilaisten kanssa* on yhteistyötä erityistasolla psykologin, psykiatrin, psykiatrisen sairaanhoitajan ja terapeutin kanssa. *Yhteistyöosaaminen hengellisen tuen ammattilaisen kanssa* on sairaalapapin ja sielunhoitajan työnkuvan tunnistamista sekä yhteistyön tekemistä muiden uskonnon ammattilaisten kanssa. Erityistasolla toteutuva *yhteistyö sosiaalisen tuen ammattilaisten kanssa* on yhteistyötä sosiaalityöntekijän sekä talouden ammattilaisten kanssa (edunvalvonta). Tärkeä osa tiimitoiminnan osaamista lääkäriellä on *konsultointiosaaminen*, joka pitää sisällään taitoa

konsultoida päätöksissä, antaa konsultaatioapua sekä tunnistaa konsultoinnin tarve. Lääkäriltä edellytetään erityistasolla edellisten lisäksi taitoa konsultointiväylien luomiseen.

”Osata kysyä apua fysio-, toiminta-, psyko- terapeuteilta, pyytää pappia tai muun uskonnollisen ryhmän edustajaa potilaan tueksi hänen niin halutessaan.” (v31.8)

”Eri ammattiryhmien sekä terapeuttien osaamisen hyödyntäminen potilaan parhaaksi. Lääkäri viettää potilaan kanssa varsin vähän aikaa verrattuna siihen, miten paljon hän hoitajien kanssa toimii. Hoitajat näkevät usein potilaan keskeiset ongelmat lähempää, ymmärrys kuunnella osaavia hoitajia ja reagoida ilman turhia viiveitä.” (V31.8)

Palliativisen hoidon suunnittelu ja organisointi toteutuu erityistasolla ja on *hoidon organisointia, verkostojen kehittämistä ja johtamisosaamista. Hoidon organisointi* sisältää hoidon koordinoinnin ja jatkohoidon suunnittelun. *Verkostojen kehittämisessä* korostuu palliativisten verkostojen luominen ja kansainvälisen yhteistyöhön vahvistaminen. *Johtamisosaamiseen* kuuluu taito uusien yksiköiden perustamiseen, tiimin johtajana toimimiseen, yhteistyöketjujen ylläpitämiseen sekä hoitotiimien rakentamiseen. Johtamisosaaminen edellyttää myös moniammatillisten työryhmien johtamista sekä kuuntelevan johtamistyylin mukaista toimintaa

”Ymmärtää moniammatillisen työskentelyn perusteet, merkitys ja osata itse koota tiimi, osata työskennellä ryhmässä ja johtaa ryhmää.” (V43.8)

”Miten tiimiä hyödynnetään ja miten tiimi kootaan.” (V60.8)

5.9 Saattohoito

Saattohoito-osaaminen muodostuu seuraavista pääluokista: **monipuolinen saattohoitovaiheen lääkehoidon osaaminen ja ihmislähtöinen saattohoidon osaaminen.**

Monipuolinen saattohoitovaiheen lääkehoidon osaaminen on osaamista saattohoitovaiheen oirehoidosta ja osaamista monipuolisesta saattohoitovaiheen lääkehoidon toteuttamisesta. Saattohoitovaiheen oirehoidon osaaminen pitää sisällään hyvän perusosaamisen oirehoidosta ja erityistasolla kuolevan potilaan vaativan oirehoidon hallinnan. Saattohoidossa tarvitaan monipuolista osaamista lääkehoidon toteuttamisesta, joka sisältää sedaation, PCA-hoidon ja saattohoitopotilaan lääkehoidon toteuttamisen sekä erityistasolla lääkehoidon erityistekniikoiden hallinnan.

*”Ymmärretään oirehoito, ei vähätellä potilaan oireita, ei pelätä opioideja.”
(v46.9)*

”On tiedettävä, milloin tehdään saattohoitolinjaus, tunnistettava potilaaseen liittyvät merkit tätä jaksoa lähestyttäessä. Eri oireiden hoito saattohoitovaiheessa on hallittava, samoin palliatiivinen sedaatio ja erityistekniikat kivun hoidossa. Saattohoidon käytännön järjestäminen kotona/ terveydenhuollon yksikössä hallittava. ” (V12.9)

Ihmislähtöinen saattohoidon osaaminen on osaamista saattohoitopotilaan hoitamisesta, osaamista kuolevan potilaan hoitamisesta ja läheisten tukemisen taito saattohoidossa. Osaaminen saattohoitopotilaan hoitamisesta sisältää saattohoidon perusteiden tuntemisen sekä potilaan hoitamisen, minkä lisäksi erityistasolla vaaditaan osaamista henkisestä läsnäolosta ja turvallisuuden tunteen luomisesta. *Ihmislähtöinen osaaminen kuolevan potilaan hoitamisesta* on lähestyvän kuoleman tunnistamista ja taitoa kohdata kuolema eri ympäristöissä. Erityistasolla se on lisäksi kuolevan potilaan hoitamista, kuoleman jälkeisen prosessin tunnistamista sekä kuoleman kulttuuristen ja uskonnollisten näkökulmien huomioimista. Erityistasolla lääkäriillä tulee lisäksi olla *taitoa tukea läheistä*, jossa läheiselle mahdollistetaan mukana oleminen potilaan saattohoidossa. Tämän lisäksi huomioidaan läheisen tarpeet ja varmistetaan läheiselle riittävät tuen muodot.

”Kuolevan ja hänen omaistensa kohtaaminen.” (v51.9)

”Tunnistaa milloin saattohoitovaihe alkaa ja tukea potilasta ja omaisia siihen siirryttäessä.” (V32.9)

”Osaa hoitaa haastavat saattohoitotilanteet niin oireet kuin potilaan ja perheen ahdistuksen.” (V37.9)

5.10 Muut osaamistarpeet

Muut osaamistarpeet palliatiivisessa hoidossa muodostuvat seuraavista pääluokista: **palliatiivisen hoidon kehittäminen ja työhyvinvointitaidot.**

Palliatiivisen hoidon kehittäminen koostuu erityistasolla *yhteiskunnallisten asioiden osaamisesta ja kehittämistyön toteuttamisen osaamisesta*. Yhteiskunnallisten asioiden osaaminen ilmenee poliittisena aktiivisuutena ja yhteiskunnallisena vaikuttamisena palliatiivisen hoidon kehittämisessä. *Kehittämistyön toteuttamisen* osaaminen on oman yksikön kehittämistä sekä tutkimus- ja opetustyötä.

“Osallistua eri erikoisalojen yhteistyöhön ja vuoropuheluun palliatiivisessa hengessä, pyrkiä yhteistyönä kehittämään parempia hoitoketjuja ja saumattomampaa yhteistyötä, esim. saattohoitopotilaiden siirtelyn välttämiseksi. Geriatriksen palliatiivisen lääkärin tulee myös osallistua vanhuspalveluiden organisaatioiden kehittämiseen ja pystyä avaamaan potilaan asemaa siitä hyvinkin kaukana oleville päättäjille (Diplomaatin peruskurssista voisi myös olla hyötyä). Paitsi yksittäisen potilaan hoitoa, pitäisi pystyä hahmottamaan ja kehittämään organisaatioita.” (V22.10)

Työhyvinvointitaitoja on oman osaamisen kehittämisosaaminen sekä itsetuntemus oman hyvinvoinnin tunnistamisessa. Oman osaamisen kehittämisessä on merkityksellistä tunnistaa oman osaamisen puutteet ja tiedostaa mahdollisuudet osaamisen täydentämiseen. Lisäksi tulee ymmärtää uuden tiedon merkitys palliatiivisessa hoidossa ja erityistasolla lisäksi näyttöön perustuvan hoidon toteuttaminen sekä vaihtoehtohoitojen tunteminen. *Itsetuntemus ja oman hyvinvoinnin tunnistaminen* on osaa osaamista tunnetaitojen hallitsemisesta, oman jaksamisen rajojen tunnistamista sekä omasta jaksamisesta huolehtimisesta. Erityistasolla lääkäriltä vaaditaan itsetuntemusta, joka mahdollistaa rohkeuden toimia vaativissa tilanteissa.

*“Oman osaamisen rajojen tunnistaminen. Uskaltautuminen uuden opetteluun. Oman jaksaminen tunnistaminen, ja siitä huolehtiminen.”
(v24.10)*

“Sietää epävarmuutta ja pystyä tekemään rohkeita päätöksiä.” (V29.10)

6. Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimus on ei-kajoava, ihmiseen kohdistuva tutkimus ja sen toteutuksessa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimuksessa noudatettiin EU:n tietosuojaa-asetuksen mukaisia henkilötietojen käsittelyvaatimuksia (EUR-Lex, 2016; TENK, 2012) sekä tietosuojalain (1050/2018) määräyksiä (FINLEX, 2018). Eettisen toimikunnan lausunnossa todettiin, ettei tutkimuksella ollut tarvetta eettisen toimikunnan lausunnon hakemiseen, sillä tutkimus toteutettiin terveydenhoidon ammattilaisille.

Tutkimuksen tekemisen kaikissa vaiheissa huomioitiin vastuu ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamisesta (TENK, 2019). Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistunut tiedonantaja antoi tietoisin suostumuksin osallistumisesta vastaamalla kyselyyn. Tutkimustietojen käsittelyssä, säilyttämisessä ja julkaisussa toteutettiin luottamuksellisuus- ja anonymiteettiperiaatetta. Tutkimuksen käsittelyvaiheissa varmistettiin, ettei tutkimuksen ulkopuolisilla henkilöillä ole pääsyä aineistoon. Tutkimuksen hyvällä suunnittelulla ja käytännön toteutuksella, vastuullisuuden noudattamisella, avoimuudella ja lainmukaisuuden toteutumisella vastattiin tietoiseen tutkimusprosessiin, jonka tavoitteena oli riskien, vahinkojen ja haittojen välttäminen. Lisäksi tutkimusprosessissa toteutetulla dokumentoinnilla vahvistettiin tutkimuksen luotettavuutta ja laatua. Tutkimuksen toteutuksessa, analyysivaiheessa ja tulosten aukikirjoittamisessa tavoitteena oli objektiivisuus. (TENK, 2019.) Analyysin aukikirjoituksen luotettavuutta vahvistettiin alkuperäisilmausten lisäämisellä tuloksiin; v = perustason aineisto ja V = erityistason aineisto.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitiin uskottavuuden, vahvistettavuuden, luotettavuuden ja siirrettävyyden kriteereillä (Lincoln & Guba, 1985). Aineiston analyysi ja raportointi toteutettiin vähintään kahden tutkimusryhmään osallistuvan tutkijan toimesta luotettavuuden lisäämiseksi (Polit & Beck, 2012).

7. Pohdinta ja johtopäätökset

Palliativista hoitoa toteutetaan hoidon eri tasoilla moniammatillisesti, muuttuvissa palvelujärjestelmissä yhä monikulttuurisemmassa ympäristössä. Palliativisessa hoidossa työskenteleviltä sairaanhoitajilta ja lääkäreiltä odotetaan monipuolista palliativisen hoidon osaamista kymmeneltä eri osa-alueelta. Hoidon ja oirehoidon suunnittelun ja toteuttamisen, sekä monipuolisen tuen antamisen taidon lisäksi merkittävää on omata hyvät vuorovaikutustaidot niin ammattilaisten, kuin potilaiden ja läheisten kanssa kommunikoidessa.

Sairaanhoitajien osaamisessa keskeisimpiä osa-alueita ovat perustasolla hoitolinjausten tunteminen ja elämän loppuvaiheen suunnittelu, ja erityistasolla monipuolinen ohjausosaaminen. Perustasolla toimivien sairaanhoitajien on tunnettava hoitolinjaukset ja hoidon rajaukset sekä niiden toteuttajien vastuutahot. Erityistasolla toimivien sairaanhoitajien osaamiseen kuuluu paitsi potilaan ja läheisten ohjaaminen, myös oman yksikön hoitohenkilöstön lisäksi muiden yksiköiden hoitohenkilöstön ohjaaminen palliativisessa hoidossa olevan potilaan oire- ja kivunhoitoon. Perustasolla lääkärien osaamisessa merkityksellisintä on vuorovaikutusosaaminen ja erityistasolla palliativisen hoidon kehittäminen. Vuorovaikutuksen tulisi olla kiireetöntä ja huomioivaa, niin potilaan kuin läheistenkin kohdalla, työyhteisössä ja moniammatillisesti. Vuorovaikutusosaamisessa tulee näkyä laaja-alainen osaaminen ohjeiden ja informaation jakamisessa ja itsensä kehittämisessä. Erityistasolla edellytetään palliativisen hoidon kehittämisen osaamista, kuten yhteiskunnallista vaikuttamista ja kehittämistyön toteuttamisen osaamista tutkimus- ja opetustyön muodossa. Perustasoa vaativammalla erityistasolla on vaativammat osaamisvaatimukset, ja tulosten perusteella sairaanhoitaja- ja lääkäriaineistosta nousee esille neljä merkittävää osa-alueita

Hyvän palliativisen hoidon toteuttamiseksi tarvitaan laadukasta palliativisen hoidon koulutusta, jotta voidaan turvata potilaan tarpeiden ja toiveiden mukainen palliativinen hoito ja läheisten tuki. Tämä edellyttää osaamisen kehittämistä ja osaamisen johtamista osaamisvaatimusten mukaisesti. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää palliativisen hoidon perus-, lisä- ja täydennyskoulutuksen kehittämisessä.

Lähteet

Ammattihenkilölaki 28.6.1994/559. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Ammattikorkeakoululaki 932/2014, 9. § ja 14. §. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20140932>

Cedefop. (2016). European inventory on NQF 2016. European Centre for the Development of Vocational Training. https://www.cedefop.europa.eu/files/finland_-_european_inventory_on_nqf_2016.pdf

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1):107–115.

Elo, S., Kajula, O., Tohmola, A. & Kääriäinen, M. (2022). Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. *Hoitotiede* 2022, 34 (4), 215–225.

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E-L. (2015). Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen sairaanhoidajaliitto ry. Porvoo: Bookwell Oy.

European Commission/EACEA/Eurydice. (2020). The European Higher Education Area in 2020: Bologna Process Implementation Report. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Federation of Nurses Association (EFN). (2015). EFN Competency Framework. EFN Guideline to implement Article 31 into national nurses' education programmes. European Federation of Nurses Associations. Brussels, Belgium. <http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/EFN-Competency-Framework-19-05-2015.pdf>

Euroopan komissio. (2005). Directive 2005/36/EC. Official Journal of the European Union, 30.9.2005. <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:en:PDF>

European Higher Education Area [EHEA]. (2018). Bologna Process implementation report. <https://op.europa.eu/s/oCeK>

FINLEX. (2018). Tietosuojalaki 5.12.2018/1050. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2018/20181050>

Fukada, M. (2018). Nursing competency: definition, structure and development. *Yonago Acta Medica*, 61, 1–7. <https://doi.org/10.33160/yam.2018.03.001>

Hökkä, M., Lehto, J., Joutsia, K., Kallio, S., Kiiski, K., Kurunsaari, M., Lifländer, B., Lähdetniemi, M., Matilainen, I., Mikkonen, H., Muurinen, K., Pykäläinen, T., Päälyssaho, A., Sunikka, T., Tohmola, A., Turunen, E., Väisänen, I., Ylinen, E-R & Öhberg I. (2020). Competence in palliative care and end-of-life care in nursing degree: recommendation on palliative care and end-of-

life care curriculum. In: *Publication series b. reports and surveys*, Kajaanin Ammattikorkeakoulu Oy. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-7219-71-3>

Hökkä, M., Lehto, J., Kyngäs, H. & Pölkki, T. (2022). Nursing students' perceptions of palliative care education and factors influencing learning in undergraduate nursing studies – a qualitative study. *BMC Palliat Care* 21, 40. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00915-6>

Kyngäs, H., Mikkonen, K. & Kääriäinen, M. (2019). *The application of content analysis in nursing science research*. Cham: Springer International Publishing; 2019

Lehto, J.T., Hökkä, M., Lamminmäki, A., Rahko, E., Saarto, T. & Hirvonen, O. (2020a). Palliativisen lääketieteen opetus lääketieteen kandidaattien arvioimana. *Suomen lääkärilehti, Vuosikerta*. 75, Nro 36, Sivut 1775-1780. < <https://www.laakarilehti.fi/pdf/2020/SLL362020-1775.pdf>

Lehto, J.T., Saarto, T., Hirvonen, O., Rahko, E., Lamminmäki, A., Alminoja, A. & Hökkä, M. (2020b). Palliativisen lääketieteen perusopetus – Suositus opetussuunnitelmasta yliopistojen lääketieteellisissä tiedekunnissa. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-1486-6>

Lincoln Y & Guba E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. California: Newbury Park. Sage.

Lääkäriliitto. (2021). *Palliativinen lääketiede*. Lääkäriliitto - Palliativinen lääketiede (laakariliitto.fi)

Maas-Garcia, L., & ter Maten-Speksnijder, A. (2009). The Bologna Agreement and its impact on the Master in Advanced Nursing Practice Program at Rotterdam University of Applied Sciences: incorporating mandatory internationalization in the curriculum. *International Nursing Review*, 56, 393–395. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00716.x>

Neuvoston direktiivi 77/453/ETY. (1997). Direktiivi yleissairaanhoidosta vastaavien sairaanhoitajien toimintaa koskevien lakien, asetusten ja hallinnollisten määräysten yhteensovittamisesta. <https://eurlex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/HTML/?uri=CELEX:31977L0453&from=EN>

Opetushallinnon tilastopalvelu Vipunen. (2022). *Ammattikorkeakoulutus*. <https://vipunen.fi/fi-fi/amk>

Opetus- ja kulttuuriministeriö. (2016). *Osaamis- ja koulutustarpeiden valtakunnallisen ennakkoinnin kehittäminen*. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2016: 10. Helsinki. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74851/okm10.pdf>

Opetus ja kulttuuriministeriö. (2022). *Ammattikorkeakoulut Suomessa*. <https://okm.fi/ammattikorkeakoulut>

Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus. (2019). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

- Patelarou, E., Vardavas, C., Ntzilepi, P., & Sourtzi, P. (2009). Nursing education and practice in a changing environment: the case of Greece. *Nurse Education Today*, 29(8), 840–844. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.04.005>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Ninth Edition. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Råholm, M.-B., Hedegaard, B., Löfmark, A., & Slettebø, Å. (2010). Nursing education in Denmark, Finland, Norway and Sweden – from Bachelor's Degree to PhD. *Journal of Advanced Nursing*, 66(9), 2126–2137. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05331.x>
- Šimunović, V., Županović, M., Mihanović, F., Zemunik, T., Bradarić, N. & Janković, S. (2010). In search of a Croatian model of nursing education. *Croatian Medical Journal*, 51, 383–395. <https://doi.org/10.3325/cmj.2010.51.383>
- Silén-Lipponen, M. & Korhonen, T. (2020). Osaamisen ja arvioinnin yhtenäistäminen sairaanhoitajakoulutuksessa – YleSHarviointi-hanke. Savonia-amk.
- STM. (2017). Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019 https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf
- Terveystieteiden tutkimuskeskus. (2010). *Terveystieteiden tutkimuskeskus*. <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2010/20101326>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta, TENK. (2012). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta, TENK. (2019). Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. *Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019*. https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf
- Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 1129/2014. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141129>
- Valtioneuvoston asetus tutkintojen ja muiden osaamiskokonaisuuksien viitekehyksestä 120/2017. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170120>
- WHO. (2014a). *Global atlas of palliative care at the end of life*. Geneva: World Health Organization 2014. www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf.
- WHO. (2014b). *Sixty-seventh world health assembly*. World Health Organization. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha67/a67_r19-en.pdf
- Öhlén, J., Furåker, C., Jakobsson, E., Bergh, I., & Hermansson, E. (2011). Impact of the Bologna Process in Bachelor nursing programmes: The Swedish case. *Nurse Education Today*, 31(2), 122–128. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.05.002>