

**HOITAJIEN KOKEMUKSIA OSAAMISESTA, KOULUTUKSESTA JA  
KOULUTUSTARPEESTA ERITYISTASON SAATTOHOIDOSSA**

Miina-Liisa Flinkkilä  
Pro gradu  
Hoitotiede  
Terveystieteiden opettajankoulutus  
Itä-Suomen yliopisto  
Terveystieteiden tiedekunta  
Hoitotieteen laitos  
Kesäkuu 2019

# SISÄLTÖ

## TIIVISTELMÄ ABSTRACT

<b>1</b>	<b>JOHDANTO</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TUTKIMUKSEN TAUSTA</b> .....	<b>3</b>
2.1	Palliativinen hoito ja saattohoito .....	3
2.2	Palliativisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli (ABC) .....	4
2.3	Palliativisen hoidon ja saattohoidon koulutus Suomessa .....	6
2.4	Hoitajien ammatillinen osaaminen ja koulutustarve elämän loppuvaiheen hoidossa .	7
2.5	Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista.....	14
<b>3</b>	<b>TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET</b> .....	<b>18</b>
<b>4</b>	<b>AINEISTO JA MENETELMÄT</b> .....	<b>19</b>
4.1	Tutkimukseen osallistujat .....	19
4.2	Aineistonkeruu.....	20
4.3	Tutkimusmenetelmä ja aineiston analysointi.....	21
<b>5</b>	<b>TULOKSET</b> .....	<b>24</b>
5.1	Hoitajien kuvaama osaaminen erityistason saattohoidon yksiköissä .....	24
5.1.1	Hoitotyön osaaminen elämän loppuvaiheen hoidossa.....	24
5.1.2	Hoitajien vuorovaikutusosaaminen erityistason saattohoidossa .....	31
5.1.3	Hoitajien ammatillisuus erityistason saattohoidossa.....	33
5.1.4	Hoitajien organisointi- ja ohjausosaaminen erityistason saattohoidossa .....	36
5.2	Hoitajien koulutus erityistason saattohoidossa.....	37
5.2.1	Palliativisen hoidon ja saattohoidon koulutus.....	37
5.2.2	Palliativisen hoidon ja saattohoidon lisäkoulutuksen sisällöt .....	39
5.2.3	Hoitajien kokemuksia saadusta lisäkoulutuksesta.....	42
5.3	Lisäkoulutuksen tarve elämän loppuvaiheen hoidossa.....	45
5.3.1	Kliinisen hoitotyön koulutustarve .....	45
5.3.2	Elämän loppuvaiheen hoidon järjestäminen.....	47
5.3.3	Vuorovaikutus potilaan ja perheen kanssa .....	48
5.3.4	Ammatillinen ja moniammatillinen vuorovaikutus.....	50
5.4	Yhteenveto tuloksista.....	51
<b>6</b>	<b>POHDINTA</b> .....	<b>54</b>
6.1	Tutkimuksen eettisyys .....	54
6.2	Tutkimuksen luotettavuus.....	55
6.3	Tulosten tarkastelua .....	58
<b>7</b>	<b>JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET</b> .....	<b>61</b>
	<b>LÄHTEET</b> .....	<b>63</b>

## LIITTEET

Liite 1. Tutkimuksia hoitajien osaamisesta ja koulutustarpeesta elämän loppuvaiheen hoidossa

Liite 2. Tutkimustiedote tutkimukseen osallistujille

Liite 3. Taustatietolomake tutkimukseen osallistujilta

Liite 4. Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Liite 5. Teemahaastattelurunko

Hoitajien kokemuksia osaamisesta, koulutuksesta ja koulutustarpeesta erityistason saattohoidossa.  
Pro gradu -tutkielma, 67 sivua, 5 liitettä (13 sivua)

Ohjaajat:

Yliopistonlehtori, dosentti, TtT Päivi Kankkunen ja projektipäällikkö, TtT Anja Terkamo-Moisio

Kesäkuu 2019

---

Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa on kehitetty Suomessa aktiivisesti sosiaali- ja terveystieteiden (STM) johdolla vuodesta 2010. Kehityksen tuloksena syntyi vuonna 2017 STM:n suositus, jossa ohjeistetaan saattohoidon järjestämistä Suomessa. Suosituksen perusteella Suomeen on luotu saattohoidon kolmiportainen malli, jossa määritellään hoitajien osaaminen perustasolla A, erityistasolla B ja vaativalla erityistasolla C. STM:n julkaisema suositus asettaa Suomessa hoitohenkilökunnan koulutukselle suuren haasteen. Tällä hetkellä elämän loppuvaiheen hoito ei riittävästi sisälly terveydenhuollon ammattihenkilöiden perusopetukseen ja jatkokoulutukseen.

Tutkielman tarkoituksena on kuvata osaamista erityistason (B) palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa työskentelevien hoitajien kokemana. Tarkoituksena on lisäksi kuvata, millaista koulutusta erityistason palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa työskentelevät hoitajat ovat saaneet ja mistä aihealueista he kokevat tarvitsevansa lisäkoulutusta.

Tutkimus toteutettiin laadullisin menetelmin. Tutkimusaineisto kerättiin puhelinhaastattelulla 15 erityistason saattohoidossa työskentelevältä hoitajalta. Tutkimukseen osallistui sairaan-, lähi- ja perushoitajia niin erityistason saattohoidon osastoilta kuin kotisairaalaista. Haastattelun teemoina olivat osaaminen, koulutus ja koulutustarve. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tulosten perusteella hoitajien osaaminen saattohoidon erityistasolla on laaja-alaista ja pitää sisällään hoito-, vuorovaikutus-, ammatillista- ja organisointi ja ohjausosaamista. Hoitajien koulutustarve kohdistuu samansuuntaisiin kokonaisuuksiin, kuten kliininen osaaminen, elämän loppuvaiheen hoidon järjestäminen, vuorovaikutus potilaan, läheisten ja ammattihenkilöiden välillä, oman ammatillisuuden kehittäminen ja työssä jaksamisen arviointi. Hoitotyön peruskoulutus vastaa harvoin hoitajien työelämän tarpeisiin. Lisäkoulutusta hoitajat ovat hankkineet monenlaisista koulutuksista. Koulutusten koetaan tarjoavan uutta tietoa tai vahvistavan jo opittua, mutta haasteena nähdään koulutusten kohdentaminen erityistason saattohoidossa työskentelevien hoitajien koulutustarpeisiin. Tutkielman tuloksia voidaan hyödyntää suunniteltaessa koulutusta erityistason saattohoidon yksiköissä työskenteleville hoitajille. Jatkossa tarvitaan niin laadullista kuin määrällistä tutkimusta hoitajien osaamisen kehittymisestä ja kehitettyjen lisäkoulutusten vaikuttavuudesta.

Asiasanat: Palliatiivinen hoito, erityistason saattohoito, hoitaja, osaaminen ja koulutus.

Faculty of Health Sciences  
Department of Nursing Science  
Nursing Science  
Nurse Teacher Education

**Flinkkilä, Miina-Liisa:**

The perceptions on competence, education and need for further education by nurses working in specialist palliative care.

Master's Thesis, 67 pages, 5 appendices (13 pages)

Supervisors:

University lecturer, docent, PhD Päivi Kankkunen and Project manager, PhD Anja Terkamo-Moisio

June 2019

---

The Ministry of Social Affairs and Health (MSAH) has been actively developing palliative care and end-of-life care since 2010 in Finland. In 2017, MSAH issued a three-tier framework to guide all healthcare professionals on how to organize palliative care in Finland. The framework determines the level of knowledge required by healthcare professionals on each tier of the framework, general palliative care A, specialist palliative care B and demanding specialist palliative care C. The framework poses a great challenge for adequate and purposeful training. At the moment, the initial education and additional education do not offer sufficient training for the end-of-life care.

The aim of the thesis is to identify nurses' perspectives of the competence level they need in order to work in specialist palliative care. The study focuses on the authentic experiences of the personnel. Additionally, the thesis aims to determine the education background of the healthcare personnel working in specialist palliative care. Furthermore, the study intends to identify in which areas of specialist palliative care the healthcare personnel feel they need further education or training.

The research was conducted by using qualitative research methods. The material was collected by executing phone interviews with total of 15 practical or registered nurses who work either in specialist palliative care unit or home hospital. Discussed themes were competence, education and further education and training. The data was analyzed using inductive content analysis approach.

The results show that the personnel working in specialist palliative care have a broad-ranging competence. The competence consists of care taking skills, organizational, professional and interactional and communication skills. Healthcare professionals need more training in the following skill set areas: clinical skills, interactional and communication skills with patients, family members and staff, self-assessment, coping strategies and how to provide end-of-life care. The results reveal that initial education does not meet the broad demands of the authentic working environment. The necessity of further training is expressed by the participants. The participants have acquired further education from various sources. Additional training is recognized to provide new information, or reinforcing previously acquired knowledge, but it is criticized for not always being specific enough for those working in specialist palliative care.

Keywords: End-of-life care, specialist palliative care, nurse, competence and education.

# 1 JOHDANTO

Suomessa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisen tavoitteeksi on määritetty yhdenvertainen ja vaikuttava hoito koko maassa. Palliatiivista hoitoa tarvitsee Suomessa vuosittain vähintään 30 000 henkilöä ja arviolta joka toinen heistä tarvitsee erityistason konsultaatiotukea tai hoitoa. (STM 2017.) Syöpäilmaantuvuuden odotetaan pienenevän tulevina vuosina, mutta palliatiivisen- ja saattohoidon tarve kasvaa, koska suuret ikäluokat ikääntyvät, ja samaan aikaan keskimääräinen elinikä kasvaa (Pukkala ym. 2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) julkaisi vuonna 2010 ”Hyvä saattohoito suomessa - asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset”. Saattohoitosuosituksissa korostettiin muun muassa potilaan ihmisarvoa ja hoitosuunnitelman kirjallista laatimista. Koulutukseen kiinnitettiin huomiota, lähi- ja sairaanhoitajien erikoistumiskoulutus suositeltiin aloitettavan välittömästi. (STM 2010.) Ensimmäistä suositusta seurasi vuonna 2017 ”Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle”- suositus, jossa määriteltiin tarkemmin saattohoidon järjestäminen Suomessa ja henkilökunnan osaamisvaatimukset. (STM 2017.) Viimeisimpänä on tullut 2019 helmikuussa ”Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa” raportti, jossa kartoitettiin edellisen 2017 suosituksen perusteella saattohoidon järjestäminen alueellisesti sekä tehtiin ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi (STM 2019a). Tällä hetkellä STM on nimennyt työryhmän, joka selvittää elämän loppuvaiheen hyvää hoitoa, itsemääräämisoikeutta sekä saattohoitoa ja eutanasiaa koskevia sääntelytarpeita. Työryhmä antaa tarvittaessa selvitystyön pohjalta eduskunnalle ehdotukset lainsäädännön muutoksista. (STM 2019b.)

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarkoitus on lievittää kipua ja muuta fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja henkistä kärsimystä sekä tarjota mahdollisimman hyvä elämänlaatu potilaalle ja hänen läheisilleen. (Gamondi ym. 2013, Käypähoito -suositus 2018, STM 2017.) Saattohoito voidaan nähdä kuitenkin oirehoitoa laajempänä monimuotoisena vuorovaikutusprosessina potilaan, läheisten ja hoitohenkilökunnan välillä. Hoitajien työkuolemaan saattajina on yhteydessä potilaan ja läheisten kokemaan hoidon laatuun elämän loppuvaiheen hoidossa. (Anttonen 2016, 135-136.)

STM:n julkaisema suositus elämän loppuvaiheen hoidosta asettaa Suomessa hoitohenkilökunnan koulutukselle suuren haasteen. Nykyään elämän loppuvaiheen hoito ei riittävästi sisälly terveydenhuollon ammattihenkilöiden perusopetukseen ja jatkokoulutukseen (STM 2017). Hoitohenkilökunta tarvitsee substanssiosaamista ja vuorovaikutustaitoja kyettäkseen vastaamaan elämän loppuvaiheen hoidossa esiintyviin haasteisiin (Anttonen 2016, 137), jolloin koulutus tulisi alkaa hoitohenkilökunnan peruskoulutuksesta. Tämä takaisi, että ammattihenkilöt hallitsisivat terveydenhuollossa palliatiivisen hoidon perusteet. (Anttonen 2016, 138, Käypähoito -suositus 2018.) Koulutuksen tulisi jatkua erikoistumisopinnoilla ja ylemmällä ammattikorkeakoulututkinnolla (EduPal, 2019a), joka vastaisi erityistason saattohoidon koulutustarpeisiin (Anttonen 2016).

Koulutuksen haasteisiin pyritään vastaamaan uudella Opetus- ja kulttuuriministeriön rahoittamalla ”Palliatiivisen koulutuksen kehittäminen – EduPal” – hankkeella. Hankkeen tavoitteena on kartoittaa työelämän arvioita palliatiivisen hoidon osaamistarpeista ja kehittää koulutus vastaamaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon valtakunnallisia suosituksia. (EduPal, 2018, 2019.) Palliatiivisen hoidon koulutuksen tulisi jatkua vielä peruskoulutuksen jälkeen (Gamondi ym. 2010, STM 2017) ja Edupal-hankkeen tavoitteena on kehittää valtakunnalliset palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen perus- ja jatkokoulutuksen suositukset (Edupal, 2018). On myös todettu, että hoitajien elämän loppuvaiheen hoitoa koskevissa koulutustarpeissa esiintyy eroja, riippuen oliko kyseessä avoterveydenhuollossa, sairaalassa tai saattohoitokodissa työskentelevä hoitaja (Reinke ym. 2010). EduPal-hanke kartoittaa jatkokoulutustarvetta palliatiivisen hoidon ja saattohoidon eri tasoilla (A ja B/C) (EduPal, 2018). EduPal-hankkeen johdosta on käynnistymässä niin erikoistumiskoulutus (2020 tammikuu) sekä ylempi ammattikorkeakoulutus (pilotti 2019 syyskuu) vastaamaan erityistason saattohoidossa työskentelevien hoitajien osaamisvaatimuksia (EduPal 2019).

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata osaamista erityistason (B) palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa työskentelevien hoitajien kokemana. Tarkoituksena on lisäksi kuvata, millaista koulutusta erityistason palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa työskentelevät hoitajat ovat saaneet ja mistä aihealueista he kokevat tarvitsevansa lisäkoulutusta. Tutkimuksesta saatuja tuloksia voidaan hyödyntää koulutuksen suunnittelussa erityistason saattohoidon yksiköissä työskenteleville hoitajille.

## 2 TUTKIMUKSEN TAUSTA

### 2.1 Palliatiivinen hoito ja saattohoito

Elämän loppuvaiheen hoitoon sisältyy käsitteet palliatiivinen hoito ja saattohoito (THL 2016). Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan aktiivista hoitoa silloin, kun sairauden parantamiseen ei ole enää mahdollisuutta. Palliatiivinen hoito voi kestää useita kuukausia tai vuosia. Saattohoito on elämän loppuvaiheen hoidossa viimeisenä ennen kuolemaa. Saattohoidon katsotaan alkavan, kun kuoleman odotetaan tapahtuvan lähipäivien tai viikkojen aikana. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tavoitteena on tukea ja hoitaa yksilöllisesti kuolevaa ihmistä ja hänen läheisiään. (Valvira 2017, STM 2017.) Saattohoito voidaan nähdä myös terveyttä edistävänä toimintana, jos se vahvistaa perheen voimavaroja ja tukee perhettä elämää läheisen menettämisestä huolimatta (Anttonen 2016, 136).

Palliatiivista hoitoa tarvitsee potilas, joka sairastaa kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta. Tämän johdosta potilaalle ja hänen läheisilleen aiheutuu monenlaista kärsimystä, joka voi heikentää heidän elämänlaatuansa. (STM 2017.) Hoitohenkilökunnan osaaminen on keskeisessä roolissa kuoleman vaikeuden lievittämisessä, hoitajien osaaminen auttaa potilasta ja läheisiä käsittelemään kuolemaa (Anttonen, 2016, 137).

Palliatiivista hoitoa eli oireita lievittävää hoitoa annetaan sairauden kaikissa vaiheissa, mutta palliatiivisen hoidon linjaus tehdään, kun jäljellä olevan elämän pituuteen ei voida hoidolla enää vaikuttaa, kuten jarruttavassa tai parantamiseen tähtäävässä hoitolinjassa. Palliatiivisen hoidon tavoite on potilaan oireiden lievittäminen ja mahdollisimman hyvä elämänlaatu. Tällöin ei luovuta hoidosta vaan määritellään sen tavoitteet uudelleen. (STM 2017.)

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon henkilökunnalla tulisi olla ymmärrys potilaita ja hänen läheisiään kohtaan, jotka kohtaavat elämää rajoittavan tai uhkaavan sairauden. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon lähtökohtana tulisi olla elämän kunnioittaminen sekä toimintakyvyn tukeminen mahdollisimman pitkään. Hoitohenkilökunnan tulisi ymmärtää sairauden vaikutus potilaan ja läheisten elämään sekä pystyä tukemaan heitä vaikeissa ti-

lanteissa. Hoidossa tulisi myös kunnioittaa potilaan ja läheisten kulttuuria, elämänarvoja sekä uskomuksia. (Gamondi ym. 2013, Käypä hoito -suositus 2018, STM 2017.)

Palliativisen hoitotyöllä tarkoitetaan myötätuntoista, kokonaisvaltaista, huomaavaista, sopeutuvaa, realistista ja moraalista hoitotyötä. Hoitajien palliativisen hoidon kokemus, tietotaito ja itsetuntemus edistävät palliativisen hoidon osaamisen kehittämistä. (Kirkpatrick ym. 2017.)

Saattohoitoa voidaan tarkastella substantiivisen teorian ”Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa” kautta. Teoriassa saattohoitoa kuvataan potilaan, läheisen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta käsitteillä kuoleman uhkaan joutuminen, kuoleman läheisyyden säateleminen, elämän jatkuminen, kuolemaan saattaminen, surun kanssa eläminen ja kokemusten käsitteleminen. Saattohoidon toteutuminen nähdään näiden käsitteiden avulla, joko hyvänä kuolemana tai kuolemiseen ajautumisena. Hyvällä kuolemalla ei tarkoiteta kuoleman tai luopumisen vaikeuden kieltämistä, vaan annetaan sille tilaa vähentämällä kärsimystä ja vahvistamalla ihmisen voimavaroja. (Anttonen 2016, 13.)

## 2.2 Palliativisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli (ABC)

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on julkaissut vuoden 2017 loppupuolella suosituksen palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä Suomessa (STM 2017). STM julkaisi helmikuussa 2019 raportin, jossa tarkasteltiin palliativisen hoidon ja saattohoidon tilaa Suomessa ja annettiin ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi (STM 2019a).

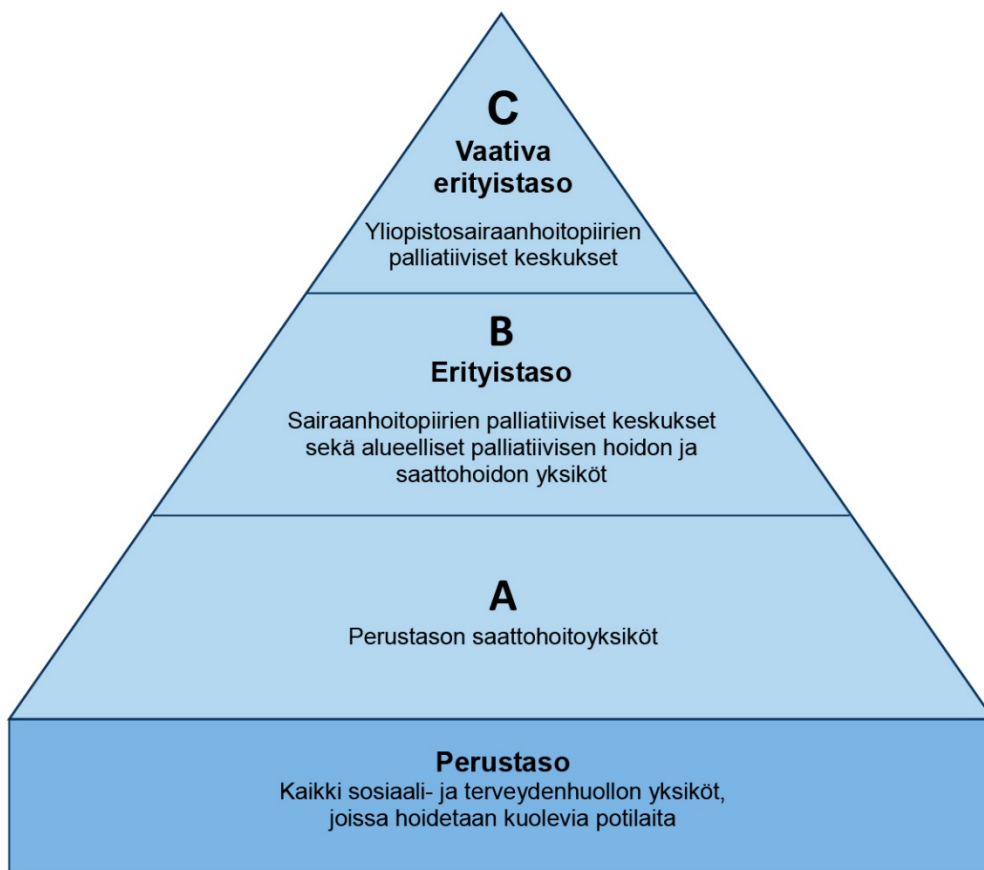
”Saattohoidon järjestäminen Suomessa” -suosituksen taustalla (Kuvio 1) on Euroopan palliativisen hoidon yhdistyksen (EAPC) kolmiportainen malli, jonka mukaan potilaat sijoitetaan hoidon vaativuuden perusteella. Malliin lisättiin vuoden 2019 raportissa myös perustaso, jolla tarkoitetaan kaikkia terveydenhuollon tai sosiaalihuollon yksikköjä, joissa tarjotaan palveluja tai hoitoa elämän loppuun saakka. Perustasoon kuuluvat muun muassa kotihoidon ja kotisairaanhoidon yksiköt, vanhainkodit tai sosiaalihuollon alaisten yksiköiden tehostettu palveluasuminen. Hoitotyön peruskoulutuksen tulisi antaa valmiudet työskennellä perustasolla. Mallissa perustasolla (A) tarkoitetaan saattohoitoyksiköitä, jotka



voivat olla perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon sairaaloiden vuodeosastot, joissa saattohoitoa on kehitetty muun toiminnan ohessa. (STM 2017, 2019a.)

Erityistasolla (B) tarkoitetaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yksiköitä, palliatiivisia poliklinikoita sekä konsultaatiotiimejä kuten, sairaanhoitopiirien palliatiiviset yksiköt, kotisairaalat, saattohoito-osastot ja -kodit. Erityistasolla työskentelee erityiskoulutettu moniammatillinen työryhmä, jossa asiantuntijasairaanhoitajat työskentelevät yksikössä ympäri vuorokauden. Erityistasolla lääkäri on virka-aikaan saatavilla ja konsultoitavissa vuorokauden ympäri. Sairaanhoitajilla tulee olla palliatiivisen hoidon erikoistumiskoulutus tai muu erikoistumiskoulutusta vastaava koulutus sekä näyttöä palliatiivisesta osaamisesta. Henkilökunnalle järjestetään säännöllisesti lisäkoulutusta, jossa huomioidaan hoitajien henkilökohtainen tarve. Lisäksi hoitoyksikössä tulisi olla riittävä kokemus erityistason palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. (STM 2017, 2019a.)

Vaativalla erityistasolla (C) tarkoitetaan yliopistosairaanhoitopiirien palliatiivisia keskuksia ja saattohoitokoteja. Mallissa vaativan erityistason hoitoyksiköiden henkilökunnan osaamisvaatimukset ovat suurelta osin samansuuntaiset. Hoitajille, jotka työskentelevät C-tasolla tulisi olla kaikilla erityiskoulutus sekä sen lisäksi riittävä kokemus vaativan erityistason palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. Erityistason (B/C) henkilökunnalla tulisi myös olla valmiuksia vaativien vuorovaikutustilanteiden varalle, psykososiaaliseen, henkiseen ja eksistentiaaliseen tukeen. (STM 2017, 2019a.)



Kuvio 1. Palliativisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli (STM 2019a).

### 2.3 Palliativisen hoidon ja saattohoidon koulutus Suomessa

Palliativista hoitoa ja saattohoitoa koskevissa ohjeistuksissa ja suosituksissa (Anttonen 2016, 138, Gamondi ym. 2013, Käypähoito 2018, STM 2010, 2017, 2019a, THL 2016) painotetaan riittävän elämän loppuvaiheen hoidon koulutuksen järjestämistä terveydenhuollon ammattihenkilöille ja osaamisen vahvistamista kaikissa hoitoon osallistuvissa henkilöstöryhmissä. Hoitajien valmius kohdata elämän loppuvaiheessa oleva potilas vaihtelevat, jonka vuoksi saattohoidon opetusta tulee antaa jokaiselle hoitoalan peruskoulutuksessa (Anttonen 2016, 138).

Hoitajien palliativisen hoidon ja saattohoidon koulutusta pidetään Suomessa riittämättömänä (STM 2017). Lähihoitajakoulutuksessa on määritelty palliativisen hoidon ja saattohoidon ammattitaitokriteerit. Sairaanhoitajilla valtakunnallista suositusta opetussuunnitelmasta ei ole. Lisäksi palliativisen hoidon ja saattohoidon opetuksen määrä vaihtelee

merkittävästi ammattikorkeakoulusta riippuen. Varsinaista erikoistumiskoulutusta ei ole, eikä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon erityisosaamista sisältävät jatkokoulutusohjelmat nykyisellään johda pätevyyttä osoittaviin tutkintoihin. (STM 2017.) Jatkokoulutusta tulee olla saatavilla saattohoidon eri tasoilla ja paikkakunnilla (Anttonen 2016, 138).

EduPal -hankkeen tavoitteena on vastata niin hoitotyön peruskoulutuksen, erikoiskoulutuksen ja ylemmän ammattikorkeakoulutuksen kehittämiseen. Hankkeen tuloksena on syntynyt uusi erikoiskoulutusohjelma ”palliatiivisen hoidon asiantuntija”, joka toteutuu 18 ammattikorkeakoulussa. Erikoiskoulutuksen tavoitteena on vastata osaamisvaatimukseen vastuuhoidajana työskennellessä perus- ja A-tasolla sekä asiantuntijana B- ja C-tasolla. Ensimmäinen erikoistumiskoulutus alkaa tammikuussa 2020. Koulutuksen sisältönä esitellään neljä moduulia, jotka ovat palliatiivisen hoidon asiakaslähtöinen prosessi, oirehoito ja kuolevan potilaan hoito, psykososiaalinen tuki, vuorovaikutus ja tiimityö sekä vapaasti valittavat opinnot. Seitsemän ammattikorkeakoulun ja Oulun yliopiston hoitotieteen laitoksen yhteistyössä kehitetty pilotti ”Kliininen asiantuntijuus -palliatiivinen hoito” -ylempi ammattikorkeakoulututkinto alkaa syksyllä 2019. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon tavoitteena on vahvistaa vaativan tason palliatiivisen hoidon osaamista, edistää palliatiivisen hoidon ja hoitotyön kehittämistä sekä tukea välillisesti koko hoitohenkilöstön osaamista. Koulutus on suunnattu B- ja C-tasolla työskenteleville hoitajille. (EduPal 2019.)

#### 2.4 Hoitajien ammatillinen osaaminen ja koulutustarve elämän loppuvaiheen hoidossa

Suomen palliatiivisen hoidon yhdistys ry on listannut palliatiivisen hoitotyön asiantuntijaosaamiseen kuuluvan itsensä kehittämisen osaamisen, eettisen osaamisen, palliatiivisen hoitotyön osaamisen, saattohoidon osaamisen, ohjaus- ja opetusosaamisen, vuorovaikutus- ja kohtaamisosaamisen, palliatiivisen hoitotyön tutkimus- ja kehittämisosaamisen, moniammatillisen yhteistyön osaamisen, palliatiivisen hoitotyön organisoimisen ja johtamisen osaamisen sekä kansainvälisyysosaamisen (Anttonen ym. 2011). Hoitotyön osaamisen arvioinnissa on Suomessa haasteita, koska hoitajilta on puuttunut virallinen erikoistumiskoulutusohjelma (STM 2019a).

Aineistoa hoitajien osaamisesta ja koulutustarpeista etsittiin Medic-, Cinahl-, Scopus- ja Pubmed-tietokannoista (taulukko 1). Hakusanoina ja lausekkeina käytettiin palliatiivinen hoito, saattohoito, koulutustarve ja hoitaja sekä sanojen englanninkielisiä vastineita. Hakua rajattiin ajallisesti sisältämään viimeisen kymmenen vuoden ajalle. Aineistoa rajattiin myös sisäänottokriteereillä, joiden perusteella artikkelin tuli olla vertaisarvioitu tutkimusartikkeli, sisällön tuli käsitellä hoitajien osaamista tai koulutustarvetta palliatiivisessa hoidossa tai saattohoidossa ja koko teksti oli saatavilla.

Ensimmäinen tiedonhaku suoritettiin syksyllä 2018, joka uusittiin helmikuussa 2019. Tiedonhaku tuotti 377 artikkelia (liite 1), joista valittiin otsikon ja tiivistelmän perusteella 22. Manuaalisen haun tuloksena löytyi yksi väitöskirja (Anttonen 2016).

Tiedonhaun kautta valituissa artikkeleissa 6 oli toteutettu laadullisin menetelmin ja 13 määrällisin menetelmin. Kaksi artikkeleista oli monimenetelmätutkimuksia ja yksi kirjallisuuskatsaus. Artikkelit olivat julkaistu USA:ssa (7), Australiassa (3), Kiinassa (3), Iso-Britanniassa (2), Alankomaissa (2), Saksassa (1), Malesiassa (1), Euroopassa (1), Ruotsissa (1) ja Suomessa (1).

Taulukko 1. Tiedonhaku eri tietokannoista.

Tietokanta	Hakusanat	Hakutulos	Valitut
Cinahl	“end of life care" OR "palliative care" OR death OR dying OR "terminally ill" AND "education* need*" AND nurs*	82	9
Medic	saattohoi* "palliatiivi- nen hoi*" terminaali- hoi* "elämän loppu- vaiheen hoi*" AND koulutus* koulutus- tar* AND hoitaja* sairaanhoita* lähihoi- ta*	3	1
Pubmed	end of life care OR palliative care OR terminal care AND nurse AND education need	236	11
Scopus	End of life care OR palliative care OR terminal care AND education need OR education needs AND nursing OR nurse	56	1

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on ollut mukana eurooppalaisessa hankkeessa (Palliative Care for Older People in Care and Nursing Homes in Europe, PACE), jossa tutkittiin hoitokodeissa työskentelevän hoitohenkilökunnan elämän loppuvaiheen hoidon osaamista kuudessa Euroopan maassa: Belgiassa, Englannissa, Hollanissa, Italiassa, Suomessa ja Puolassa. Tutkimuksen mukaan kaikkien mukana olleiden maiden tulee jatkossa kehittää hoitajien osaamista elämän loppuvaiheen hoidossa. Kaikissa maissa hoitajien perusosaaminen elämän loppuvaiheen hoidon osa-alueilla oli riittämätöntä. Suomi sijoittui maiden välisessä vertailussa keskitasolle ja sai perusosaamisen asteikolla tuloksen 0,49

(asteikolla 0-1, jossa 1 merkitsee parasta tiedon tasoa). Parhaiten vertailussa sijoittui Belgia ja huonoiten Italia sekä Puola. (Smets ym. 2018.)

Malesiassa tutkittiin (Hussin ym. 2018) hoitajien asenteita ja hoidonlaatua elämän loppuvaiheen hoidossa. Tutkimuksen mukaan hoidon laatua heikensi hoitajien riittämättömät tiedot ja taidot sekä asenne elämän loppuvaiheen hoitoon. Sen nähtiin liittyvän siihen, ettei elämän loppuvaiheen hoitoa ole integroitu hoitotyön peruskoulutukseen. (Hussin ym. 2018.)

Croxon ym. (2018) ovat kartoittaneet seitsemän vastavalmistuneen hoitajan valmiuksia hoitaa elämän loppuvaiheen hoidossa olevia potilaita. Hoitajat kokivat, että elämän loppuvaiheen hoito kuului heidän jokapäiväiseen työhönsä, vaikka kukaan heistä ei työskennellyt varsinaisilla palliatiivisen hoidon tai saattohoidon osastoilla. Hoitajat pystyivät vastaamaan potilaiden fyysisiin oireisiin, mutta he kokivat, ettei heillä ollut valmiuksia kohdata erilaisten perheiden välisiä suhteita ja kuoleman läheisyyteen liittyviä kysymyksiä. He olivat yllättyneitä, kuinka suuri vastuu heillä oli elämän loppuvaiheen potilaita hoidettaessa. (Croxon ym. 2018.)

Vastavalmistuneilla hoitajilla voidaan siis ajatella olevan haasteita hoitaa elämän loppuvaiheen hoidossa olevaa potilasta, mutta hoitajilta, jotka päätoimisesti hoitavat elämän loppuvaiheessa olevia potilaita, katsotaan myös osittain puuttuvan asianmukainen osaaminen ja koulutus (Cui 2011, Dahlin ym. 2017, Smets ym. 2018). Hoitajien mielestä suurin este toteuttaa hyvää loppuelämän hoitoa oli hoitajien sekä lääkäreiden kouluttautumattomuus (Dahlin ym. 2017). Hoitajat kokivat, että he eivät pystyneet toteuttamaan parasta mahdollista elämän loppuvaiheen hoitoa, jos koulutustarpeet jätettiin huomioimatta tai terveydenhuoltojärjestelmässä resurssit eivät riittäneet (Reinke ym. 2010). Myös kotimaisessa tutkimuksessa arvokkaan kuoleman kuvattiin mahdollistuvan vain silloin, kun moniammatillinen yhteistyö oli ristiriidatonta. Keskeisiksi saattohoidon onnistumisen edellytyksiksi muodostuivat hoitohenkilöstön organisointi- ja hoitotaidot. (Lipponen & Karvonen 2015.) Hoitajien perus tiedot ja taidot elämän loppuvaiheen hoidossa oli kuvattu olevan riittämättömät suomalaisissa hoitokodeissa. Hoitajien osaaminen oli heikkoa esimerkiksi kivun hoidossa ja laihtumiseen liittyvissä kysymyksissä sekä ravitsemusletkujen käytössä. Toisaalta taas hoitajien osaaminen oli korkeampaa kivun hoitoon liittyvissä kysymyksissä ja psykologisten tekijöiden vaikutuksesta kipuun. (Smets ym. 2018.)

White ja Coyne (2011) selvittivät, kuinka paljon syöpäosastoilla työskentelevät hoitajat olivat saaneet koulutusta elämän loppuvaiheen hoidosta viimeisen kahden vuoden aikana. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista työskenteli kuolevien potilaiden kanssa ja koki elämän loppuvaiheen hoidon tärkeäksi, mutta vain noin kolmasosa oli lisäkoulutautunut yli kaksi tuntia edellisen kahden vuoden aikana. Vastaajista 25 % myös uskoi, etteivät he olleet riittävän valmistautuneita tarjoamaan hyvää elämän loppuvaiheen hoitoa. (White & Coyne 2011.)

Elämän loppuvaiheen hoidossa hoitajat kohtaavat usein potilaan kuoleman. Australialaisessa kirjallisuuskatsauksessa selvitettiin, mitkä olivat ne tekijät, joiden avulla hoitajat jaksivat kohdata potilaan kuoleman. Katsauksen perusteella löytyi sekä ulkoisia että sisäisiä tekijöitä, jotka vaikuttivat hoitajien jaksamiseen kohdata kuolevia potilaita työssään. Sisäiset osa-alueet olivat rajojen asettaminen, reflektio, tunteiden ilmaiseminen, kuten itkeminen ja ajatus, että kuolema on osa elämää ja sitä ei pysty kontrolloimaan. Työ- ja elämäkokemus ja tasapainoinen oma elämä, johon kuuluu hyvä ravitsemus, uni ja liikunta auttoivat myös työssä jaksamisessa. (Zheng ym. 2018.) Rajojen asettamisella tarkoitettiin, että hoitaja osasi aktiivisesti jättää työt työpaikalle (Anttonen 2016, 90, Zheng ym. 2018.) Hoitajat kuvasivat huumoria työssä jaksamisen välineenä (Anttonen 2016, 75) ja huumori nähtiin rajojen asettamisessa, siten että sen kautta saatiin helpotusta kuoleman kohtaamiseen ja pystyttiin etäännyttämään potilaan kuolemasta sekä sen aiheuttamista tunteista. Ulkoisia tekijöitä, jotka helpottivat kuoleman kohtaamista, olivat keskustelu ja kuulluksi tuleminen tunne, uskonnollisuus, koulutus ja purkukeskustelut haasteellisten hoitotilanteiden jälkeen. (Zheng ym. 2018.) Purkukeskustelut ja muut tukikeinot, kuten työnohjaus ja yhteisössä tapahtuvat päivittäiset keskustelut, nähtiin saattohoidossa hoitajien voimavaroja vahvistavina (Anttonen 2016, 91).

Palliatiivisen hoidon yksikössä työskentelevät hoitajat kokivat potilaan masennusta arvioidessa vahvuutenaan kysyä potilaita tai omaisilta heidän vointiaan ja jaksamista (McCabe ym. 2012). Hoitokodissa työskentelevät hoitajat näkivät heikkoutenaan keskustelut läheisen kanssa potilaan lähestyvistä kuolemasta (Livingston ym. 2012). Hoitajat luottivat myös omiin kykyihin konsultoida potilaan psyykkisestä voinnista muun henkilökunnan kanssa (McCabe ym. 2012) tai potilaan lähestyvä kuoleman tunnistamisessa (Livingston ym. 2012).

Hoitajien kokema koulutustarve elämän loppuvaiheen potilaita hoidettaessa pitää sisällään useita eri osaamisalueita. Kirjallisuuden perusteella on kuitenkin nähtävissä, että monissa palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon liittyvissä koulutustarpeissa on suurta eroavaisuutta ja yksikön sisällä koulutustarpeet sekä osaaminen vaihteli yksittäisillä hoitajilla. (McCabe ym. 2012, Schlairet 2009.)

Smetsin ym. (2018) tekemän selvityksen mukaan Suomessa tarvitaan elämän loppuvaiheen hoidon perusosaamisen koulutusta, jossa koulutus kohdennetaan muun muassa ravitsemuksellisiin seikkoihin, kuten potilaan painon seurantaan ja laihtumiseen, ravitsemus-  
letkujen käyttöön sekä kivun ja kuolonkorinan arviointiin ja hoitoon.

Itä-Aasiassa on selvitetty hoitajien elämän loppuvaiheen hoidon koulutustarpeita, niin Shanghaissa (Cui ym. 2011) kuin Taiwanissa (Chang ym. 2016). Hoitajien suurimmat koulutustarpeet kohdistuivat potilaan ja läheisen kohtaamiseen ja ohjaamiseen, kuolevan potilaan hoitotyöhön, oirehoitoon ja arvoihin sekä asenteisiin hoidettaessa kuolevaa potilasta. (Chang ym. 2016, Cui ym. 2011.)

Hoitajien koulutustarpeita nousi kirjallisuudesta esille erilaisien potilasryhmien näkökulmasta, kuten sydämen vajaatoimintaa (Ziehm ym. 2016), dementiaa (Chen ym. 2018, Livingston ym. 2012) kehitysvammaa (Bekkema ym. 2014) ja vakavaa psyykkistä sairautta (Morgan 2016) sairastavan potilaan elämän loppuvaiheen hoitotyöstä. Yhteisiksi tekijöiksi edellä mainittujen potilasryhmien hoidossa nähtiin tärkeänä tiivis yhteistyö eri osaamisalojen ja palliatiivisen hoidon välillä (Ziehm ym. 2016, Morgan 2016). Alankomaissa tehdyn tutkimuksen mukaan (Bekkema ym. 2014) puolella kehitysvammaisten parissa työskentelevillä hoitajilla ja sosiaalityöntekijöillä ei ollut tietoa konsultaatiomahdollisuudesta elämän loppuvaiheen hoidossa. Vakavaa psyykkistä sairautta sairastavan potilaan elämän loppuvaiheen hoitopaikalla ei koettu olevan niin suurta merkitystä, kuin sillä että psykiatrinen yksikkö sekä palliatiivinen yksikkö ovat yhteistyössä potilaan hoidon aikana (Morgan 2016). Hoitajien peruskoulutuksella, työkokemuksella, dementoituneen potilaan hoidon työkokemuksella ja elämän loppuvaiheen hoidon koulutuksella oli merkitystä dementia potilaan saattohoidon osaamiseen (Chen ym. 2018, Livingston ym. 2012). Dementia potilaan hoidon osaaminen tulisi integroida osaksi palliatiivisen hoidon koulutusta (Chen ym. 2018).

Kommunikointitaidot koskien elämän loppuvaiheen hoitoa olivat yksi yleisimmistä teemoista, joista hoitajat kokevat tarvitsevänsä lisäkoulutusta (Beckstrand ym. 2012, Chang



ym. 2016, Lipponen & Karvonen 2015, Livingston ym. 2011, McCabe ym. 2012, Reinke ym. 2010, White & Coyne 2011). Hoitajilta vaaditaan monipuolista osaamista kommunikoinnista ja kohtaamisesta hoitaessaan pitkälle edennyttä syöpäpotilasta. Hoitajat kokivat keskustelut, jotka koskivat potilaan elinajan odotetta, monilta osin eettisesti haasteellisina. Hoitajat kokivat, että syöpäpotilaita hoidettaessa täytyy välillä ottaa riskejä, jos potilaalla ei ole totuudenmukaista tietoa sairaudestaan. (McLennon ym. 2013.) Hoitajat myös kokivat haastavana sen, jos potilaalta tai läheiseltä joutuu salaamaan tietoa, joka heille kuuluisi sairaudesta (Browall ym. 2014).

Hoitajat kokivat myös spirituaalisen tuen antamisen haasteelliseksi ja merkittäväksi osaksi hoitajan työtä. Spirituaalinen tuki näyttäytyi nonverbaalisena keskusteluna, kuunteluna ja potilaan tunteista puhumisena. (Wittenberg ym. 2017.) Hankalana palliatiivisessa yksikössä työskentelevät hoitajat kokivat keskustelun potilaan ja perheen kanssa masennuksesta. Koettiin, että potilaat olivat haluttomia keskustelemaan masennuksesta siihen liittyvän häpeän tunteen vuoksi ja se osaltaan vaikutti masennuksen tunnistamiseen ja potilaan ja perheen ohjaukseen masennuksen hoidossa. (McCabe ym. 2012.) Tämänkaltaisia taitoja oli harjoitellut pieni osa hoitajista, vaikka ne koettiin merkittäviksi taidoiksi hoitaessa elämän loppuvaiheen potilaita (Reinke ym. 2010, Wittenberg ym. 2017).

Merkittäväksi kommunikaatiotaidoksi lukeutui myös keskustelu potilaan kanssa, millainen hänen kuolemansa odotetaan olevan tai auttaa läheisiä ymmärtämään millainen kuolin prosessi potilaalla voi olla edessä (Reinke ym. 2010). Ruotsalaisessa tutkimuksessa, jossa hoitajat kuvasivat eksistentiaalisen kivun ja toivon näkymistä elämän loppuvaiheen hoidossa, kuvattiin, että hoitajien tulee olla tietoisia kuoleman läheisyyden tuomasta hylätyksi tulemisen tunteesta. Toisaalta potilaat kokevat olevansa täysin yksin ja toisaalta voivat kokea hylkäävänsä läheisensä kuollessaan. Hoitajat kokivat potilaiden toiveen kuolla myös hankalaksi. Näiden eksistentiaalisten tilanteiden varalle hoitajien tulisi saada koulutusta. (Browall ym. 2014.)

Hollantilaisessa tutkimuksessa mitattiin edellä mainitun kommunikoinnin haasteen kaltaiseen tilanteeseen tähtäävän henkisen tuen koulutuksen vaikuttavuutta. Tutkimuksessa todettiin, että koulutuksella voidaan saada positiivisia tuloksia hoitajien asenteisiin, kompetensseihin, kykyyn tunnistaa potilaiden henkiset tarpeet sekä vähintään hetkellisesti madaltaa kynnystä vastata potilaan henkisiin tarpeisiin. (van der Geer ym. 2018.)

Koettiin, että läheisten kohtaaminen oli yksi haasteellisimmista ja raskaimmista osista hoitotyötä (Lipponen & Karvonen 2015) ja ahdistuneiden läheisten kohtaaminen koettiin merkittävänä ja usein esiintyvänä esteenä elämänloppuvaiheen potilaita hoidettaessa (Beckstrand ym. 2012). Eettiseksi ongelmaksi muodostui, jos hoitaja koki, että potilaan läheisten tai kulttuurin normit olivat ristiriidassa hoitajan oman eettisyyden kanssa. Hoitajan kuvaamana ongelma saattoi esiintyä potilaan rankkojen syöpähoitojen jatkamisesta elämän laadun kustannuksella. (McLennon ym. 2013.)

Ristiriitaisiakin tutkimustuloksia löytyy koskien hoitajien koulutustarpeita elämän loppuvaiheen hoidossa. Schlairetin (2009) tutkimuksessa hoitajien vastaukset jakautuivat niin, että 37 % hoitajista koki, ettei tarvitse missään 23 elämän loppuvaiheen hoitoa koskevassa koulutusalueessa lisäkoulutusta. Toisaalta 24 % heistä koki, että tarvitsevat kaikissa 23 osa-alueessa lisäkoulutusta. Hoitajat arvioivat myös omaa osaamistaan näissä 23 osaamisalueessa. Arvion tuloksena kuitenkin todettiin, että osaaminen ei vastaa sitä elämän loppuvaiheen hoidon tasoa, jollaista hoitajat haluaisivat tarjota. (Schlairet 2009.) Anttonen (2016) nosti esille tutkimuksessaan, että hoitajien avuntarpeet liittyivät työn alkuvaiheessa osaamisen puutteesta ja epävarmuuden kokemisesta, sekä myöhemmin voimavarojen hii-pumisesta että uupumisesta.

Muita teemoja, joihin hoitajat kokivat tarvitsevänsä lisäkoulutusta, olivat hoidon järjestäminen, moniammatillinen kommunikointi ja työn organisointiin sekä jakamiseen liittyvä koulutus. Tämän teeman yhteydessä nostettiin esille myös hoitajien jaksaminen. Työssä jaksamista edesauttoi esimerkiksi työnohjaus tai lisäkoulutus (Anttonen 2016, Lipponen & Karvonen 2015, Reinke ym. 2010), jotka nähtiin myös tärkeänä osana hoitajien jaksamiseen kohdata työssään kuoleva potilas (Zheng ym. 2018). Tärkeänä koulutuksen osa-alueena oli oirehoito sekä yleisimmin, miten tunnistetaan potilaan ja läheisten tuen tarve elämän loppuvaiheen hoidossa (Lipponen & Karvonen 2015, White & Coyne 2011).

## 2.5 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista

Elämän loppuvaiheen hoitoon sisältyy käsitteet palliatiivinen hoito ja saattohoito (THL 2016). Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan aktiivista hoitoa silloin, kun sairauden parantamiseen ei ole enää mahdollisuutta. Saattohoito on elämän lop-

puvaiheen hoidossa viimeisenä ennen kuolemaa. (Valvira 2017, STM 2017.) Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarkoitus on lievittää kipua ja muuta fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja henkistä kärsimystä sekä tarjota mahdollisimman hyvä elämänlaatu potilaalle ja hänen läheisilleen (Gamondi ym. 2013, Käypähoito -suositus 2018, STM 2017). Palliatiivisen hoitotyöllä tarkoitetaan myötätuntoista, kokonaisvaltaista, huomaavaista, sopeutuvaa, realistista ja moraalista hoitotyötä (Kirkpatrick ym. 2017). Hyvällä kuolemalla ei tarkoiteta kuoleman tai luopumisen vaikeuden kieltämistä, vaan annetaan sille tilaa vähentämällä kärsimystä ja vahvistamalla ihmisen voimavaroja (Anttonen 2016, 13).

Suomessa STM on julkaissut vuoden 2017 loppupuolella suosituksen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä (STM 2017). Suosituksen perusteella Suomeen on syntynyt palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli (ABC), jonka mukaan potilaat sijoitetaan hoidon vaativuuden perusteella. Mallissa on perustaso, jolla tarkoitetaan kaikkia terveydenhuollon tai sosiaalihuollon yksiköitä, joissa tarjotaan palveluja tai hoitoa elämän loppuun saakka. A-perustaso, jolla tarkoitetaan saattohoitoyksiköitä, jotka voivat olla perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon sairaaloiden vuodeosastot, joissa saattohoitoa on kehitetty muun toiminnan ohessa. B-erityistaso, jolla tarkoitetaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yksiköitä, palliatiivisia poliklinikoita sekä konsultaatiotiimejä kuten, sairaanhoitopiirien palliatiiviset yksiköt, kotisairaalat, saattohoito-osastot ja -kodit. C-vaativa erityistaso, jolla tarkoitetaan yliopistosairaanhoitopiirien palliatiivisia keskuksia ja saattohoitokoteja. Suositus määrittää jokaisessa tasossa vaadittavan henkilökunnan resursoinnin, erityisosaamisen ja -koulutuksen. (STM 2017, 2019a.)

Hoitajien palliatiivisen hoidon ja saattohoidon koulutusta pidetään Suomessa riittämättömänä. Lähihoitajien peruskoulutuksessa on määritelty palliatiivisen hoidon ja saattohoidon ammattitaitokriteerit, mutta sairaanhoitajaopiskelijoilla vastaavaa ei ole. Erikoistutkimuskoulutusohjelmat eivät johda nykyisellään pätevyyttä osoittaviin tutkintoihin. (STM 2017.) Tähän koulutuksen haasteeseen pyrkii vastaamaan EduPal -hanke, jonka tavoitteena on hoitotyön peruskoulutuksen, erikoiskoulutuksen ja ylemmän ammattikorkeakoulutuksen kehittäminen (EduPal 2019).

Tässä tutkielmassa teoreettisen taustan muodostavat tutkimukset, joissa hoitajien palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamista ja koulutustarvetta on tarkasteltu hoitokodeissa (Livingston ym. 2012, Smets ym. 2018) vastavalmistuneiden (Croxon ym. 2018), päätoimisesti elämän loppuvaiheen hoidossa (Cui 2011, Dahlin ym. 2017, McCabe ym. 2012,

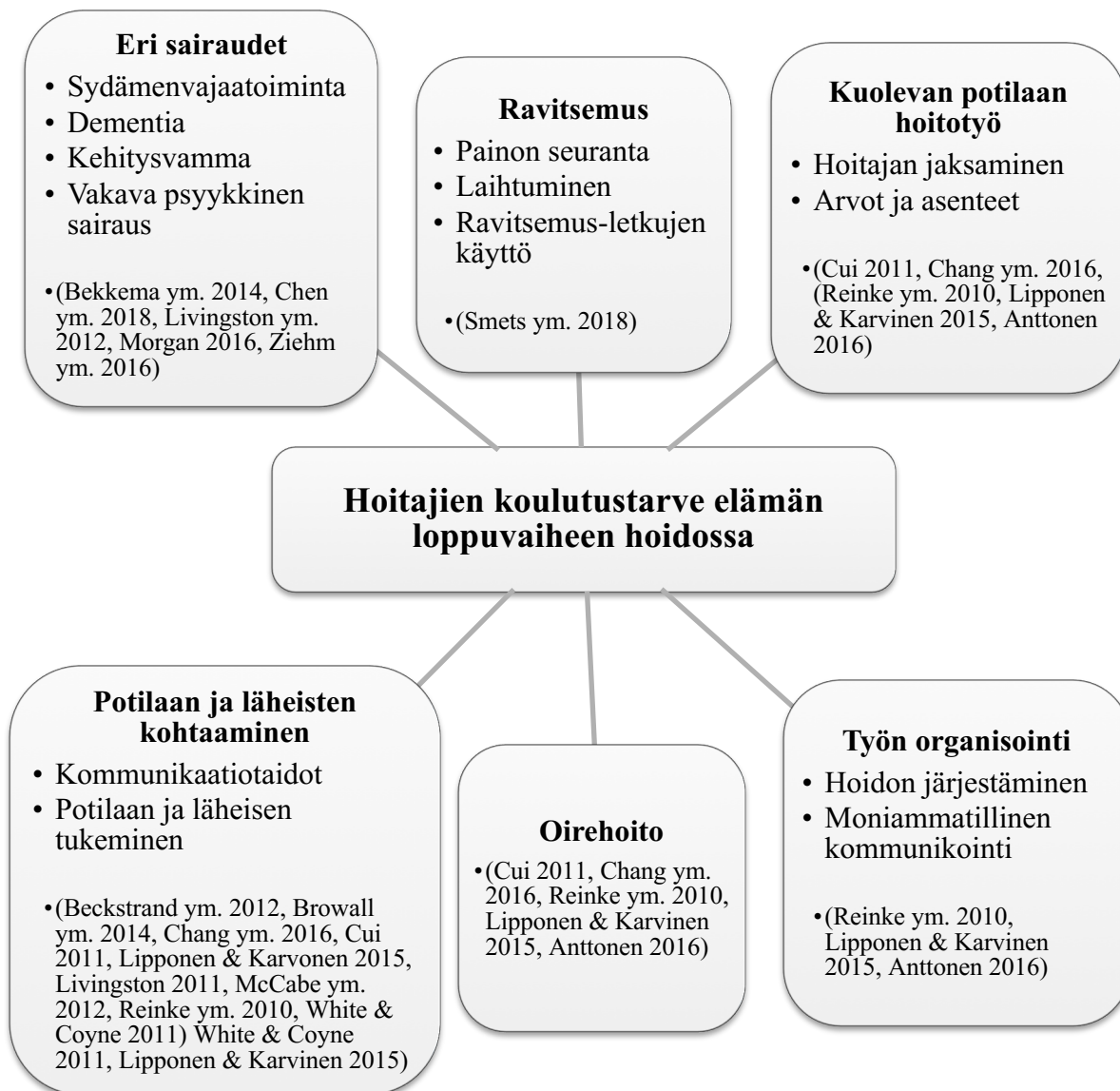
Smets ym. 2018), syöpäosastoilla (Browall ym. 2014, McLennon ym. 2013, White & Coyne 2011, Wittenberg ym. 2017), kehitysvammaisten (Bekkema ym. 2014), dementiaa sairastavien (Chen ym. 2018) ja perusterveydenhuollossa (Lipponen & Karvonen 2015, van der Geer ym. 2018) työskentelevien hoitajien näkökulmasta.

Elämän loppuvaiheen hoidossa hoitajat kokivat, että osasivat vastata potilaiden fyysisiin oireisiin (Croxon ym. 2018) ja että heidän osaamisensa oli korkeampaa kivun hoitoon liittyvissä kysymyksissä sekä psykologisten tekijöiden vaikutuksesta kipuun (Smets ym. 2018). Hoitajat luottivat myös omiin kykyihinsä konsultoida potilaan psyykkisestä voimista muun henkilökunnan kanssa (McCabe ym. 2012) tai potilaan lähestyvä kuoleman tunnistamisessa (Livingston ym. 2012). Hoitajat kokivat potilaan masennusta arvioidessa vahvuutenaan kysyä potilaita tai omaisilta heidän vointiaan ja jaksamista (McCabe ym. 2012).

Hoitokodissa työskentelevät hoitajat näkivät heikkoutenaan keskustelut läheisen kanssa potilaan lähestyvistä kuolemasta (Livingston ym. 2012). Hoitajilla ei ollut valmiuksia kohdata erilaisten perheiden välisiä suhteita ja kuoleman läheisyyteen liittyviä kysymyksiä (Croxon ym. 2018). Hoitajien perus tiedot ja taidot elämän loppuvaiheen hoidossa oli kuvattu olevan riittämättömät Suomalaisissa hoitokodeissa. Hoitajien osaaminen oli heikkoa esimerkiksi kivun hoidossa ja laihtumiseen liittyvissä kysymyksissä sekä ravitsemusletkujen käytössä. (Smets ym. 2018.)

Elämän loppuvaiheen hoidon laatua heikensi hoitajien riittämättömät tiedot ja taidot sekä asenne elämän loppuvaiheen hoitoon (Hussin ym. 2018) ja jos koulutustarpeet jätettiin huomioimatta tai terveydenhuoltojärjestelmässä resurssit eivät riittäneet (Reinke ym. 2010). Keskeisiksi saattohoidon onnistumisen edellytyksiksi kuvattiin hoitohenkilöstön organisointi- ja hoitotaidot (Lipponen & Karvonen 2015), mutta hoitajilla ei ollut tietoa konsultaatiomahdollisuudesta (Bekkema ym. 2014) ja hoitajien osaaminen vaihteli yksiköiden sisällä (McCabe ym. 2012, Schlairet 2009). Hoitajien osaamiseen katsottiin olevan vaikutusta peruskoulutuksella, työkokemuksella, ja elämän loppuvaiheen hoidon koulutuksella (Chen ym. 2018, Livingston ym. 2012).

Hoitajien koulutustarve kohdentui aikaisemman tutkimuksen perusteella ravitsemuksellisen, erilaisten sairauksien, kuolevan potilaan hoitotyön, työn organisoinnin, potilaan ja läheisten kohtaamisen ja oirehoidon osaamisen vahvistamiseen (Kuvio 2).



Kuvio 2. Hoitajien koulutustarve elämän loppuvaiheen hoidossa tausta tutkimusten perusteella.

Elämän loppuvaiheen hoidossa tulisi kehittää hoitajien osaamista (Smets ym. 2018). Hoitajien mielestä suurin este toteuttaa hyvää loppuelämän hoitoa oli hoitajien sekä lääkäreiden koulutantumattomuus (Dahlin ym. 2017). Vain noin kolmasosa syöpäosastolla työskentelevät hoitajat oli lisäkoulutautunut yli kaksi tuntia edellisen kahden vuoden aikana (White & Coyne 2011) ja elämän loppuvaiheen hoitoa ole riittävästi integroitu hoitotyön peruskoulutukseen (Hussin ym. 2018).

### 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata osaamista erityistason (B) palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa työskentelevien hoitajien kokemana. Tarkoituksena on lisäksi kuvata, millaista koulutusta erityistason palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa työskentelevät hoitajat ovat saaneet ja mistä aihealueista he kokevat tarvitsevansa lisäkoulutusta. Tutkimuksesta saatuja tuloksia voidaan hyödyntää koulutuksen suunnittelussa erityistason saattohoidon yksiköissä työskenteleville hoitajille.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten hoitajat kuvaavat tarvittavaa osaamista erityistason saattohoidon yksikössä?
2. Millaista koulutusta erityistason saattohoidon yksiköissä työskentelevät hoitajat ovat saaneet elämän loppuvaiheen hoidosta?
3. Mistä aihealueista erityistason saattohoidon yksiköissä työskentelevät hoitajat kokevat tarvitsevansa lisäkoulutusta?

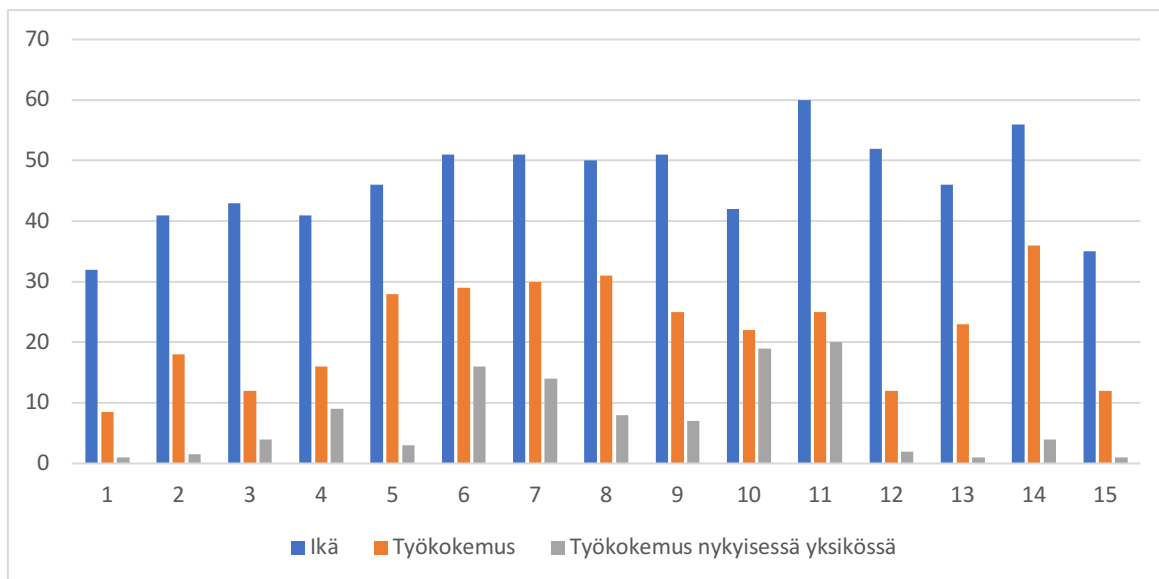
## 4 AINEISTO JA MENETELMÄT

### 4.1 Tutkimukseen osallistujat

Suomessa elämän loppuvaiheen hoidossa työskentelevien hoitajien osaamisesta, koulutuksesta ja koulutustarpeesta on saatavilla vain vähän aikaisempaa tutkimusta. Tämän vuoksi tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa kuvailevaa tietoa, jolloin tutkimus on mielekäästä toteuttaa laadullisin menetelmin (Kylmä & Juvakka 2012, 42). Tutkimukseen osallistujien hoitajien valinnassa käytettiin tarkoituksenmukaista otantaa ja kriteereinä olivat: hoitajat 1) olivat työskennelleet erityistason saattohoidossa vähintään vuoden, 2) olivat koulutukseltaan perus-, lähi- tai sairaanhoitajia ja 3) puhuivat suomea (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110).

Hoitajat rekrytoitiin haastatteluun sosiaalisen median alustojen, kuten palliativisen hoidon yhdistyksen tai Suomen perus- ja lähihoitajaliiton Facebook -sivujen kautta. Sosiaalisen median alustoille jaettiin tiedote tutkimuksesta (liite 2), jossa esiteltiin tutkimuksen tavoitteet, tarkoitus ja tutkijan sähköpostiosoite. Osallistujia pyydettiin ottamaan yhteyttä tutkijaan sähköpostitse, jolloin haastattelulle varattiin aika. Haastateltavan tuli varata aikaa haastatteluun noin tunti. Tutkija pyysi haastateltavia kertomaan tutkimuksesta kollegoille, jotka vastasivat tutkimukseen osallistujien kriteerejä, jolloin käytettiin niin sanottua lumipallo-otantaa (Hirsjärvi & Hurme 2015, 59).

Tutkimukseen osallistui yhteensä 15 hoitajaa, joista 12 oli sairaanhoitajaa, yksi terveydenhoitaja, yksi lähihoitaja ja yksi perushoitaja. Haastateltavista vanhin oli 60-vuotias ja nuorin 32-vuotias ja haastateltavien iän keskiarvoksi muodostui 46 vuotta. Hoitoalan työkokemuksen keskiarvo hoitajilla oli noin 22 vuotta ja vaihteluväli oli 8,5 vuotta – 36 vuotta. Työkokemus erityistason saattohoidon yksiköstä oli puolestaan vuodesta – 20 vuoteen ja keskiarvoksi muodostui 6,5 vuotta (kts. kuvio 3). Haastatteluun osallistui hoitajia Helsingistä, Kouvolasta, Salosta, Kotkasta, Järvenpäästä, Porvoosta, Kuopiosta, Tampereelta, Turusta, Lahdesta ja Piikkiöstä.



Kuvio 3. Tutkimukseen osallistujien ikä ja työkokemus.

#### 4.2 Aineistonkeruu

Haastattelu valittiin tutkimuksen aineistonkeruumenetelmäksi, koska hoitajien osaamista, koulutusta ja koulutustarvetta on vain vähän kartoitettu (Hirsjärvi & Hurme 2015, 36). Aineistonkeruu aloitettiin joulukuussa 2018 ja se jatkui maaliskuun loppuun 2019, jolloin aineiston katsottiin saturoituneen, eikä viimeiset haastattelut antaneet olennaisesti uutta tietoa (Hirsjärvi & Hurme 2015, 60).

Haastatteluaineisto kerätiin puhelinhaastatteluilla. Puhelun aluksi hoitajien kanssa läpikäytiin taustatiedot (liite 3) ja suostumus tutkimukseen osallistumisesta (liite 4), jonka jälkeen nauhoitus aloitettiin hoitajien suostumuksen perusteella (Eskola & Suoranta 1998, 90). Haastattelut nauhoitettiin nauhurilla ja tietokoneen nauhurilla. Haastattelunauhoitetta kertyi yhteensä 537 minuuttia, jolloin yhden haastattelun keskiarvo oli noin 36 minuuttia. Lyhyimmillään haastattelu kesti 21 minuuttia ja pisimmillään 59 minuuttia. Puhelinhaastattelu valikoitui aineistonkeruumenetelmäksi, koska sen avulla on mahdollisuus saada rikas haastatteluaineisto haastateltavien kiireestä ja maantieteellisestä etäisyydestä huolimatta (Hirsjärvi & Hurme 2015, 65, Ikonen 2017). Puhelinhaastattelua käytettäessä ei tarvitse kuitenkaan luopua laadullisen tutkimuksen tunnusmerkeistä, joita tässä tutkimuksessa on tutkimukseen osallistuvien ymmärrys tutkittavasta ilmiöstä. (Ikonen 2017.)



Tutkimuskysymyksiin tavoiteltiin vastausta puolistrukturoidulla haastattelulla, jonka teemat nousivat aikaisemman kirjallisuuden perusteella. Puolistrukturoitu haastattelu on aineistonkeruumenetelmänä monipuolinen ja joustava. Teemoja hoitotyön osaaminen, koulutustarve ja koulutus pyrittiin pilkkomaan hallittavampiin osiin apukysymyksillä (liite 4), joilla tutkija pystyi ohjaamaan haastattelua, jos se oli ajautumassa pois tutkimuksen kannalta tärkeistä teemoista. (Kallio ym. 2016.) Haastattelussa tutkija toisti haastateltavan vastauksia ja pyysi syventämään seikkoja, joita käsiteltiin lyhyesti tai jos jokin asia jäi epäselväksi (Hirsjärvi & Hurme 2015, 109).

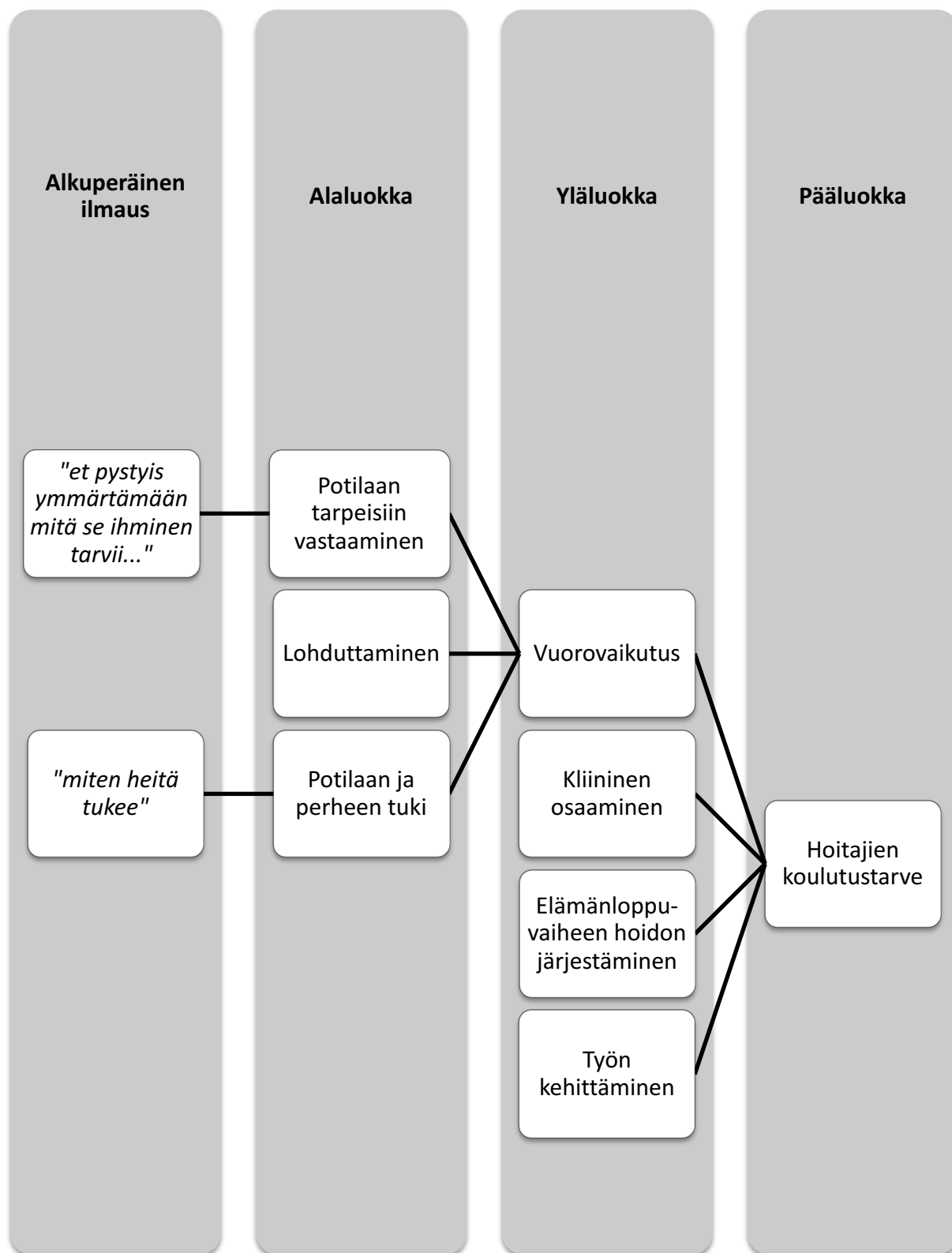
Kaksi ensimmäistä haastattelua olivat esihaastatteluita, joilla testattiin teemahaastattelurunkoa (Hirsjärvi & Hurme 2015, 72). Esihaastattelujen litteroitu materiaali lähetettiin ohjaaville opettajille. Ohjaajien antaman palautteen perusteella tehtiin haastattelurunkoon tarvittavat muutokset, jotka koskivat teeman 2. ja 3. esitysjärjestystä. Teemahaastattelussa on mahdollista edetä haastattelusta nousseiden aiheiden kautta, jolloin teemojen esittämisjärjestys ei vaikuttanut teemojen sisältöihin (Hirsjärvi & Hurme 2015, 48). Jatkossa tutkija oli herkempi sille, kumman teeman (koulutus vai koulutustarve) valitsi ensimmäisen teeman jälkeen. Tutkimuksen esihaastattelut pystyttiin sisällyttämään lopulliseen aineistoon.

#### 4.3 Tutkimusmenetelmä ja aineiston analysointi

Aineiston analyysimenetelmäksi valittiin induktiivinen sisällön analyysi, jonka avulla kuvataan subjektiivisia kokemuksia hoitotyön osaamisesta, koulutustarpeesta ja koulutustaustasta. Tallennetut haastattelut kirjoitettiin auki sanatarkasti, jolloin tekstiä syntyi 88 sivua (riviväli 1, fontinkoko 12). (Graneheim & Lundman 2004, Kylmä & Juvakka 2012.) Tekstiin tutustuttiin lukemalla se läpi useaan kertaan (Elo & Kyngäs 2007), jonka jälkeen lähdettiin kokoamaan tekstistä kohtia, joissa vastataan tutkimuksen kysymyksiin; Miten hoitajat kuvaavat tarvittavaa osaamista erityistason saattohoidon yksikössä, millaista koulutusta erityistason saattohoidon yksiköissä työskentelevät hoitajat ovat saaneet elämän loppuvaiheen hoidosta ja mistä aihealueista erityistason saattohoidon yksiköissä työskentelevät hoitajat kokevat tarvitsevansa lisäkoulutusta. Toiseen tiedostoon tallennettiin ne tekstin kohdat, eli merkitysyksiköt, jossa haastateltavat kuvaavat osaamista, koulutustarpeita tai koulutustaustoja. (Graneheim & Lundman 2004, Kylmä & Juvakka 2012.) Jokaiseen merkitysyksikköön liitettiin haastateltavan numero (H1-15), jonka avulla tutkija pys-

tyi palaamaan alkuperäiseen aineistoon (Hirsjärvi & Hurme 2015, 141). Merkitysyksikköjä löytyi tekstistä 650, joista osaamiseen liittyi 338, koulutukseen 173 ja lisäkoulutuksen tarpeeseen 139. Merkitysyksiköt analysoitiin oman teeman alla, jotta hoitajien vastaukset eivät sekoittuisi analyysiä tehdessä teemojen välillä (Hirsjärvi & Hurme 2015, 141).

Tämän jälkeen merkitysyksiköt pelkistettiin sanoiksi, lauseiksi tai ajatuskokonaisuuksiksi ja koottiin uuteen asiakirjaan sisällöllisesti samankaltaisien ilmaisuja ryhmiin. Ryhmittelyyn jälkeen jokaiselle ryhmälle laadittiin sisältöä kuvaavan nimi, jolloin syntyi tutkimuksen sisällönanalyysin alaluokat (esimerkiksi potilaan tarpeisiin vastaaminen). Alaluokkien ryhmittelyllä edelleen muodostui yläluokat (esimerkiksi vuorovaikutus potilaan, perheen ja hoitajan välillä), jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin (kuvio 4). (Graneheim & Lundman 2004, Elo & Kyngäs 2008, Kylmä & Juvakka 2012.)



Kuvio 4. Aineistolähtöisellä analyysillä muodostetut luokat hoitajien koulutustarpeesta.

## 5 TULOKSET

### 5.1 Hoitajien kuvaama osaaminen erityistason saattohoidon yksiköissä

#### 5.1.1 Hoitotyön osaaminen elämän loppuvaiheen hoidossa

Hoitajat kokivat, että erityistason saattohoidossa hoitajien osaaminen tulee olla hyvin laaja-alaista. Hoitotyön osaamisalueet erityistason saattohoidossa työskentelevien hoitajien kuvaamana on esitetty kuviossa 5. Potilaan perushoitoon liittyvät tiedot ja taidot tulee osata, ennen kuin hakeutuu erityistason saattohoidon yksikköön. Koettiin, että hoitajalla tuli olla syvällisempi ymmärrys, kuin esimerkiksi perustason saattohoidossa.

*”No ne on niin kuin huomattavasti syvemmät kuin normaalissa sairaanhoidossa, et kyllä siinä erikoisosaamista tarvitaan” (H14).*



Kuvio 5. Hoitotyön osaaminen erityistason saattohoidossa hoitajien kuvaamana.

*Palliativisen ja saattohoidon perusteet* tulee hoitajien mielestä osata erityistason saattohoidossa työskennellessä. Hoitajien tulee ymmärtää saattohoidossa yleisimmin käytettyjen käsitteiden merkitys ja olla tietoisia yleisistä saattohoidon ohjeistuksista sekä suosituksista niin kansallisesti kuin kansainvälisesti. Suosituksina ja ohjeistuksina mainittiin muun muassa käypähoitosuositus ja Suomen terveysministeriön ohjeistus saattohoidon tilasta Suomessa. Suositusten kautta hoitajat kokivat, että pystyivät ymmärtämään saattohoidon näkökulman hoitamiseen ja sen kautta perusteiden ymmärtäminen ohjaa hoitamista. Laki potilaan oikeuksista tulisi olla tiedossa ja hoitajat mainitsivat toiveen saada saattohoitolaki Suomeen. Hoitajat mainitsivat vaadittuna osaamisena potilaiden hoitopolun ymmärtämi-

sen. Lisäksi koettiin, että vasta perusteiden hallinta mahdollistaa muun osaamisen rakentumisen.

*”On äärettömän tärkeää, että saattohoitoa tekevä työntekijä ymmärtää, että mistä rakentuu se saattohoidon kokonaisuus... Niin on helppoa rakentaa, lähteä rakentamaan sitä osaamista sen pohjalle ja samalla se antaa niin kuin varmuutta siihen kuinka kohdata saattohoidettava potilasta ja kuinka tukea hänen omaistaan” (H9).*

Osaamisalueena kuvattiin toistuvasti potilaan *perushoito*, johon saattohoidon näkökulmasta korostui tietyt ominaispiirteet. Perushoitoon palliatiivisessa hoidossa tai saattohoidossa katsottiin kuuluvan sellaiset hoitotoimet, jotka toivat potilaalle mahdollisimman hyvän olon ja olivat potilaan omista tarpeista lähteviä. Näinä mainittiin esimerkiksi palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan omat tavat toteuttaa henkilökohtaista hygieniaa sekä siinä tukemista. Tämä saattoi tarkoittaa toiselle potilaalle harvempaa pesuissa avustamista ja toiselle useiden voiteiden käyttöä sekä säännöllistä hammashygieniaa. Saattohoitopotilaan kohdalla hoitajat kokivat, että osaamiseen liittyy kyky arvioida, kuinka paljon potilas kestää vuoteessa suoritettavia hoitotoimia ja voisiko esimerkiksi kipua aiheuttavia vaihtovaihtoja vähentää virtsakatetrin asentamisella. Toisaalta tuli ymmärtää, suunhoidon ja esimerkiksi vuodepotilaan ihon hoidon tärkeys, potilaan voinnista riippumatta.

*”perushoitoon, kyllä siihen mun mielestä kuuluu niin kuin kaikki se niin kun hampaitten pesu ja ihon huolto ja intiimipesut ja tällainen hygienia... ja sitten kun ajattelee, et jokaiselle ihmiselle se on vähän eriasia” (H6).*

Erityistason saattohoidossa hoitajat kokivat tarvitsevänsä *ravitsemuksen ja nesteytyksen osaamista*, jossa korostui potilaan olon helpottaminen. Heillä tuli olla tiedossa keinoja, joilla potilaan ravitsemusta voitiin ylläpitää. Tällaisia keinoja olivat muun muassa kylmien ja potilaalle mieluisien ruokien sekä juomien tarjoaminen. Toisaalta hoitajan oli myös hyväksyttävä ja tunnistettava se hetki, jolloin potilas ei enää kyennyt syömään. Ravitsemuksen ja nesteytyksen osaamisessa nousi esille potilaan ja omaisen ohjaus. Heidän kanssaan tuli keskustella nestehoidon lopettamisesta ja rauhoitella omaisia potilaan ravitsemuksen vähentyessä.

*”nesteytysasiat et missä vaiheessa ja millä intensiteetillä yritetään syöttää, missä kohdassa se on ok, et lopetetaan. Jos omaiset haluaa et vielä pitäis vaan niin kun suun kautta antaa, niin miten osaat perustella että, miksi ei” (H5).*

*Haavanhoito* osoittautui hoitajien kuvauksissa osaamista vaativaksi hoitotyön alueeksi. Palliatiivisessa hoidossa tai saattohoidossa olevilla potilailla kuvattiin olevan painehaavoja, säärihaavoja, kasvainten ihosta läpi työntyviä haavoja ja leikkaushaavoja. Haavojen erilaiset hoitomuodot tuli tietää ja haavanhoidon tavoitteena pidettiin esimerkiksi haavojen erittien vähentymistä sekä sen tuottaman hajun minimoimista. Hoidossa tuli huomioida potilaan kivunhoito, haavahoidon tarpeen arviointi ja sen toteuttaminen kivun sallimissa rajoissa.

*”Jos tulee painehaavaumaa tai jos on haava jossain tai vaikka pinnallinen metastaaasi, niin miten sitä hoidetaan. Et minkälaisia tuotteita ja miten aktiivisesti missäkin vaiheessa sitä kaavitaan ja rapsutetaan ja poistetaan kudosta. Ja missä kohalla sitä ajatellaan, et valitaanko nyt kevyempi vaihtoehto, et se hoito ei aiheuta potilaalle kipua eikä epämukavuutta” (H5).*

Hoitajat toivat esiin useita *erilaisia hoitotoimenpiteitä*, joita heidän tuli hallita työskennellessään erityistason saattohoidossa. Hoitotoimenpiteinä mainittiin potilailla olevien erilaisien dreenien, kuten tunneloidun tai tunnelemattomien ascites- tai pleuradreenin hoidon, nenä-mahaletkun -, virtsakatetrin - tai laskimokatetrin asennus, keskuslaskimokatetrien ja -porttien hoito. Hoitajat kuvasivat, että hoitotoimenpiteitä tehdessä tuli ottaa huomioon potilaan sairaus ja sen hetkinen vointi. Toimenpiteen vaativuus korostui, kun potilas oli esimerkiksi kanyloidessa hyvin kuivunut tai virtsakatetroinnissa kasvain aiheuttanut esteen. Vaativuutta hoitotoimenpiteiden osaamiseen lisäsi se, että hoitajat eivät suorittaneet tiettyjä toimenpiteitä päivittäin, vaan niitä saattoi tulla harvoin, jolloin hoitajilla tuli olla valmius ja osaaminen toimenpiteiden suorittamiseen. Toisinaan eteen tuli itselle tuntemattomien hoitotoimenpiteiden osaaminen, jolloin hoitajan oli osattava etsiä ohjeistus, miten hoitotoimenpide tuli suorittaa.

*”Et on paljon sellaisia hommia, mitkä ei ole rutiinia, mut sulla pitää kummiskin olla kummiskin pohja tehdä niitä.. tai sitten hankkia siihen se pohja ja jos et ole varma niin sit sun pitää hankkia siihen se pohja” (H6).*

*”kun on tosi sairaita ja kuivia ihmisiä. Et just joittenkin punasolu tankkausten antaminen kotona vaikka on välillä tosi haastavaa, kun on vaikee vaikka kanyloida” (H13).*

*Erilaisista sairauksista ja niiden oireenmukaisesta hoidosta* tuli hoitajalla olla osaamista. Syöpäsairaudet korostuivat hoitajien kommenteissa, mutta niiden lisänä mainittiin myös maksakirroosi ja sydämen sairaudet, jotka johtavat kuolemaan. Syöpäsairauksien osaamisena hoitajilla tuli olla tietoa erilaisista syöpähoidoista ja niiden mahdollisista sivuvaikutuksista. Hoitajat kokivat tärkeänä ymmärtää sairauden tuomat fyysiset muutokset sekä miten eri sairaudet tyypillisesti etenevät.

*”tärkein on tää, että tietää missä sairaudessa mikäkin oire voi tulla pahimpana ja osata niihin vastata sitten” (H10).*

*”suurin osa on käynyt monenlaisia hoitoja läpi niin se olis ihan hyvä, että olis itsellä sellainen perustietämys niistä erilaisista hoidoista, millaisia ne on, mitkä on yleisimmät haitat mitkä ne on kokenut” (H13).*

*Oireenmukainen hoito* esiintyi useimmissa haastatteluissa tarvittavana osaamisena. Hoitajien kokema osaaminen liittyi potilaiden oireiden tunnistamiseen, arviointiin ja hoitoon. Erilaisia oireita, joita potilailla mainittiin olivat kipu, unettomuus, pahoinvointi, oksentelu, ripulointi, ummetus, sekavuus, ahdistuneisuus, psyykkiset ongelmat, henkinen ahdistus, iho-ongelmat, kutina, suun alueen ongelmat ja hengenahdistus tai hengitysvajaus. Hoitajan tuli osata valita sopiva hoitomenetelmä erilaisten oireiden hoitoon ja osata arvioida niiden vaikuttavuutta, kuten vatsantoiminta ummetuksesta kärsivällä potilaalla. Hoitomenetelmä saattoi olla lääkinnällinen, mutta oireenmukaisessa hoidossa esiin nostettiin myös lääkkeettömät menetelmät. Tällaisia olivat esimerkiksi psykososiaaliset keinot, asentohoito ja ikkunan avaus hengenahdistuksesta kärsivällä potilaalla.

*”kaikki oireiden lievittämiseen liittyvät, millä niitä pystytään lievittään... että millä lääkityksellä ja millä muilla konsteilla niitä oireita pystytään lievittää” (H10).*

*”suolen toiminnat, laitetaanko vesiperäruisketta vai klyxiä vai mikrolaksia vai yritetäänkö laksoberonilla tai relistoria vai mitä vai ajatellaanko et tässä vaiheessa, että hetkinen, eihän tää potilas ole paljon syönytään pitkään aikaan, että kannattaako nyt ruveta nyt rasittamaan sillä että isoja peräruiskeita laitetaan” (H5).*

*”lähinnä että mitkä lääkkeet mihinkä oireeseen tai hengen ahdistukseen pääty koholla ja ikkuna auki” (H7).*

*Lääkehoidon osaaminen* korostui hoitajien haastatteluissa. Lääkehoidossa hoitajat kokivat, että heidän tulee osata arvioida ja tunnistaa potilaan oire, lääkitä sitä ja arvioida lääke-



keen vastetta. Lääkkeen tarpeen arviointiin käytettiin muun muassa kipumittaria tai potilaan olemuksen seuranta. Lääkitsemiseen liittyvänä osaamisena kuvattiin olevan erilaisien lääkemuidon hallinta. Useimmin mainitut lääkemuidot olivat suun kautta otettavat lääkkeet, nenäsuihkeet, laastarit, lääkeinfuusiot ja injektiot niin ihon alle kuin laskimoon, sekä potilaan tarpeen mukaan käytettävän lääkehoidonmenetelmän valinta. Lääkehoidon osaamiseen kuului aseptiikka. Lääkehoidon vasteen arvioinnissa hoitajat kokivat, että heidän tulee osata myös arvioida, saako potilas lääkettä liikaa vai onko lääkityksen nostolle tarvetta. Näistä asioista pitää hoitajien mukaan osata konsultoida lääkäriä.

*”et osataan käyttää lääkityksiä oikein ja tiedetään, et milloin pitää puuttua lääkitykseen, lääkityksen nostamiseen tai mitkä on eri lääkkeiden sivuvaikutukset (H4)*

*”ei ole välttämättä aina se, että tabletista piikkiin vaan että muotoja on niin monia erilaisia, nenäsuihkeita ja muita, että osataan katsoa sen potilaan tarpeen mukaan se, minkälainen muoto valitaan” (H10).*

Yhdeksi lääkehoidon osaamisalueeksi nousi *kipunhoito*. Siinä koettiin, että hoitajan tuli tuntea yleisimmät käytössä olevat lääkevalmisteet. Kipulääkkeiden tuntemisessa erilaisten lääkkeiden vaikutusaika ja mahdolliset sivuvaikutukset nousi esille, esimerkiksi kipulääkityksessä tarvittaessa otettavat niin sanotut lyhytvaikutteiset kipulääkkeet ja kahden lääkkeen yhdistäminen toisiinsa. Hoitajat kokivat, että kipulääkettä tuli uskaltaa antaa riittävästi, joskin hoitajan tuli myös osata ehkäistä liikalääkitystä.

*”et pitää tuntee ne kipulääkkeet ja hallita niiden oikee tällänen annostelu ja seuranta” (H1)*

Lääkehoidon kohdalla hoitajat kokivat, että oli tärkeää osata ohjata potilasta ja omaisia lääkehoidon toteutuksessa. Ohjauksen tuli olla selkeää ja siinä tuli käyttää kieltä, jonka potilaat ja läheiset ymmärtävät. Hoitajat kokivat, että potilasta ja läheisiä tuli ohjata myös lääkkeiden käytön ja vaikutuksen seurannassa. Ohjauksella tulisi poistaa vääränlainen mielikuva lääkkeiden sedatoivasta tai päihdyttävästä vaikutuksesta sekä rohkaista potilaita ja läheisiä turvallisessa kipulääkkeiden käytössä. Toisaalta taas, koska kyseessä on usein suuret lääkemäärät ja eri lääkkeiden yhdistäminen, kokivat hoitajat lääkehoidon osaamiseen liittyvän myös suurta vastuuta.

*”just opiaattien ja morphiinien kanssa, varsinkin morphiinin, et mitä se tarkoittaa tässä kohtaa ja mitä se tekee, ja ettei tule näitä narkomaanikeskusteluja ja naapurit sano sitä ja naapurit sano tätä. Osaamisen kautta sä osaat oikeesti selittää silleen, että ihmiset, normi ihminen ymmärtää, et mitä se lääke sillä kohtaa niin kuin tarkoittaa ja mitä se tekee ja miksi sitä annetaan ja mitä se vaikuttaa” (H6).*

*Palliatiivista sedaatiota* toteutetaan erityistason saattohoidossa ja hoitajat nostivat sen hoitotyön näkökulmasta osaamisalueena. Hoitajat kokivat, että heidän tuli arvioida potilaiden tarve palliatiivisen sedaation aloitukseen ja välittää tieto tarpeesta lääkärille. Hoitajien osaamiseen kuului tajunnantason seuranta ja tarvittaessa lääkityksen tehostaminen, jos he arvioivat unen syvyyden riittämättömäksi. Palliatiivinen sedaation aloituksessa tuli huomioida myös rauhallinen hoitoympäristö, tapahtui hoito kotona tai osastolla. Potilasta ja läheisiä tuli osata tukea rauhallisella ja ymmärrettävällä tavalla. Kotisairaalassa hoitajien tuli lisätä kotikäyntejä palliatiivisen sedaation aloituksen jälkeen, jotta pystyivät turvallisesti seuraamaan sedaation onnistumista sekä tukemaan läheisiä.

*”et meillä käytetään palliatiivista sedaatiota, että vaikka lääkäri tietysti määrää ne annokset siihen pumppuun, mutta että pitää kuitenkin niin kun meidän siis tarkkailla sitä niin kun sedaation syvyyttä ja tarviiko antaa bolusta...” (H1)*

Hoitajan tuli osata *varautua* potilaan voinnin muutoksiin ja *ennakoida* niitä. Varautumisella tarkoitettiin esimerkiksi tilannetta, jossa kotisairaalan hoitaja meni kotiin suorittamaan toimenpiteen, jota ei ollut aikaisemmin tehnyt. Tallöin hänen täytyi varautua toimenpiteeseen huolella, jotta osasi sen suorittaa. Ennakoinnilla hoitajat tarkoittivat esimerkiksi tilannetta, jossa heidän tuli osata pyytää potilaan hoitavalta lääkäriltä lääkkeitä viikonlopun varalle. Hoitajat kokivat, että kuolevan potilaan lääkehoitoa oli ajoittain haastavaa suorittaa päivystävän lääkärin kanssa. Ennakoinnilla valmistauduttiin esimerkiksi potilaan heikkenevään vointiin ja sen tuomiin uusiin oireisiin, kuten limaisuuden lisääntymiseen.

*”et huolehtii, että ne lääkkeet on et ennakointi viikonloppuun et jos tulee. Koska jos aletaan viikonloppuna päivystykseen soittamaan niin ei kukaan lääkäri siltä meille esimerkiksi mitään Robinulia esimerkiksi kirjota” (H1).*

*”et pystytään ennakoimaan se, se lääkehoito on siinäkin silleen et pystyy ennakoimaan, ettei tule mitään niin kuin ettei tule mitään katastrofeja” (H8).*

### 5.1.2 Hoitajien vuorovaikutusosaaminen erityistason saattohoidossa

Suurin osa hoitajista katsoi *kohtaamisen* potilaan ja läheisten kanssa tärkeimmäksi osaamisen alueeksi elämän loppuvaiheen hoidossa. Hoitajat kertoivat, että hyvät *vuorovaikutustaidot* potilasta ja läheisiä tukeessa olivat tärkeitä. Vuorovaikutusosaamisen muodostumista kuvataan kuviossa 6.



Kuvio 6. Vuorovaikutusosaamisen muodostuminen erityistason saattohoidossa hoitajien kuvaamana.

Hoitajien tuli osata tarjota potilaalle ja läheisille psyykkistä, henkistä ja emotionaalista tukea. Tukea piti myös osata tarjota potilaan eri-ikäisille lapsille. Hoitajien tuli olla vuorovaikutuksessa potilaan ja läheisen kanssa rehellisiä, mutta myös hienovaraisia. Hoitajien tuli osata *lukea tilannetta*, jossa potilas ja läheiset ovat ja sovittaa sen mukaan oma vuoro-

vaikutus. Potilaan ja läheisten hyvinvoinnin tukeminen, yksilöllisyys ja ihmisen näkeminen kokonaisuutena korostuivat kohtaamistilanteissa.

*”b-tason saattohoidossa täytyy olla hyvät vuorovaikutussuhteet. täytyy olla kuuntelemisen taitoa, täytyy olla semmoista herkkyyttä havainnoida myös niitä asioita, joita ei sanota ääneen. Täytyy olla semmoinen ymmärrys lukea potilasta ja niitä omaista ja myöskin niitä sanomattomia asioita ja löytää ne tarpeet, mitkä potilaalle ovat ne arjen elämän laadussa ja sen yllä pitämisessä tärkeitä. Semmoista psyykkistä, sosiaalista kohtaamisen taitoa” (H9).*

*Kommunikoinnin* osaaminen korostui elämän loppuvaiheen hoidossa. Hoitajien tuli osata keskustella potilaan ja läheisen kanssa vaikeista asioista. Vaikeina asioina koettiin muun muassa keskustelut, joissa käytiin läpi päätöstä hoitojen lopettamisesta tai elvytyksestä pidättäytymisestä. Hoitajien mielestä oli tärkeää uskaltaa puhua potilaalle ja läheisille voimien heikkenemisestä tai lähestyvistä kuolemasta suoraan. Tällä toiminnallaan hoitajat kokivat, että pystyivät valmistelemaan heitä tulevaan voimien heikkenemiseen tai kuolemaan ja lievittämään heidän pelkojaan. Eksistentiaalisten kysymysten käsitteleminen potilaan kanssa, kuten mitä tapahtuu kuoleman jälkeen, koettiin myös vaativan hoitajalta osaamista. Vuorovaikutusosaamiseen ajateltiin kuuluvan kyky siirtyä vaikeiden asioiden keskustelusta eteenpäin ja ymmärryksen siitä, etteivät ihmiset luhistu keskustelujen vaikutuksesta.

*”pitää pystyä puhumaan näistä vaikeista asioista niin ymmärrettävästi ja oikeilla termeillä ja käydä niin kuin hyvin isoja asioita läpi siinä ihmisten kanssa ja poistaa pelkoja ja rauhoittaa” (H7).*

Kohtaaminen koettiin tärkeänä potilaan ja läheisen pelkojen ja ahdistuksen lievittämisessä. Hoitajan tuli olla valmis kohtaamaan potilaan kuoleman pelko ja käydä rehellistä keskustelua siitä potilaan kanssa. Hoitajat kokivat, että rehellinen keskustelu potilaan kanssa esimerkiksi läpikäyden tulevaa kuolemaa, vaati hoitajalta *rohkeutta*. Uskallukseen puhua suoraan liittyi myös arviointi kuoleman läheisyydestä. Hoitajat kokivat, että jos he uskalsivat kertoa oman arvion, että potilas saattaa kuolla päivien sisällä, tarjosivat he läheisille mahdollisuuden olla vierellä ja saattaa potilas kuolemaan.

*”Toisaalta täytyy olla jatkuvasti sellainen valmius kohdata sellainen kuoleman pelko ja semmoinen potilaan tarve puhua niistä... Et täytyy niin kuin tosi varovasti käsitellä sitä kuoleman läheisyyttä, mikä on sillai kauheen tärkeä, koska se on semmoinen asia mistä joko potilas itse tai omaiset pahoittaa hirveen herkästi mielensä.(H8)”*

*Lohdutus ja läsnäolo* lukeutuivat hoitajien osaamiseen. Läsnäololla tarkoitettiin taitoa pysähtyä potilaan ja läheisten vierelle. Hoitajien mukaan kyseessä on taito olla tekemättä mitään hoitotoimenpiteitä ja kuitenkin olla läsnä ja avoin potilaan sekä läheisten kysymyksille ja tunteille. Potilaan ja läheisen lohduttamista kuvattiin taitona rauhoittaa ja koskettaa fyysisesti, mutta myös kykynä ottaa puheeksi esimerkiksi palliatiivinen sedaatio tai mahdollisuus kuolla kotona.

*”olla niin kuin hiljaa tai tekemättä mitään, tai usein jos tulee hankaliakin semmoisia kysymyksiä, niin miten niistä mennään eteenpäin ja semmoisen hiljaisuudenkin sietäminen mikä on et sulla on se aika jäädä esimerkiksi, tai olla siinä. Et sun ei tarvi hosua jotain tai tehdä jotain” (H11).*

Vuorovaikutusosaamisen alueeksi muodostui *potilaan ja läheisten tarpeiden huomiointi*. Hoitajien mukaan potilaan ja läheisten käytöksestä tuli ymmärtää tulkita ääneen sanomatomia asioita. Hoitajien tuli osata tulkita potilaan kipua, ahdistusta, pelkoa ja muita tarpeita, jotka ovat juuri kyseiselle potilaalle merkityksellisiä. Läheisistä tuli osata lukea ahdistusta ja pelkoa sekä tunnistaa mahdollinen kriisi heissä.

*”et ainahan ne ei edes valita niistä kivuista... pitää olla semmoinen tietynlainen herkkyys, et pystyy lukee sitä potilasta omalla tavallas... siinä pitää olla aika niin kuin silleen tuntosarvet pitää olla pystyssä koko ajan” (H8).*

*Turvallisuudentunteen luominen* oli hoitajien mielestä hyvin keskeinen vuorovaikutuksen taito. Turvallisuudentunne koettiin syntyvän luottamuksesta, joka rakentuu hoitajan rauhallisesta olemuksesta, avoimuudesta, ammattitaidosta sekä taitona antaa vastauksia potilaan ja läheisten kysymyksiin.

*”Ja siinä tarvitaan äärettömän paljon hienotunteisuutta, tarvitaan aikaa, ei saa kiirehtiä, mutta täytyy niin kuin sitä luottamus suhdetta rakentamaan hyvin rehellisellä pohjalla ja pienillä avaavilla kysymyksillä” (H9).*

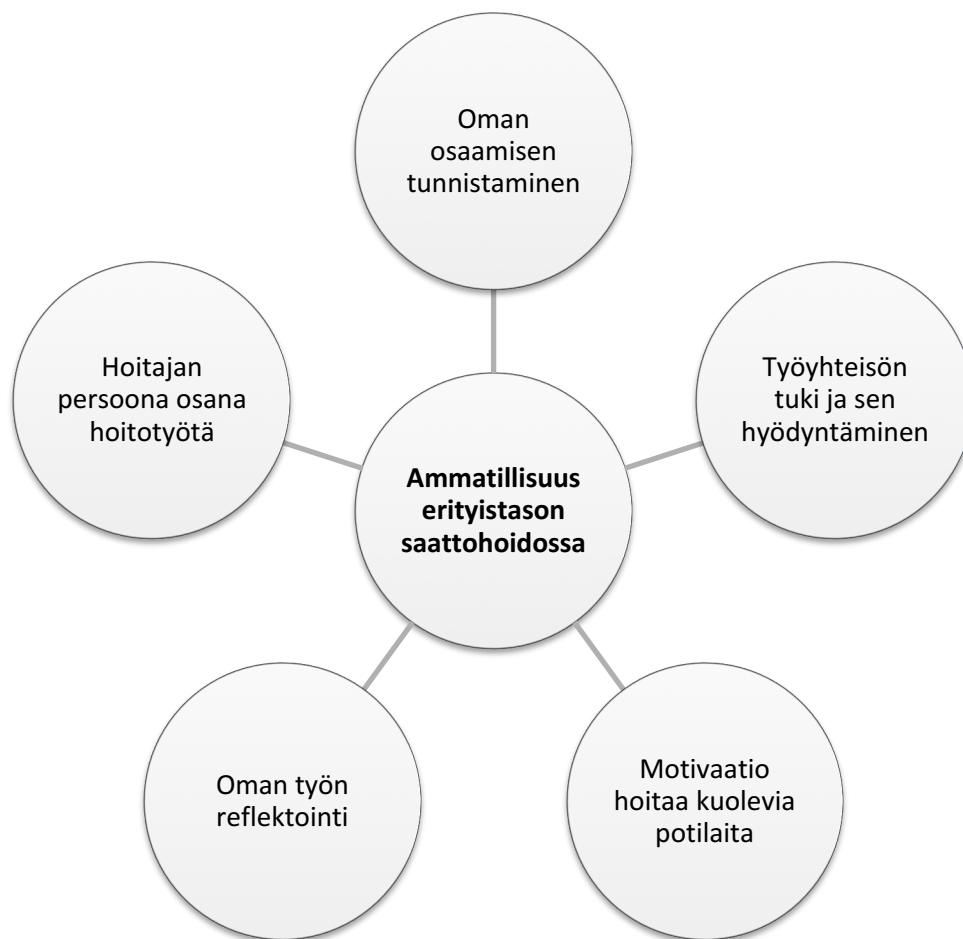
### 5.1.3 Hoitajien ammatillisuus erityistason saattohoidossa

Haastatteluissa hoitajat mainitsivat useita asioita, joista koostuu vaadittu ammattitaito erityistason saattohoidossa (kuvio 7), kuten kyky *tunnistaa oma osaaminen ja sen rajat*. Ammatillisuus ei kuitenkaan vaatinut kaiken osaamista, mutta osaamista tuli kehittää ti-

lanteissa, jotka olivat itselle vieraampia. *Työyhteisön* toisilta työntekijöiltä sai *tukea* asioihin, jotka olivat itselle vieraampia, mutta tietoa piti myös osata etsiä myös työyhteisön ulkopuolelta esimerkiksi kirjallisuudesta tai toisesta organisaatiosta. Hoitajat pystyivät myös tunnistamaan oman osaamisen ja tarjoamaan apua toisille hoitajalle sekä lääkärille.

*”jos et sä jotain tiedä niin sun täytyy tietysti osata luottaa itseesi, että sä pystyt joltain kysymään tai hakemaan apua” (H11).*

*”ei tarvi kaikkea tietää, mut uskaltaa olla toista varten” (H9).*



Kuvio 7. Ammatillisuuden muodostuminen erityistason saattohoidossa hoitajien kuvaamana.

Ammatillisuuteen liittyi myös hoitajan sisäinen *motivaatio hoitaa kuolevia potilaita*. Työn mielekkyyks näyttäytyi haluna kehittyä työssään ja oppia uusia asioita.

*”se että olet kiinnostunut, että sulla on se kiinnostuneisuus siihen saattohoitoon ja niin kun kuolevan potilaan hoitamiseen” (H1).*

Ammattitaitona kuvattiin kykyä *reflektoida* omaa työtä, kuten pohtimalla jälkepäin omaa toimintaa hoitotilanteissa, olisiko jotain voinut tehdä toisin ja miltä olisi itse tuntunut olla hoidon kohteena. Hoitajat kokivat toisaalta työssään vaadittavaksi osaamiseksi sen, että työssä kohdatut asiat ja niiden herättämät tunteet tulisi jättää työpaikalle. Hoitajan tulee osata huolehtia omasta jaksamisesta ja hakea itselleen apua, jos työssä jaksaminen hankaloituu.

*”se että se vois tapahtua itselleenkin että ei sitä ikinä niin kun tiedä että kuinka pitkää itse elää ja tavallaan mitä tapahtuu.. ne pitää tiedostaa ja käsitellä. Mut että ei lähde niitä kotiin tuomaan, että tavallaan pystyy jättämään ne sinne työpaikalle... pitää siitä omasta jaksamisesta niin kun huolta. Ja sitten että tietää mistä saa apua, jos ei vaikka jaksa” (H1).*

Ammatillisuus välittyi *hoitajan omassa persoonassa*. Hoitajan persoonallisiksi vahvuuksiksi lukeutui rauhallisuus, avoimuus, jämäkkyys ja luottamus omaan ammattitaitoon. Hoitajat kokivat, että heitä tuli kyetä lähestyä helposti. He kokivat toimivan potilaiden puolestapuhujina sekä osasivat kyseenalaistaa potilaan hoitoa. Hoitajan tuli luoda omalla persoonallaan ja toiminnallaan potilaalle tunne, että hän on potilasta ja läheisiä varten.

*”me ollaan kumminkin vähän niin kuin niitten vähän niin kuin sellaisia asianajajia niitten potilaitten, koska lääkärit ei kuitenkaan ole siinä”(H10).*

Hoitajat kokivat vahvuutenaan tuottaa iloa ja mielihyvää potilaille. Tällaisella toiminnalla haluttiin korostaa potilaan merkitystä ihmisenä omine tarpeineen ja toiveineen. Hoitajien ammatillinen kehittyminen kuvattiin muodostuvan työkokemuksen, iän sekä oman elämäkokemuksen myötä. Osa hoitajista kuvasi oman asenteen työhön muuttuneen, kun läheinen ihminen on sairastunut vakavasti tai on joutunut osallistumaan oman läheisen saattohoitoon.

*”ihminen otetaan ihmisenä ja hoidetaan... mä hoidan omalla persoonallani, en sellaisella sairaanhoitaja.. et mä olen sairaanhoitaja vaan se et mä olen XXXX ja mä hoidan sua niin hyvin kuin mä kykenen” (H10).*

#### 5.1.4 Hoitajien organisointi- ja ohjausosaaminen erityistason saattohoidossa

*Potilaan ja läheisen ohjaus* esiintyi usein hoitajan kuvaamassa osaamisessa elämän loppuvaiheen hoidossa. Ohjaamisosaamisen hoitajat nostivat jokaisessa osaamisen osa-alueessa esille. Erityisesti lääkehoidossa ohjausosaaminen korostui, mutta yhtä lailla ohjaamista vaadittiin tilanteissa, jossa tuli ohjata läheistä kuolevan potilaan vierellä tai hyväksymään potilaan syömättömyyden. Hoitajien tuli osata kartoittaa potilaiden ja läheisten tarve yksikön ulkopuoliselle tuelle ja osata ohjata heidät sen piiriin. Tämänkaltaisina tuen muotoina mainittiin esimerkiksi sairaalapappi tai sosiaalihoitaja.

*”tavallaan valmistella niitä siihen ja omaisiakin siihen asiaan et tää päivä kannattaa ottaa, et tää päivä on hyvä päivä, mut seuraava päivä voi olla vähän huonompi päivä... et vähän niin kuin ennakoi sitä tilannetta, et pystyy kertoo et mitä tässä voi tapahtuu, kun näkee sen potilaan ja tietyistä merkeistä” (H8).*

Kotisairaalityössä ohjausosaaminen korostui. Kotona potilasta ja läheisiä tuli ohjata kaikissa hoitotyön osa-alueissa, varmistaen potilaan ja läheisen pärjääminen kotona hoitajien käyntien välillä. Hoitajien tuli tehdä suunnitelma kotona suoritettavan saattohoidon toteutuksesta. Tähän suunnitelmaan lukeutui varautuminen yllättäviin tilanteisiin, tarvittavien apuvälineiden hankkiminen ja lisäavun järjestäminen kotihoidosta. Kotisairaaloitten hoitajien tuli osata ohjata kotihoidon ja esimerkiksi vanhainkodin hoitohenkilökuntaa palliativisen hoidon ja saattohoidon toteutuksessa kotona. Kotisairaalassa olevien potilaiden läheisten sekä muun hoitohenkilökunnan ohjaukseen lukeutui keinot, joilla he voivat helpottaa potilaan oloa, niin omalla rauhallisuudella kuin esimerkiksi asentohoidolla.

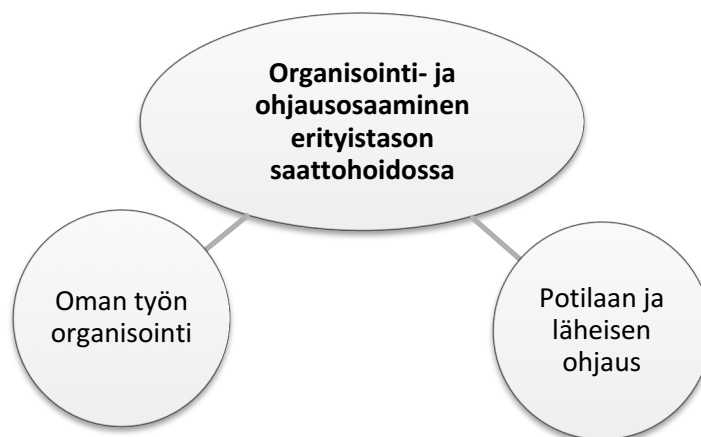
*”mitä niin kun tulevaisuudessa tulossa ja miten kotisairaala voi auttaa, missä.. apuvälineissä voidaan auttaa” (H4).*

Ammatillisuuteen liittyi myös *oman työn organisointitaidot*. Oma työ tuli osata organisoida tavalla, ettei potilaille tai läheisille välittynyt tunne, että hoitajalla oli kiire. Hoitajalla tuli olla aikaa istua potilaan vierellä tekemättä mitään hoitotoimia. Hoitajat kokivat, että



kiireettömyyden tunne tuli säilyttää vuorovaikutuksessa, vaikka olisi kuormittunut muista työtehtävistä. Ohjaus- ja organisointiosaamisen muodostuminen on kuvattu kuviossa 8.

*”sulla olis aikaa ja tahtoa istua siinä en vierellä ja jutella sen kanssa. niin se olis aika ehkä tärkein mun mielestä” (H13).*



Kuvio 8. Organisointi- ja ohjausosaamisen muodostuminen erityistason saattohoidossa hoitajien kuvaamana

## 5.2 Hoitajien koulutus erityistason saattohoidossa

### 5.2.1 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon koulutus

Suurin osa haastatelluista hoitajista ei ollut saanut hoitotyön peruskoulutuksessa juurikaan tai yhtään opetusta elämän loppuvaiheen potilaan hoitotyöstä. Hoitotyön peruskoulutuksesta oli kulunut useimmilla pitkä aika, joten hoitajien muistikuvat olivat vaillinaiset sen sisällöistä. Hoitajat kuvasivat että, hoitotyön peruskoulutukseen oli sisältynyt elämän loppuvaiheen potilaan hoitotyötä hyvin minimaalisesti ja sisällöltään siellä oli käsitelty vainajan laittoa tai palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa käytettyjä käsitteitä. Toisaalta taas osa hoitajista kertoi, että hoitotyön peruskoulutukseen oli sisältynyt opetusta elämän

loppuvaiheen potilaan hoitotyöstä. Heidän hoitotyön peruskoulutuksessa oli käsitelty kuolevan potilaan hoitotyön sisältöjä syvemmin esimerkiksi eettisyyttä kuolevan potilaan hoitotyössä, sielunhoitoa, surua ja kuolevan potilaan perushoitoa.

*”Meillä ei varmaan ollut kuin tunti tai kaksi saattohoitoa, ja se kattoi vain ja ainoastaan vainajanlaiton” (H15).*

*”Meillä kuului siihen sairaanhoitajan perustutkintoonkin, niin siellä oli saattohoitoja, sit oli se sielunhoito” (H5).*

*”Mulla on ihan semmoinen vahva muistikuva siitä, että meillä ei ollut siihen aikaan juuri ollenkaan..” (H3).*

Hoitotyön peruskoulutus antoi osalle riittävät tiedot ja taidot työuran alkuvaiheessa. Hoitajat kokivat, että hoitotyön peruskoulutus auttoi vähentämään pelkoja kuolemaa kohdattaessa. Yleinen kokemus kuitenkin oli, että hoitotyön peruskoulutuksesta ei saanut riittäviä eväitä työelämään.

*”sitten kun valmistu niin tota se kuoleman kohtaaminen tai jos vuorossa kuolee potilas ja niin mitä sitten tai näin niin se ei yhtään pelottanut” (H5).*

Lisäkoulutuksena hoitajat olivat käyneet erikoistumisopintoja koulutusnimikkeillä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon erikoistumisopinnot, palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palvelumuotoilu, palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämistyö, palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tuotekehittely ja dementoituneen potilaan hoitotyö. Koulutukset olivat kestoltaan puolestatoista vuodesta -vuoteen ja laajuudeltaan noin 30 opintopistettä.

Lisäkoulutuksissa opetusmenetelmänä käytettiin yleisimmin luentoa, mutta myös pari- ja ryhmätöitä, keskusteluja sekä tapausesimerkkejä. Harvinaisempia opetusmenetelmiä olivat draamatyöskentely sekä verkossa tapahtunut etätyöskentely. Erikoistumisopintoihin sisältyi myös opinnäytetyö tai päättötyö. Hoitajat kokivat esimerkkien kautta esitetyt tapausesimerkit hyvin vaikuttavana opetusmenetelmänä. Tämän kautta hoitajat kuvasivat, että pystyivät samaistumaan potilaan ja läheisen kokemukseen.

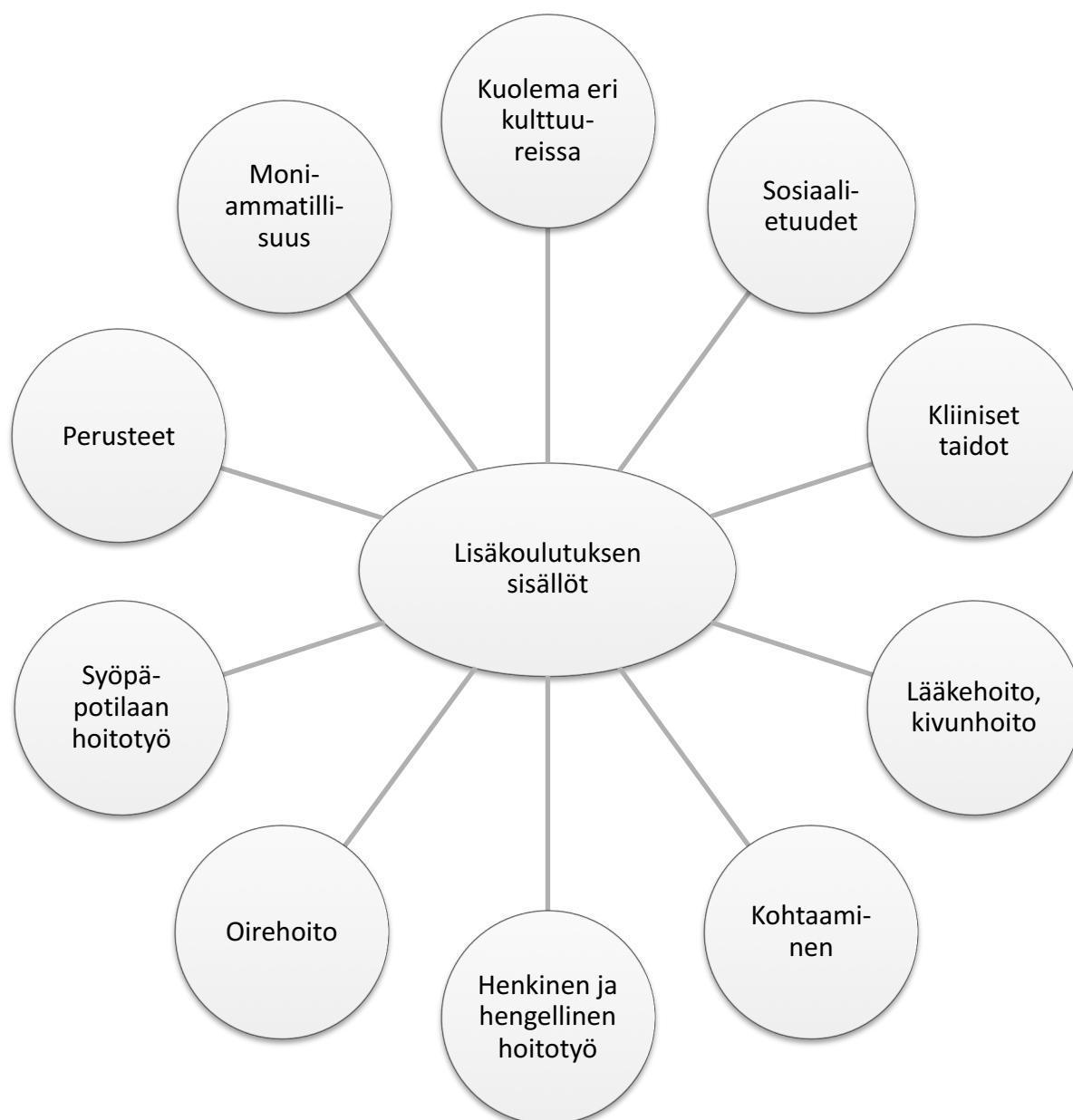
*”sit joku CASE työskentely niin se on aika semmoista hyvää kokeneellekin hoitajille” (H7).*

Lisäkoulutusta elämän loppuvaiheen hoitotyöstä tarjosivat kaupungit, kunnat, seurakunnat, sairaanhoitopiirit ja saattohoitokodit ja ne olivat yleensä kestoaltaan muutaman päivän - tunnin mittaisia. Pidempikestoisen lisäkoulutuksen järjesti yleensä ammattikorkeakoulu. Lisäkoulutusta järjestettiin myös hoitajien omissa työyksiköissä. Tällaisia olivat esimerkiksi yksikön lääkärin pitämät luennot, joissa käsiteltiin palliatiiviseen hoitoon tai saattohoitoon liittyviä teemoja.

*”palliatiivinen tunti... aina joku aihe, esimerkiksi niin kuin pahoinvointilääkitys tai ummetuksenhoito tai limaisuudenhoito...” (H4).*

### 5.2.2 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon lisäkoulutuksen sisällöt

Kaikki osallistuneet hoitajat olivat hankkineet lisäkoulutusta elämän loppuvaiheen hoitotyöstä. Lisäkoulutukset olivat sisällöltään (kuvio 9) hyvin erilaisia ja osa hoitajista oli hankkinut koulutusta opintokokonaisuuksista yhdistäen syöpäpotilaan hoitotyötä, demen-toituneen potilaan hoitotyötä ja saattohoidon koulutusta.



Kuvio 9. Erityistason saattohoidossa työskentelevien hoitajien palliatiivisen hoidon ja saattohoidon lisäkoulutuksen sisällöt.

*Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perusteisiin* kuului palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa käytettyjen käsitteiden avaamista, hoidon järjestämistä Suomessa ja juridiikkaa. Osalla koulutus oli sisältänyt palveluosaamista, tiedon hakua, *moniammatillisuutta* ja *sosiaalipalveluita*. Koulutuksessa käsiteltiin esimerkiksi vapaaehtoistyötä ja erilaisten ammattiryhmien, esimerkiksi sairaalapastorin toimintaa.

*”palliativisilla päivillä oli semmoinen nuori mies, jonka vaimo kuoli syöpään, niin ne sosiaalietuksien viidakko” (H5).*

*”siellä nostettiin hyvin paljon esille sitä, miten tärkeää on jatkuva oppiminen, tiedon hakeminen” (H9).*

Koulutuksen sisältönä oli ollut myös *henkinen ja hengellinen hoitotyö*. Sisältöinä koulutuksissa oli ollut toivo saattohoidossa, sielunhoito, hengellisyys, *uskonnot, kuolema eri kulttuureissa*, läsnäolo ja empatian sekä myötätunnon eroavaisuudet.

*”mun mielestä ollut äärettömän paljon hyödyksi täällä, niin vieraiden kulttuurien saattohoito ja tavat kuoleman lähestyessä.” (H15)*

Hoitajat olivat osallistuneet koulutuksiin, joissa käsiteltiin potilaan oireiden syntymekanismia ja *oireenmukaistahoitoa*. Koulutuksessa käsiteltiin, miten hoitotyön keinoin voidaan lievittää potilaan oireita. Eräs hoitaja kertoi, että heidän yksikössään oli ollut lääkärin pitämiä koulutuksia kaksi kertaa kuukaudessa, jossa oli keskitytty kerrallaan yhden oireen hoitoon. Hoitajat olivat olleet myös koulutuksissa, joissa käsiteltiin *erilaisia syöpäsairauksia* sekä niiden yleisyyttä ja hoitoa.

*”niissä käydään oireita ja niissä käydään ihan alusta pitäen, mitä on palliativinen ja saattohoito ja oirehoidossa, mitä erilaisia oireita voi olla” (H10).*

Hoitajat olivat opiskelleet *kliinisiä taitoja* esimerkiksi epiduraalista tai spinaalista lääkeinfusion käyttöä, kanylointia ja verinäytteiden ottoa. *Lääkehoidon ja kivunhoidon* koulutuksessa oli käsitelty kipua, esimerkiksi saattohoitopotilaan tai dementoituneen potilaan näkökulmasta. Lisäkoulutuksessa käsiteltiin yksityiskohtaisemmin kivunhoitoa sekä yleisimmin esimerkiksi millaisia kivunhoidon menetelmiä on saatavilla.

*”kipupumppu koulutuksia ja tällaisia kanylointia ja muita...” (H13).*

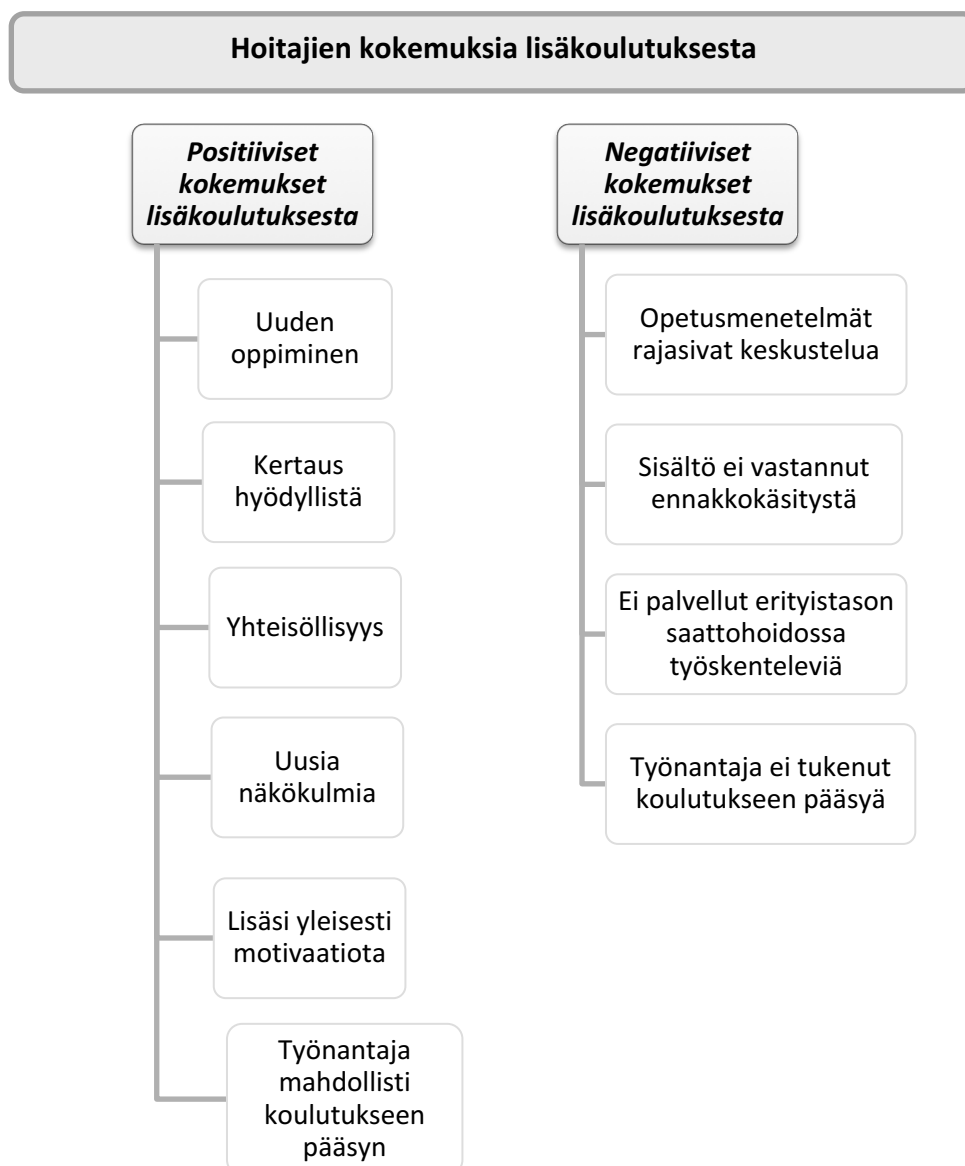
Hoitajien lisäkoulutukseen oli kuulunut myös *potilaan ja läheisen kohtaaminen*. Koulutuksissa oli kuvattu, miten tukea potilasta ja läheistä saattohoidossa, vuorovaikutustaitoja ja niiden kehittämistä. Yhdessä koulutuksessa oli keskitytty lapsen tai nuoren kohtaami-

seen, kun perheessä vakava sairaus tai kuolema. Myös lapsen surusta oli yksi hoitaja saanut lisäkoulutusta.

*”henkiseen ja psyykkiseen vuorovaikutukseen ja sitten niin kun tukemiseen ja ymmärtämiseen” (H11).*

### 5.2.3 Hoitajien kokemuksia saadusta lisäkoulutuksesta

Hoitajien kokemuksia lisäkoulutuksesta kuvataan kuviossa 10.



Kuvio 10. Hoitajien kokemuksia palliatiivisen hoidon ja saattohoidon lisäkoulutuksista.

Hoitajat kokivat, että lisäkoulutuksesta *oppi aina jotain uutta*. Lisäkoulutus lisäsi tietoa niin kivunhoidosta kuin esimerkiksi syöpätaudeista. Vaikka lisäkoulutuksessa käsiteltiinkin jo tuttuja aiheita, oli *kertaus* hoitajien mielestä hyödyllistä. Hoitajat kokivat, että lisäkoulutuksissa oli mahdollista peilata omia kokemuksia käsiteltävään aiheeseen ja tämän kautta niiden hyötynä nähtiin oman työn arviointi. Lisäkoulutukset koettiin myös hyödylliseksi, ei pelkästään uuden oppimisen kautta, vaan *yhteisöllisyyden* ja muiden hoitajien kokemusten kuulemisen ja jakamisen kautta.

*”...näinhän se meni ja näin se olisi voinut mennä vielä paremmin” (H11).*

*”sieltä tuli aika paljon just sitä vertaistukea koko opiskelun ajan” (H3)*

Osa hoitajista kertoi lisäkoulutuksen avaavan *uusia näkökulmia* hoitotyöhön. Toisien mielestä se myös lisäsi kiinnostusta yleisesti saattohoitoa kohtaan. Koulutuksen jälkeen heräsi *motivaatio* hakea lisätietoa käsitellystä aiheesta. Hoitajat kertoivat, että he koittavat saada koulutuksista suurimman hyödyn esimerkiksi kohdentamalla oman kehittämistyön tai opinnäytetyön elämänloppuvaiheen potilaan hoitotyöhön. Usein lisäkoulutuksen jälkeen hoitajat jakoivat kollegoilleen lisäkoulutuksen antia.

*”Et se oli niin kuin lähtölaukaus tähän niin kuin siihen, että rupes saattohoito kiinnostamaan niin kuin ihan oikeesti” (H7)*

Aidot kokemukset läheisten kertomina toimivat erityisen hyvin osana koulutusta. Hoitajat kertoivat, että läheisen tarina on jäänyt muistiin pitkänkin ajan jälkeen. Läheisen tuoma kokemus on ohjannut hoitajia myöhemmin työssään esimerkiksi välttämään tietynlaista toimintaa, jonka läheinen oli kuvannut koulutuksessa. Toisaalta taas läheisen kokemuksesta oli myös saanut ohjausta siihen, millaista kohtaamista on syytä jatkaa tai kehittää omassa työssään. Koulutuksissa hoitajat kokivat saavansa vahvistusta omalle osaamiselleen. Käsiteltyiden aiheiden kautta saattoi todeta, että on toiminut useissa tilanteissa koulutuksen suosittelemalla tavalla. Lisäkoulutus toi varmuutta kohdata potilas ja läheiset saattohoidossa.

*”mä olen kuullut älyttömän hyviä kokemusasiantuntija puheenvuoroja... kun ne jää tarinana mieleen ja niissä kuitenkin huomaa ne kriittiset kohdat, et missä kohdalla pitää muistaa toimia millä tavalla. Ennakoida niitä sitten omassa työs-*

*sään, että ei tule ainakaan niitä virheitä sit itse toistettua mitä jonkun kohdalla on sitten käynyt” (H5).*

Toisinaan lisäkoulutuksesta jäänyt kokemus oli negatiivinen. Koulutuksessa *käytetyt opetusmenetelmät saattoivat rajata* vapaata keskustelua käsitelystä aiheesta tai koulutus ei muutenkaan vastannut hoitajan sille asettamiin tavoitteisiin. Hoitaja saattoi kokea, että jos olisi ymmärtänyt *koulutuksen sisällön* ennen siihen osallistumista, olisi saattanut jättää osallistumatta. Lisäkoulutuksessa myös hoitaja toisinaan saattoi löytää itsensä opettamassa muuta ryhmää, koska osaamista saattohoidosta oli kertynyt niin paljon.

*”en niin kuin käsittänyt sitä, että mitä niin kuin... en olisi välttämättä lähtenyt jos olisin tiennyt, mutta on silleen hyviä luentoja on ollut.”(H12)*

*”sehän on aina positiivista, koska siitä aina vähäksi aikaa innostuu” (H14)*

Kokemus lisäkoulutuksesta oli myös usein se, että se *ei palvellut juuri erikoistason saattohoidossa työskenteleviä hoitajia*. Koulutukset saattoivat olla suunnattuja vain hiukan saattohoidossa työskenteleville hoitajille tai omaisille, jolloin aihetta ei tarkasteltu syvällisesti tai aihe oli hoitajille työssään itsestään selvyys. Tällöin hoitajien mielestä koulutukseen käytetyn ajan olisi voinut hyödyntää paremmin tai koulutuksessa turhautui. Hoitajat myös pohtivat, onko B-tason saattohoidossa työskenteleville edes tarjolla koulutusta ja kokivat sellaisen järjestämisen vähintäänkin haasteellisena. Tähän haasteeseen hoitajien mielestä liittyi se, että hoitajilla hyvin eritasoista osaamista erityistason saattohoidossa. Toisaalta hoitajat kokivat positiivisena sen, jos kaikki yksikön hoitajat kävisivät yhtenäisissä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon koulutuksissa, jotta työyksikössä hoitajilla olisi samanlainen näkökulma hoitotyötä tehdessään.

*”mä muistan myös muutaman hyvin turhauttavan koulutuksen, missä mä oon ajatellut, että aikani menee aivan hukkaan täällä” (H7)*

Toisaalta taas osa hoitajista koki, että vaikka koulutus ei vastannut tavoitteisiin, ei se koskaan ollut turha. Koulutus antoi aikaa oman työn pohdiskeluun, joka usein saattoi olla työelämässä kortilla. Yksi hoitaja myös kuvasi, että on hyödyllistä laajentaa omaa näkemystään, millaisena palliatiivinen hoito ja saattohoito näyttää erityistason saattohoidon ulkopuolella.



*”et sekin hyöty näistä koulutuksista on et vaikka niin kuin aattelee et samoja, mutta aina niissä on joku pointti sitten... et välillä se on sitten kiirettäkin, et välillä sä et niin kuin paneudu tai paneudut mut sä et niin kuin pohdi tai kerkeä ajattelemaan, et sen takia nää koulutukset pysäyttää sut” (H11)*

Hoitajien kokemus koulutuksiin pääsystä vaihteli yksiköisen välillä. Toiset kokivat, että heidän yksikössään *koulutuksiin panostetaan* ja niihin pääsee helposti osallistumaan. Toiset hoitajat taas kertoivat, että *koulutuksiin pääsy oli vaikeutunut* ja yksikön ulkopuolisiin tai maksullisiin koulutuksiin ei päässyt enää ollenkaan. Osa hoitajista koki, että koulutukseen pääseminen oli kiinni myös omasta aktiivisuudesta ja osa hoitajista oli rahoittanut koulutukset myös omakustanteisesti.

*”mä toivoisin sitä että työnantaja, just nää erikoistumiskoulutukset palliatiiviseen ja saaattohoitoon, et se tukis siinä esimerkiksi taloudellisestikin siinä.” (H4)*

### 5.3 Lisäkoulutuksen tarve elämän loppuvaiheen hoidossa

#### 5.3.1 Kliinisen hoitotyön koulutustarve

Hoitajat kokivat tarvitsevansa tietojen päivittämistä erilaisista etenevistä sairauksista. Kaivattiin tietoa erilaisista syövistä ja niiden ennusteista. Myös harvinaisempaa amyotrofista lateraaliskleroosia (ALS) sairastavien potilaiden perushoitoon, lääkehoitoon ja hengenhädistyksen lievittämiseen kaivattiin lisää koulutusta.

*”oikeesti tosi erikoisia syöpäjuttuja... olis kauheen kiva ehkä niistä kuulla vähän ja millaisia ennusteita niillä on. Ja tavallaan kun jotkut voi sairastaa vaikka kymmenen vuotta, mut siis jossain sairauksissa, jotain mahan alueen juttuja, niin voi olla et se on kaksi viikkoa ja se on sit siinä.” (H8)*

Hoitajat kaipasivat lisäkoulutusta sairauksista, joihin liittyy pahenemisvaiheista, ja jonain kertana se tulee johtamaan kuolemaan, kuten sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan kohdalla. Hoitajat kokivat tarvitsevansa lisätietoa sairauden aaltomaisesti etenevästä luonteesta. Sairauden kulkuun ja potilaan sekä läheisen ohjaamiseen sairauden luonteesta kaivattiin enemmän koulutusta. Hoitajat kokivat, että potilaiden ja läheisten valmistaminen sairauden etenemiseen saattoi jäädä huomioimatta potilaiden päästessä kotiin sairauden

pahenemisvaiheen helpotuttua. Hoitajat kokivat, että osaamista tulisi vahvistaa, jotta potilaalla ja läheisellä säilyy ymmärrys sairauden vakavuudesta ja siitä, että se lopulta johtaa kuolemaan.

*”Meidän pitäis niin kun osata ymmärtää ajatella sit sairauden kulkua hoitajanakin. ja mieltä et miten me päivittäin siinä potilaan ja omaisten kanssa keskustellessa, niin miten me kerrotaan asioita ja mihinkä suuntaan me lähdetään tsemppaamaan...kuitenkin jotenkin pidettäis sitä ajatusta yllä ja tuettais, että tota niin tilanne ei näin jatku ainiaan..” (H5)*

Lääkehoidosta kaivattiin koulutusta ja kertausta. Uusia lääkkeitä käyttöön otettaessa tulisi hoitajien saada koulutusta, jossa ohjeistetaan lääkkeen käytössä ja kuvataan lääkkeen vaikutusta. Myös syvällisempää koulutusta kaivattiin lääkkeiden vaikutusmekanismien ymmärtämisestä kehossa.

*”Ehdottomasti mä haluaisin enemmän koulutusta ää lääkehoitoon ja siihen että miten erilä lääkkeet toimivat toistensa kanssa ja miten se farmakologiaa, niin kun kipulääkityksen farmakologiaa ja pahoinvointilääkityksen farmakologiaa, niin sitä mä toivoisin enemmän.. tai ei sitä nyt ole ollut ollenkaan” (H4).*

Koulutusta, jossa olisi luennoimassa kivunhoidon erityisasiantuntija, kuten lääkäri tai hoitaja kipupoliklinikalta koettiin tarpeellisena. Kivunhoitoon kaivattiin kertausta ja koulutusta esimerkiksi teemasta, miten henkisen ahdistuksen erottaa kivusta. Uusien tai itselle vieraampien hoitovälineistön hallitsemiseen kaivattiin koulutusta, esimerkiksi erilaiset dreenit ja epiduraalisen lääkeinfuusion käyttö.

*”joku uus esimerkiksi se epipumppu ei ollut kenelläkään.” (H13)*

Hoitajat kaipasivat kertausta oireenmukaisesta hoidosta, esimerkiksi hengenahdistuksen hoidosta ja ihon läpi työntyvien kasvainten aiheuttaman hajun poistossa. Hoitajien mukaan myös yllättäviin tilanteisiin, kuten verensyöksy, massiivinen hengenahdistus ja tukehtuminen tai sen tunne, tulisi valmistautua koulutuksen avulla.

*”erikoistilanteista taikka sellaisesta vähän niin kuin katastrofitilanteista... keuhkosyöpää ja verensyöksyt on saattaa olla, ei toki yleisiä... mut kaikkiin tällaisiin hätätilanteisiin, miten niissä toimitaan.” (H10)*

Osa kotisairaalassa työskentelevistä hoitajista koki tarvitsevansa lisäkoulutusta palliatiivisesta sedaatiosta. Koulutuksen aihealueena tulisi olla miten palliatiivinen sedaatio toteutetaan kotona ja mitä se vaatii omaiselta. Lisäkoulutusta kaivattiin myös sedaation indikaatioista, kuten psyykkisessä ahdistuksessa.

*”ehdottomasti meillä pitäis olla koulutusta enemmän koulutusta tota niin sedaatioista.” (H4)*

Hoitajat kaipasivat lisätietoa loppuvaiheen fyysisitä oireista, voinnin muutoksen ennakoinnista ja tunnistamisesta. Hoitajat kaipasivat koulutusta, jossa ohjataan läheisten jälkihoidon järjestämisessä. Hoitajat kokivat, että potilaan kuolemaan saakka potilasta ja perhettä hoidetaan hyvin intensiivisesti, mutta hoito loppuu potilaan kuolemaan.

*”..jälkihoito et se niin kuin tuntuu et ainakin nyt tossa meidän yksikössä vähän niin kuin unohtuvan.. Siitä mä kaipaisin, että semmoinen, että se tulis jossain koulutuksessa..”(H11)*

### 5.3.2 Elämän loppuvaiheen hoidon järjestäminen

Koulutusta, jossa käsitellään kulttuurin ja uskonnon vaikutusta kuolemaan ja saattohoidossa tehtyihin valintoihin kaivattiin. Hoitajat kaipasivat koulutuksia, joissa käsitellään kulttuurien välisiä eroavaisuuksia. Haasteena koettiin, kuinka voi keskustella toisesta kulttuurista tulevan kanssa loukkaamatta heidän tapaansa nähdä maailma, mutta myös tuoda potilaalle tietoon, että kyseessä on kuolemaan johtava sairaus.

*”monikulttuurisuus tulee aina vaan voimakkaammin ja voimakkaammin ja se on niin kuin kuoleman tapauksessa tosi herkkä juttu koska he reagoi muualta muutaneet hyvin eritavalla kun suomalaiset.” (H7)*

Hoitajat kokivat myös potilaan hoitopolun tuntemisesta olevan hyötyä ja kaipasivat siihen lisää koulutusta. Toivottiin, että koulutuksessa käytäisiin läpi uusien kansallisten ja kansainvälisten saattohoitosuosittelujen päivittämistä.

*”näit meidän saattohoito -suosituksia... ja siis ihan tallaisista valtakunnallista tietoja ja mitä tulee maailmaltakin.” (H2)*

Monissa yksiköissä potilaalla ja läheisillä oli mahdollisuus olla yhteydessä sosiaalityöntekijään. Hoitajat kuitenkin kokivat, että koulutus, jossa käydään läpi potilaalle ja perheelle kuuluvat sosiaalipalvelut- ja etuudet, olisi tarpeellinen. Hoitajilla nousi esille huoli potilaan ja perheen toimeentulosta tilanteissa, joissa toisen vanhemman tulot olivat loppuneet. Hoitajat olivat kohdanneet myös usein tilanteen, että sosiaalietuuksista ei oltu vielä potilaan hoitopolussa keskusteltu. Kaivattiin myös tietoa mihin yksikön ulkopuolisiin tahoihin potilaan ja omaisen voi ohjata saamaan keskusteluapua.

*”tälläisiä sosiaalisia asioita, niin tavallaan niihin törmään... ihan siis jokaisen potilaan kanssa jollain tavalla.” (H13)*

### 5.3.3 Vuorovaikutus potilaan ja perheen kanssa

Vuorovaikutus potilaan, perheen ja hoitajan välillä koettiin merkittävänä koulutustarvekonaisuutena. Potilaan ja perheen psykososiaalinen, henkinen ja psyykinen tuki nousi esille. Tukea haluttiin tarjota niin potilaalle kuin hänen läheisilleen. Erityisesti lisäkoulutuksen tarve mainittiin, kun kuolevan potilaan perheessä oli lapsia. Koettiin, että hoitajan olisi tarpeellista saada lisäkoulutusta, jotta osaa kohdata ja tukea eri-ikäisiä lapsia sekä koko perhettä, vanhemman saattohoidossa.

*”tällainen psyykkisen tuen koulutus ja elämän kriisivaiheissa tukemisen koulutusta... pieniä lapsia perheessä, on murrosikäisiä lapsia perheessä, kuinka heitä voisi auttaa eteenpäin.” (H9)*

Keskustelutaitoihin haluttiin saada lisäkoulutusta. Hoitajat kokivat, että joutuvat usein keskustelemaan potilaan ja perheen kanssa vaikeista tilanteista ja kaipasivat koulutusta, josta saisi tukea niihin tilanteisiin. Vaikeudeksi koettiin oikeiden sanojen löytäminen oikeaan aikaan. Hoitajat toivat esille, että keskustelua voisi opetella tapausesimerkkien avulla, jolloin pääsisi seuraamaan, miten vuorovaikutus auttaa potilaan ja läheisen tukemisessa.

*”et sit osais niin kuin jotenkin sit sanoo oikeita asioita oikeisiin kohtaan.” (H12)*

*”voi kun vois sanoo jotain, mutta ei niin kun löydä mitään sanoja.” (H1)*

Hoitajat kertoivat myös työkaluista, joita he kaipasivat potilaan ja perheen kohtaamiseen. Hoitajat kaipasivat konkreettista apua, miten kohdata omainen kaiken kiireen keskellä ja keskittyä juuri hänelle merkityksellisiin asioihin. Hoitajat kokivat, että on tärkeää tunnistaa, minkälaisia tarpeita potilailla on elämän loppuvaiheen hoidossa ja miten niihin voisi vastata. Toivottiin koulutusta, jonka avulla uskaltaisi pysähtyä potilaan vierelle ja kuulla mikä on potilaan mielestä tärkeää. Haluttiin lisäksi laajentaa omaa ymmärrystä potilaan elämäntilanteesta ja sen vaikutuksesta potilaan tekemiin valintoihin hoidosta. Myötätunnon, empatian ja lohduttamisen koulutusta kaivattiin.

*”kuinka saada hoitohenkilökunnan osalta rikottua niitä rajoja, että uskaltautuisimme heittäytymään potilaan maailmaan ja kuulemaan kaikkea sitä mikä on tärkeää.” (H9)*

*”elämäntilanteellisuuteen liittyviä asioita.. et mä mieluummin tunnen kehosani jonkun oireen tai kivun niin mä valitsen mieluummin sen kuin että mä otan tätä lääkettä ja turrutan itseni.” (H5)*

Kotisairaalan hoitajat kokivat, että koulutuksella voidaan vahvistaa osaamista, miten tukea läheisiä ja potilasta kotona, jotta vältetään turhilta potilaiden siirroilta sairaalaan viimeisinä elinpäivinä. Toisaalta hoitajat kokivat, että jos potilas jouduttiin siirtämään sairaalaan, olivat läheiset jopa suuremman tuen tarpeessa. Tukea tuli silloin kohdistaa läheisiin, jotta he tunnistavat, että olivat tehneet kaikkensa potilaan hyväksi, vaikka hoito kotona ei onnistunutkaan.

*”et olisko mitään konstia ollut että olis niin kuin voinut tätä vielä tehdä.. sietämistä niin kuin saada jatkumaan, että kestää sen tilanteen.”(H11)*

Hoitajat toivat esille potilaan elämän loppuvaiheen hoitoon liittyviä vaativia tilanteita, joihin kaivataan koulutuksellista tukea. Vaativiksi tilanteiksi kuvattiin esimerkiksi tilannetta, jossa potilas on salannut läheisiltä sairauden. Myös oman ikäisten hoito tai pienten lasten vanhempien saattohoito koettiin haastavana ja niitä toivottiin koulutuksissa käsiteltävän tapausesimerkkien kautta.

*”potilas onkin salannut oman sairauden ja oman tilanteen... ne omaiset on aikamoisessa kriisissä, että ehkä niin kun siihen tuntuu, että se oma ammattitaito ei meinaa riittää.” (H2)*

### 5.3.4 Ammatillinen ja moniammatillinen vuorovaikutus

Hoitajien ammatillinen vuorovaikutus käsitti omien voimavarojen tunnistamisen ja kuinka tukea omaa työssä jaksamista. Työssä jaksaminen ja valmius kohdata potilas sekä läheiset mahdollistavat hoitajien kokemana toisten auttamisen. Kaivattiin koulutusta, joka auttaa omien tunteiden ja voimavarojen tunnistamisessa ja jonka kautta niihin voi saada tukea. Koettiin, että koulutuksella voidaan saada apua siihen, että kykenee säilyttämään ammatillisuuden tilanteissa, jotka koskettavat.

*”et kykenee olemaan siinä hoitajan roolissa silloinkin, kun se menee niin kuin syvälle tunteisiin, että tekis mieli lähteä mukaan siihen suruun ja tuskaan.”(H7)*

Työyhteisön väliseen vuorovaikutukseen haluttiin lisäkoulutusta. Koettiin, että yhteisellä koulutuksella voidaan oppia tunnistamaan toisten tunnetiloja ja reaktioita sekä lisätä avoimuutta työyhteisössä. Hoitajat kokivat, että yhteinen koulutus lääkäreiden kanssa olisi aiheellista, jotta hoitajat ja lääkärit pystyisivät keskustelemaan potilaan ja perheen kanssa yhteisestä näkökulmasta. Yhteinen koulutus nähtiin yhtenäistävän käytäntöjä ja ajatusmaailmaa työyhteisön sisällä.

*”hoitohenkilökunta oppisi myös auki purkamaan niitä omia tunteitaan ja sitä tunnelastiaan.”(H9)*

Yhteistä lisäkoulutusta kaivattiin eri yhteistyökumppaneiden kanssa. Kotisairaalassa korostui yhteistyökoulutuksen tarve kotihoidon, yliopistosairaalan ja saattohoitokodin välillä. Myös moniammatillista lisäkoulutusta kaivattiin esimerkiksi kipupoliklinikalta, sosiaalityöntekijöiltä ja papeilta.

*”me ollaan ja sit tässä on kotihoidon hoitajat... et me oltais niin kuin yhdessä” (H7)*

*”yhteistyökumppaneiden kanssa tai kotihoidon...”(H7)*

## 5.4 Yhteenveto tuloksista

Yhteenvetona tuloksista (kuviot 11) voidaan todeta, että hoitajien osaaminen saattohoidon erityistasolla oli laaja-alaista ja piti sisällään hoito-, vuorovaikutus-, ammatillista- ja organisointi ja ohjausosaamista. Hoitajien osaaminen ja koulutustarve kohdistui samansuuntaisiin kokonaisuuksiin, kuten kliininen osaaminen, elämän loppuvaiheen hoidon järjestäminen, vuorovaikutus potilaan, läheisten ja ammattihenkilöiden välillä, oman ammatillisuuden kehittäminen ja työssä jaksamisen arviointi. Hoitotyön peruskoulutus harvoin vastasi hoitajien työelämän tarpeisiin ja lisäkoulutusta hoitajat ovat hankkineet monenlaisista koulutuksista.

Hoitotyön kliiniseen osaamiseen liitettiin tieto erilaisista sairauksista, joita erityistason saattohoidossa olevat potilaat sairastavat, ja miten niitä hoidetaan. Potilaan perushoidossa tuli huomioida niin potilaan mahdolliset kivut kuin yksilöllisyys. Erilaisia hoitotoimenpiteitä tuli kyetä suoritta itsenäisesti tai avustaa lääkäriä niiden suorittamisessa. Elämän loppuvaiheen hoidon osaamiseen hoitajat liittivät myös oirehoidon, kivun- ja lääkehoidon sekä palliatiivisen sedaation.

Hoitajien tuli osata toimia erilaisissa vuorovaikutustilanteissa. Kohtaaminen potilaan ja läheisten kanssa koettiin merkittävänä osaamisen alueena. Hoitajan tuli puhua vaikeista asioista ja ottaa niitä esille elämän loppuvaiheen hoidossa. Hoitajien tuli kyetä lukemaan tilannetta, jossa potilas ja läheinen oli ja toimimaan tilanteen edellyttämällä tavalla. Vuorovaikutusosaamiseen kaivattiin myös laajalti koulutusta. Koulutuksen toivottiin pitävän sisällään vuorovaikutus ja kohtaamisosaamisen vahvistamista.

Tutkielmassa koulutustarpeita kuvattiin neljän kokonaisuuden avulla, joita olivat kliininen osaaminen, elämän loppuvaiheen hoidon järjestäminen, vuorovaikutus potilaan ja läheisten kanssa sekä ammatillinen ja moniammatillinen vuorovaikutus. Hoitajat kokivat tarvitsevansa osaamisen vahvistamista erilaisista sairauksista ja niiden oire- ja lääkehoidosta sekä elämän viimeisillä hetkillä toteutettavasta palliatiivisesta sedaatiosta. Hoitajat toivoivat koulutusta kansallisista ja kansainvälisistä hoitosuosituksista ja saattohoidon järjestämisestä Suomessa. Hoitajat kokivat saattohoidossa tärkeänä potilaan yksilöllisten toiveiden kunnioittamisen ja koulutusta kaivattiin monikulttuurisuudesta ja eri uskonnoista sekä niiden vaikutuksesta saattohoitoon.

Hoitajat kertoivat niin myönteisistä kuin kielteisistä kokemuksista saadusta lisäkoulutuksesta. Koulutuksen kautta hoitajat pystyivät arvioimaan omaa osaamista ja mahdollisia kehittämiskohteita. Koulutuksen koettiin antavan uusia näkökulmia työn tekemiseen. Hoitajat nostivat esille sen, että koulutusta oli haastavaa kohdentaa erityistason saattohoidossa työskenteleville. Koettiin, että osaamista on kertynyt jo paljon, jolloin aiheiden syvämpi tarkastelu jäi osassa koulutuksissa vaillinaiseksi. Kokemukseen koulutuksen vaikuttavuudesta liittyy tämän tutkielman perusteella muitakin tekijöitä kuin koulutuksen sisältö. Opetusmenetelmistä vaikuttavina koettiin osallistavat menetelmät, kuten tapausesimerkit tai keskustelu oman työryhmän kanssa.



Hoitajien osaaminen erityistason saattohoidon yksiköissä	Hoitajien koulutus erityistason saattohoidon yksiköissä	Hoitajien koulutustarve erityistason saattohoidon yksiköissä
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hoitotyön osaaminen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Palliatiivisen ja saattohoidon perusteet</li> <li>• Perushoito</li> <li>• Ravitsemus ja nesteytyt</li> <li>• Haavanhoito</li> <li>• Hoitotoimenpiteet</li> <li>• Erilaiset sairaudet</li> <li>• Oirehoito</li> <li>• Kipu ja lääkehoito</li> <li>• Palliatiivinen sedaatio</li> <li>• Ennakointi</li> </ul> </li> <li>• <b>Vuorovaikutusosaaminen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kohtaaminen ja vuorovaikutus potilaan ja läheisten kanssa</li> <li>• Tilanteen lukeminen</li> <li>• Kommunikointi elämän loppuvaiheen hoidossa</li> <li>• Rohkeus vaativissa vuorovaikutustilanteissa</li> <li>• Läsnäolo ja lohdutus</li> <li>• Potilaan ja läheisten tarpeiden huomiointi</li> <li>• Turvallisuuden ja luottamuksen rakentaminen</li> </ul> </li> <li>• <b>Ammatillisuus</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oman osaamisen tunnistaminen</li> <li>• Työyhteisön tuki ja sen hyödyntäminen</li> <li>• Motivaatio hoitaa kuolevia potilaita</li> <li>• Oman työn reflektointi</li> <li>• Hoitajan persoona osana hoitotyötä</li> </ul> </li> <li>• <b>Organisointi ja ohjausosaaminen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potilaan ja läheisen ohjaus</li> <li>• Oman työn organisointi</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon koulutus</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osuus peruskoulutuksessa</li> <li>• Lisäkoulutus</li> <li>• Lisäkoulutuksen järjestäjä</li> <li>• Lisäkoulutuksena käytetyt opetusmenetelmät</li> <li>• Lisäkoulutuksen kesto</li> </ul> </li> <li>• <b>Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon lisäkoulutuksen sisällöt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kuolema eri kulttuureissa</li> <li>• Sosiaalietuudet</li> <li>• Kliiniset taidot</li> <li>• Kivunhoito</li> <li>• kohtaaminen</li> <li>• Henkinen ja hengellinen hoitotyö</li> <li>• Palliatiivinen hoito ja saattohoito</li> <li>• Oirehoito</li> <li>• Syöpäpotilaan hoitotyö</li> <li>• Työn teon tapa</li> <li>• Lääkehoito</li> <li>• Perusteet juridiikkaa, hoitoketjut, palveluosaaminen, tiedon haku</li> <li>• Moniammatillisuus</li> </ul> </li> <li>• <b>Hoitajien kokemus saadusta lisäkoulutuksesta</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lisäkoulutus vastasi tavoitteisiin</li> <li>• Lisäkoulutus ei vastannut tavoitteisiin</li> <li>• Lisäkoulutuksen saatavuus</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Kliininen osaaminen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kliininen hoitotyö</li> <li>• Elämän viimeisten päivien hoito</li> <li>• Jälkihoito</li> <li>• Syöpäsairaudet</li> <li>• ALS-potilaat</li> <li>• Sydämen vajaatoiminta</li> <li>• Sairauden eteneminen</li> <li>• Oirehoito</li> <li>• Ihonläpi kasvaneiden kasvainten hoito</li> <li>• Kivunhoito</li> <li>• Palliatiivinen sedaatio</li> <li>• Lääkehoito</li> </ul> </li> <li>• <b>Elämän loppuvaiheen hoidon järjestäminen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoitopolut ja hoitosuosituks</li> <li>• Potilaan ja läheisten sosiaalietuudet</li> <li>• Monikulttuurisuus ja eri uskonnot</li> </ul> </li> <li>• <b>Vuorovaikutus potilaan ja läheisten kanssa</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kohtaaminen</li> <li>• Potilaan ja perheen tuki</li> <li>• Henkinen ja psyykinen koulutus</li> <li>• Keskustelu</li> <li>• Vuorovaikutus</li> <li>• Lohduttaminen</li> <li>• Myötätunto</li> <li>• Potilaan tarpeisiin vastaaminen</li> <li>• Vaativat tilanteet elämän loppuvaiheen hoidossa</li> </ul> </li> <li>• <b>Ammatillinen ja moniammatillinen vuorovaikutus</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoitajan omien voimavarojen tunnistus ja tukeminen</li> <li>• Työyhteisön välinen vuorovaikutus</li> <li>• Yhteistyökoulutukset</li> </ul> </li> </ul>

Kuvio 11. Yhteenveto erityistason saattohoidossa työskentelevien hoitajien kuvauksista osaamisesta, koulutuksesta ja koulutustarpeesta.

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisyyttä perusteltaessa on kiinnitettävä huomiota tutkimuksen tarkoitukseen (Hirsjärvi & Hurme 2015, 20). Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitajien osamista, koulutusta ja koulutustarvetta erityistason saattohoidossa. Tarkoituksena oli lisätä vähän tutkitun ilmiön ymmärrystä, koska Suomeen on hiljattain laadittu uudet saattohoidon järjestämistä koskevat suositukset, joiden ohjaamana saattohoitoa kehitetään (STM 2019b).

Tutkija noudatti tässä tutkielmassa henkilötietojen käsittelyssä EU:n yleistä tietosuojasetusta (General Data Protection Regulation, GDPR), tietosuojalakeja ja hyvää tieteellistä käytäntöä (GDPR EU2016/679, Tenk 2012, Tietosuojalaki 1050/2018). Sosiaalisen median sivustojen ylläpitäjiltä pyydettiin lupa julkaista tutkimustiedote. Tutkija keräsi haastateltavilta taustatietoja, jotka muodostivat henkilötietorekisterin (liite 3). Henkilötietorekisteriin kerättiin vain tutkimuksen kannalta merkityksellistä tietoa osallistujista ja tietoa käytettiin ainoastaan tähän tutkimukseen (EU2016/679, Tietosuojalaki 1050/2018). Tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja tutkimusprosessin jokaisessa vaiheessa osallistujilla oli mahdollisuus perua tai keskeyttää osallistuminen. Tutkijan valitsema osallistujien hakumenetelmä toimi osaltaan vapaaehtoisuuden periaatteen mukaisesti. Osallistujat ottivat itse yhteyttä tutkijaan ja tutkija toi osallistujille esille, että tutkimuksen voi keskeyttää missä vaiheessa tahansa ja se ei tule vaikuttamaan osallistujan kohteluun. (Kylmä & Juvakka 2012, 138.)

Osallistujien anonymiteettiä suojeltiin tässä tutkimuksessa siten, että tutkija suoritti aineiston analysoinnin ohjausryhmän ohjauksessa. Tutkittavien henkilöllisyys ei paljastunut muille kuin tutkijalle missään osassa tutkielmaa. Tutkielman aikana kerätty tieto käsiteltiin luottamuksellisesti ja tutkimusraportti kirjoitettiin niin, ettei ketään yksittäistä tutkielmaan osallistujaa voida siitä tunnistaa. Tutkielman valmistumisen jälkeen aineisto hävitetään ja säilytetään asiaan kuuluvalla tavalla. (Elo & Kyngäs 2008, Graneheim & Lundman 2004.)

Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluna ja tutkija haastatteli kaikki tutkimukseen osallistuneet henkilöt. Haastattelussa esitettiin osaamiseen, koulutukseen ja koulutustarve -teemoihin liittyviä kysymyksiä (Kallio ym. 2016). Haastattelut nauhoitettiin tutkimukseen osallistujan suostumuksella. Digitaaliset haastatteluaineistot siirrettiin tutkijan puhelimesta ja nauhurista tutkijan omalle tietokoneelle salasanan taakse asennettuun tiedostoon. Haastattelutiedostot säilytetään viisi vuotta tutkimuksen valmistumistuttua, jonka jälkeen ne hävitetään asianmukaisia ohjeita noudattaen (GDPR EU2016/679).

Tämän tutkielman eettiset kysymykset kohdistuvat tutkijan rooliin. Tutkija piti tutkimuspäiväkirjaa tutkimusprosessin aikana heränneistä kysymyksistä ja näin pyrki tunnistamaan omat ennakkoajatukset, uskomukset, asenteet sekä arvot ja pitämään ne erillään tutkimuskohteesta. (Elo & Kyngäs 2008, Eskola & Suoranta 1998, 20, Kylmä & Juvakka 2012, 128-129.)

## 6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tämän tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan tässä tutkimuksessa tutkimusprosessin, tutkimukseen osallistuneiden hoitajien, tutkimusmenetelmän, aineiston keruun ja analyysin sekä tutkijan omien lähtökohtien näkökulmasta. Uskottavuus, vahvistettavuus, siirrettävyys (Graneheim & Lundman 2004, Kylmä & Juvakka 2012, 128-129) ja refleksiivisyys (Kylmä & Juvakka 2012, 128-129) olivat tutkielman luotettavuuden arviointikriteereitä.

Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, miten hyvin tutkijan esittämät tulokset vastaavat erityistason saattohoidossa työskentelevien hoitajien kokemusta osaamisesta, koulutuksesta ja koulutustarpeista. Tutkimuksen tulosten uskottavuutta lisää tutkimusprosessiin käytetty aika, joka lisää tutkimuksen osallistujien näkökulman ymmärtämistä. Tutkija piti tutkimusprosessin ajan tutkimuspäiväkirjaa, jonka avulla tutkija pystyi pohtia tekemiään valintoja ja tiedostaa omaa toimintaa (Graneheim & Lundman 2004, Kylmä & Juvakka 2012, 128-129). Tutkimukseen osallistui eri ikäisiä ja eri paikkakunnilla asuvia lähi-, perus- ja sairaanhoitajia, jotka työskentelivät erityistason saattohoidon osastoilla sekä kotisairaaloissa. Tutkimukseen osallistujien taustojen monipuolisuus mahdollisti rikkaan haastatteluaineiston, joka vahvistaa tutkimuksen uskottavuutta. (Graneheim & Lundman 2004.) Toisaalta uskottavuutta olisi voitu vahvistaa antamalla tutkimuksen osallistujan lukea ana-

lyysi, jota ei tässä tutkimuksessa tehty (Graneheim & Lundman 2004, Kylmä & Juvakka 2012, 128-129).

Tutkimus toteutettiin puhelinhaastattelulla, jolla on merkitystä tutkimuksen uskottavuutta tarkastellessa. Puhelinhaastattelu toteutettiin kertaluonteisena, jolloin tutkijalla ei ollut mahdollisuutta tarkentaa annettuja vastauksia analyysivaiheessa. Tutkija aloitti aineiston litteroinnin heti haastattelun päätyttyä, jolloin tutkija pääsi refleктоimaan omaa onnistumistaan haastattelijana ja tekemään tarvittavia muutoksia seuraavaan haastatteluun (Hirsjärvi & Hurme 2015, 184).

Tutkija ei pystynyt puhelinhaastattelun aikana tulkitsemaan haastateltavan eleitä, ilmeitä ja kehonkieltä, joiden katsotaan olevan olennainen osa haastattelutilanteen kommunikaatiota. Puhelinhaastattelussa haastattelijalla ei voinut omalla olemuksellaan rauhoittaa tilannetta, jos haastateltava oli jännittynyt tai ahdistunut. (Hirsjärvi & Hurme 2015, 119.) Tämän voidaan nähdä laskevan tutkimuksen luotettavuutta. Toisaalta taas puhelinhaastattelussa haastateltava sai valita itselleen sopivan haastatteluajan ja paikan. Tutkijan tavoitteena oli selkeällä ja rauhallisella puheella välittää haastateltavalle turvallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri.

Aineiston keruuseen tulee kiinnittää huomiota tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa (Kylmä & Juvakka 2012, 130). Tutkimukseen osallistui 15 hoitajaa ja osallistujien hakeminen lopetettiin, kun aineisto alkoi toistaa itseään eli saturoitumaan. Kuitenkaan ei voida varmuudella todeta tutkimuksen saturaatiota osallistujien taustojen monipuolisuuden ja tutkijan kokemattomuuden vuoksi. Osallistujien kuvaus ilmiöstä olisi saattanut entisestään rikastua, jos lähi- ja perushoitajia olisi ollut vastaajissa enemmän kuin kaksi. Tutkimukseen osallistujien haku lopetettiin, kun lähi- ja perushoitajan osallistumisen jälkeen haastattelut eivät antaneet olennaisesti uutta tietoa (Hirsjärvi & Hurme 2015, 59). Lähi- ja perushoitajan osallistumisen nähtiin aineistoa rikastuttavana tekijänä sekä kerätyn aineiston vahvistajana.

Tutkimukseen osallistumiseen saattoi vaikuttaa osallistujien hakeminen sosiaalisen median alustoilta ja haastattelumenetelmänä käytetty puhelinhaastattelu. Sosiaalisen median alustoja käytettiin monipuolisesti, kuten ammattiyhdistysten Facebook-sivustoja. Kuitenkaan kaikki tutkimuksen kohteena olevat henkilöt eivät käytä sosiaalisen median sivustoja, jolloin osa tutkimukseen osallistuneista jäi haun ulkopuolelle. Toisaalta taas osa hoitajista sai kuulla tutkimuksesta kollegalta, joka oli jo osallistunut tutkimukseen. Tällöin voi-

daan katsoa, että menetelmänä käytettiin lisäksi lumipallo-otantaa (Hirsjärvi & Hurme 2015, 59). Jatkossa tulee kuitenkin pohtia, olisiko joku toinen menetelmä vaikuttavampi ja saadaanko sillä lähi- ja perushoitajia motivoitua tutkimukseen osallistumiseen.

Tässä tutkimuksessa pyrittiin toteuttamaan sisällön analyysi siten, että analyysin muodostumista pystyi seuraamaan (Graneheim & Lundman 2004). Puolistrukturoidun haastattelurungon rakentaminen oli yksi tutkimuksen luotettavuuden keskeinen teema. Jotta tutkimus olisi mahdollisimman läpinäkyvä ja sitä pystyisi seuraamaan rakennettiin haastattelu Kallio ym. (2016) kehittämän rungon mukaan. Haastattelurungon kehittämiseen katsotaan kuuluvan viisi eri vaihetta (tunnistaa puolistrukturoidun haastattelun käytön edellytykset, aikaisemman tiedon keruu, alustavan puolistrukturoidun haastattelurungon muodostus ja sen testaus sekä varsinainen käyttö), jota tässä tutkimuksessa seurattiin. (Kallio ym. 2016.) Tutkimuksessa käytettiin suoria lainauksia ja tuloksia havainnollistavia taulukoita sekä kuvioita lisäämään tutkimuksen luotettavuutta vahvistettavuuden näkökulmasta. Vahvistettavuutta heikentää se, että aineiston analyysin toteutti yksi tutkija. Toisaalta sitä lisää se, että ohjausryhmä on voinut seurata tulosten muodostumista tutkimuksen teon aikana. (Elo & Kyngäs 2008, Graneheim & Lundman 2004, Kylmä & Juvakka 2012, 128-129.)

Tutkimus lisää ymmärrystä osaamisesta, koulutuksesta ja koulutustarpeesta, jolloin tutkimus tuloksia voidaan hyödyntää koulutusta kehittäessä erityistason saattohoidossa työskentelevien hoitajien koulutusta suunniteltaessa (Kylmä & Juvakka 2012, 129). Kuitenkin tulee huomioida laadullisen tutkimuksen luonne, jossa pyritään saamaan lisää ymmärrystä ilmiöstä. Tulosten siirrettävyyttä arvioidessa tulee kiinnittää huomiota erityisesti lähi- ja perushoitajien vähäiseen osallistumiseen sekä siihen, että vastaajissa oli sekä osastolla että kotisairaalassa työskenteleviä hoitajia.

Refleksiivisyydellä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa tutkijan omaa työkokemusta ja lähtökohtia tutkimuksen tekijänä (Graneheim & Lundman 2004, Kylmä & Juvakka 2012, 128-129). Tutkijan kokemattomuus tutkijana heikentää tutkimuksen luotettavuutta refleksiivisyyden näkökulmasta. Toisaalta taas tutkija oli tietoinen omasta kokemattomuudestaan ja pyrki esittämään analyysin siten, että sitä pystyy lukija seuraamaan, kirjasi pohdintojaan tutkimuspäiväkirjaan ja pyysi aktiivisesti tukea ohjausryhmältä. Tutkijan pitkä työkokemus vaativan erityistason sairaanhoitajana voi vaikuttaa tutkimuksen tulosten tulkintaan, mutta toisaalta tutkija oli tietoinen omista ennakkokäsityksistä tutkimuspäiväkirjan avulla.

### 6.3 Tulosten tarkastelua

Tutkielmassa tavoitteena oli kuvata osaamista erityistason palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa työskentelevien hoitajien kokemana. Lisäksi tarkoituksena oli kuvata, millaista koulutusta erityistason palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa työskentelevät hoitajat ovat saaneet ja mistä aihealueista he kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta.

Tässä tutkielmassa erityistason palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa työskentelevien hoitajien osaamista kuvattiin neljän osaamisalueen kautta, joita olivat hoito-, vuorovaikutus-, ammatillisuus ja organisointi- ja ohjausosaaminen. Tutkielma tuo uutta tietoa hoitajien kokemasta osaamisesta erityistason saattohoidossa, koska sitä ei ole aikaisemmin juurikaan tutkittu Suomessa. Sitä vastoin osaamisvajeen on nostanut esille STM:n selvitys palliatiivisen ja saattohoidon tilasta Suomessa. Selvityksessä osaamisvaje esitetään koulutetun henkilökunnan puutteella. (STM 2019.) Hoitajien osaaminen erityistason saattohoidossa kuvattiin sisältävän hoito-osaamista muun muassa oire-, kipu ja lääkehoidosta. Palliatiivisen hoitotyön organisoimisen osaaminen (Anttonen ym. 2011) korostui varsinkin kotisairaaloissa työskentelevien hoitajien osalta. Anttonen (2016, 75) tutkimuksessa hoitajat kuvasivat samoin kuin tässä tutkielmassa, että heidän tuli osata arvioida ja tukea potilaan ja läheisten voimavaroja kotona tapahtuvassa hoidossa ja osata tukea läheisiä, jos potilas jouduttiin siirtämään sairaalaa. Myös Lipposen ja Karvosen (2015) tutkimuksessa hoitohenkilökunta koki, että heidän organisointi- ja hoitotaitonsa muodostivat keskeisen edellytyksen hyvälle saattohoidolle. Tutkielman tulokset vastaavat pitkälti palliatiivisen hoidon yhdistyksen asettamia osaamisvaatimuksia, mutta hoitajat eivät kuvanneet palliatiivisen hoitotyön tutkimus- ja kehittämisosaamista, johtamisen osaamista tai kansainvälisyysosaamista. (Anttonen ym. 2011.)

Hoitajat kokivat, että ammatilliseen osaamiseen liittyi rohkeus. McLennonin ym. (2013) tutkimuksessa kuvataan myös, että hoitajien tulee ajoittain ottaa riskejä vaativissa vuorovaikutustilanteissa hoitaessaan syöpäpotilaita. Hoitajilta vaaditaan monipuolista osaamista kommunikoinnista ja kohtaamisesta hoitaessaan elämän loppuvaiheen hoidossa olevaa potilasta. Osaamiseen hoitajat liittivät muun muassa läsnäolon ja lohduttamisen kuin myös Lipposen ja Karvosen (2015) tutkimuksessa nostetun potilaiden ja läheisten tarpeiden huomioinnin. Lipposen ja Karvosen (2015) tekemän tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat vuorovaikutusosaamisen olevan yksi haasteellisimmista ja raskaimmista osista hoitotyötä.

Tämä saattaa selittää myös sen, miksi vuorovaikutusosaaminen tunnistettiin tässä tutkielmassa merkittävänä hoitajien osaamisalueena. Vuorovaikutuksen haastavuuden kautta pystytään ymmärtämään, miksi hoitajat nostivat sen myös merkittäväksi lisäkoulutuksen tarpeeksi. Hoitajien kokemaa lisäkoulutustarvetta vuorovaikutusosaamisesta ja kohtaamisesta tukee useat samansuuntaiset tutkimustulokset (Beckstrand ym. 2012, Reinke ym. 2010, Lipponen & Karvonen 2015, McCabe ym. 2012, White & Coyne 2011, Livingston 2011, Chang ym. 2016). Hoitajat tunnistavat erityistasolla työskentelyyn vaadittavan monipuolista vuorovaikutusosaamista potilaan, perheen ja työyhteisön välillä, mutta se osoitautui myös suurena lisäkoulutuksen tarpeena. Osa hoitajista oli hankkinut vuorovaikutuskoulutusta tai koulutuksen osana oli käsitelty esimerkiksi perheen tukea, kun toinen vanhempi sairastaa kuolemaan johtavaa sairautta.

Tutkielman tuloksena nousi esille erilaisten potilasryhmien hoito-osaamisen kehittäminen. Aikaisemmassa tutkimuksessa nousee esille koulutustarve koskien sydämenvajaatoimintaa, dementiaa, kehitysvammaa ja vakavaa psyykkistä sairautta sairastavan hoitotyötä (Ziehm ym. 2016, Chen ym. 2018, Livingston ym. 2012, Bekkema ym. 2014, Morgan 2016). Tässä tutkielmassa dementiaa, kehitysvammaa tai vakavaa psyykkistä sairautta sairastavien hoitotyön osaamisen kehittämiskohteena ei mainittu, kun taas ALS-potilaan ja sydämenvajaatoimintaa sairastavan elämän loppuvaiheen hoito nousi koulutustarpeena.

Lipposen ja Karvosen (2015) tutkimuksessa hoitajat kaipaivat koulutusta kuoleman jälkeisiin järjestelyihin, kuten kuinka kerrotaan läheiselle kuolemasta, kriisihoidon tarpeen arviointi ja jälkihoidon järjestäminen. Myös tässä tutkimuksessa hoitajat pohtivat läheisten huomioimista potilaan kuoleman jälkeen ja toivoivat koulutusta jälkihoidon järjestämiseksi.

Oma jaksaminen ja työn kehittäminen nousivat myös hoitajien koulutustarpeena. Hoitajat toivoivat koulutusta, jossa tuetaan omia voimavaroja sekä keskitytään työyhteisön sisäiseen vuorovaikutukseen. Hoitajat kokivat, että koulutuksissa pääsee refleктоimaan omia kokemuksiaan, jonka lisäksi niistä oppimisen ja tunteiden kanssa työskentelyn Anttonen (2016, 70) on nostanut tutkimuksessaan ammatillisen kasvun lähtökohdaksi.

Koulutukseen pääseminen nousi hoitajilta huolenaiheena. Toisaalta toiset kokivat, että koulutuksiin pääsi, jos oma motivaatio hakeutua koulutuksiin löytyi. Kansallisissa ja kansainvälisissä ohjeistuksissa ja suosituksissa peräänkuulutetaan koulutusta ja sen tarjoamista hoitohenkilökunnalle (Gamondi ym. 2013, STM 2010, 2017, 2019, THL 2016, Käypä-

hoito 2018). Kuitenkin osa hoitajista koki, että koulutukseen oli hankala päästä ja sen joutui maksamaan itse.

Koulutusten järjestämistä B-tason hoitajille pidettiin haasteellisena. Hoitajat kokivat, että saman yksikön sisällä saattoi olla hyvin erilaisin valmiuksin varustettuja hoitajia, jolloin myös koulutustarpeet vaihtelivat. Hoitajat toivoivat työyksiköilleen yhtenäistä koulutusta, jotta kaikilla olisi samansuuntainen näkökulma hoidettaessa elämän loppuvaiheessa olevia potilaita. Yhtenäisen koulutuksen vaateen on asettanut STM -suositus hoitajien koulutuksesta B-tasolla ja tavoitteeseen koittaa vastata EduPal-hanke uuden ”Palliativisen hoidon asiantuntija” erikoistumiskoulutuksen myötä (STM 2017, EduPal 2019b.) Erikoiskoulutuksen ensimmäisenä sisältöalueena on palliativisen hoidon asiakaslähtöinen prosessi, joka voisi tarjota tutkielman tuloksena nousutta hoitajien kaipaamaa yhtenäistä perustaa elämän loppuvaiheessa olevien potilaiden hoitoon (EduPal 2019b). Hoitajille suunnattu erikoistumiskoulutuksen toinen moduuli syventyy palliativisen potilaan oirehoidon asiantuntemus ja hyvä potilaan sekä läheisen ohjausosaaminen, mikä nousi hoitajien lisäkoulutuksen tarpeeksi myös tämän tutkielman perusteella (EduPal 2019b).

Kommunikointitaidot elämän loppuvaiheen hoitotyössä nousivat myös aiemman tutkimuksen valossa yleiseksi teemaksi, joista hoitajat kokevat tarvitsevansa lisäkoulutusta (Beckstrand ym. 2012, Reinke ym. 2010, Lipponen & Karvonen 2015, McCabe ym. 2012, White & Coyne 2011, Livingston 2011, Chang ym. 2016).

Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksessa kuvattiin palliativisen hoidon koulutuksen olevan tällä hetkellä hoitajien peruskoulutuksessa riittämätöntä (STM 2017). Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien kokemus elämän loppuvaiheen hoidosta hoitotyön peruskoulutuksessa tukee tätä päätelmää. Hoitajat pääosin kokivat, etteivät ole saaneet riittäviä tiedollista ja taidollista tukea hoitaa elämän loppuvaiheessa olevia potilaita hoitotyön peruskoulutuksesta.



## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET

Tässä pro gradu -tutkielmassa kuvattiin osaamista erityistason palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa työskentelevien hoitajien kokemana. Lisäksi tutkielmassa selvitettiin millaista koulutusta erityistason palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa työskentelevät hoitajat ovat saaneet ja mistä aihealueista he kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta. Tutkimustulosten perusteella esitetään seuraavat johtopäätökset:

- Erityistason palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa työskentely vaatii hoitajalta monipuolista osaamista. Hoitajien osaaminen erityistason saattohoidon yksikössä pitää sisällään tutkielman perusteella hoito-, vuorovaikutus-, ammatillista- ja organisointi ja ohjausosaamista. Erityistason palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa työskentelevien hoitajien kuvausta omasta osaamisesta tulisi hyödyntää palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämisessä Suomessa.
- Erityistason palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa työskentely vaatii hoitajilta monipuolista vuorovaikutustaitojen osaamista, jotta he kykenivät vastaamaan potilaiden ja läheisten elämän loppuvaiheen hoidossa nouseviin kysymyksiin. Potilasta ja läheistä tuli kyetä tukemaan ja luomaan rauhallinen hoitoympäristö elämän viimeisiin päiviin. Hoitajien lisäkoulutuksen tarve kohdistui niin ikään vuorovaikutustaitoihin, jonka perusteella hoitajille tulisi tarjota työnantajan toimesta jatkuvaa koulutusta vuorovaikutustaitojen kehittämiseksi.
- Hoitajien osaaminen ja koulutustarve kohdistui samansuuntaisiin kokonaisuuksiin, kuten kliininen osaaminen, elämän loppuvaiheen hoidon järjestäminen, vuorovaikutus potilaan, läheisten ja ammattihenkilöiden välillä, oman ammatillisuuden kehittäminen ja työssä jaksaminen. Erityistason saattohoidon vaativuus huomioiden vaikuttavaksi todettua palliatiivisen hoidon ja saattohoidon koulutusta tulisi järjestää työyksikön sisällä kuin osallistumalla ulkopuolisiin koulutuksiin.
- Hoitotyön peruskoulutus vastasi harvoin erityistason saattohoidossa työskentelevien hoitajien työelämän tarpeisiin.

- Erityistason saattohoidossa työskentelevät hoitaja olivat hankkineet lisäkoulutusta monenlaisista koulutuksista. Lisäkoulutustarjonta kuvattiin pirstaleisena, josta jokainen hoitaja etsi itselleen sopivat koulutuskokonaisuudet. Hoitajat kuvasivat niin positiivisia kuin negatiivisia kokemuksia koulutuksista. Koulutuksen katsottiin olevan pääosin hyödyllistä, mutta sisältö ei aina vastannut mielikuvaa koulutuksesta tai palvelut omia koulutustarpeita. Koulutukseen pääsy kuvattiin myös vaihtelevan yksiköiden välillä.

Tutkielman perusteella ehdotan jatkotutkimusaiheiksi:

- Erityistason saattohoidossa työskentelevien hoitajien osaamisen kehittyminen ja arviointi niin laadullisin kuin määrällisin tutkimusmenetelmin.
- Erityistason saattohoidossa työskentelevien lähi- tai perushoitajien osaaminen, koulutus ja koulutustarve.
- Sosiaali- ja terveysalan peruskoulutus sekä lisäkoulutus tulisi suunnitella siten, että koulutus huomioi hoitajien erityistason saattohoidon osaamistason ja -vaatimuksen. Jatkotutkimusaiheena tulisi arvioida kehitettyjen koulutusten ja niissä käytettyjen opetusmenetelmien vaikuttavuutta juuri erityistasolla työskentelevien hoitajien näkökulmasta.

## LÄHTEET

Anttonen MS, Lehtomäki S & Murtonen I. 2011. Palliatiivisen hoitotyön asiantuntijuuden kriteerit. Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry.

<https://www.sphy.fi/@Bin/130228/Kriteerit.pdf> Luettu 3.1.2019.

Anttonen MS. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Substantiivinen teoria saattohoidosta, potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. XXX Luettu 5.10.2018.

Beckstrand R, Collette J, Callister L ja Luthy K. 2012. Oncology nurses obstacles and supportive behaviors in end of life care: providing vital family care. *Oncology nursing forum*. Vol 39(5), E398-E406.

Bekkema N, de Veer A, Albers G, Hertogh C, Onwuteaka-Philipse B & Francke A. 2014. Training needs of nurses and social workers in the end-of-life care for people with intellectual disabilities: A national survey. *Nurse Education Today* 34, 494-500.

Browall M, Henoch I, Melin-Johansson C & Strang S. 2014. Existential encounters: Nurses' descriptions of critical incidents in end-of-life cancer care. *European Journal of Oncology Nursing* 18, 636-644.

Chang H-J, Hsu L-L, Hsieh S-I, Chu T-L & Yu W-P. 2016. Development of a needs scale for nurses receiving in-service palliative care education. *Cancer Nursing* 39(3), E22-E31.

Chen I-H, Lin K-Y, Hu SH, Chuang Y-H, Long CO, Chang C-C & Liu MF 2018. Palliative care for advanced dementia. Knowledge and attitudes of long-term care staff. *Journal of Clinical Nursing* 27, 848-858.

Croxon L, Deravin L & Anderson J 2018. Dealing with end of life – New graduated nurse experiences. *Journal of Clinical Nursing* 27, 337-344.

Cui J, Shen F, Xiuqiang & Zhao J. 2011. What do nurses want to learn from death education? A survey of their needs. *Oncology Nursing Forum* 38(6), E402-E408.

Dahlin C, Coyne P, Malloy P & Haskamp A. 2017. ELNEC-APRN: Meeting the needs of advanced practice nurses through education. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 19(3), 261-265.

EduPal 2018. Palliatiivisen koulutuksen kehittäminen.

<https://www.palliatiivisenkoulutuksenkehittaminen.fi/vastaa-ja-vaikuta/> Luettu 5.10.2018.

EduPal 2019a. Vaativan tason osaajia palliatiiviseen hoitotyöhön ylemmästä ammattikorkeakoulututkinnosta. Blogiteksti 2/2019.

[https://www.palliatiivisenkoulutuksenkehittaminen.fi/wp-content/uploads/sites/42/2019/03/EduPal-Blogiteksti-YAMK2\\_2019.pdf](https://www.palliatiivisenkoulutuksenkehittaminen.fi/wp-content/uploads/sites/42/2019/03/EduPal-Blogiteksti-YAMK2_2019.pdf) Luettu 20.3.2019.

EduPal 2019b. EduPal-hankkeen hoitotyön erikoistumiskoulutuksen työryhmän kuulumisia.

Blogiteksti 3/2019. [https://www.palliatiivisenkoulutuksenkehittaminen.fi/wp-content/uploads/sites/42/2019/04/EduPal\\_blogiteksti-3-ERKO.pdf](https://www.palliatiivisenkoulutuksenkehittaminen.fi/wp-content/uploads/sites/42/2019/04/EduPal_blogiteksti-3-ERKO.pdf) Luettu 20.4.2019.

- Elo S & Kyngäs H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 107–115.
- Eskola J & Suoranta J. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 2. painos. Vastapaino, Tampere.
- Gamondi C, Larkin P & Payne S. 2013. Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education -part 1&2. *European Journal of Palliative Care* 20(2), 86-145.
- GDPR. Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus (EU)2016/679. 2016. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/?uri=uriserv:OJ.L\\_.2016.119.01.0001.01.FIN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2016.119.01.0001.01.FIN). Luettu 5.11.2018.
- Graneheim U.H & Lundman B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105-112.
- Hirsjärvi S & Hurme H. 2015. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. 2.painos. Gaudeamus, Helsinki. <https://www.ellibslibrary.com/fi/book/9789524958868>. Luettu 5.11.2018.
- Hussin E.O.D, Wong L.P, Chong M.C & Subramanian P. 2018. Factors associated with nurses' perceptions about quality of end-of-life care. *International Nursing Review* 65, 200-208.
- Ikonen H-M. 2017. *Puhelinhaastattelu. Teoksessa Tutkimushaastattelun käsikirja*. Hyvärinen M, Nikander P & Ruusuvoori J(toim.) 1. painos. Vastapaino, Tampere. <https://www.ellibslibrary.com/reader/9789517686112> Luettu 5.11.2018.
- Kallio H, Pietilä A-M, Johnson M & Kangasniemi M. 2016. Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing* 72(12), 2954-2965.
- Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. 4. painos. Sanoma Pro Oy, Helsinki.
- Kylmä J & Juvakka T. 2012. *Laadullinen terveystutkimus*. 2. painos. Edita, Helsinki.
- Käypähoitosuositus 2018. Palliativinen hoito ja saattohoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Duodecim.
- Lipponen V & Karvinen I. 2015. Palliativista ja saattohoitoa koskevat koulutustarpeet hoitohenkilöstön ja lääkäreiden kuvaamina. *Gerontologia* 29(3), 152-163.
- Livingston G, Pitfield C, Morris J, Manela M, Lewis-Holmes E & Jacobs H. 2012. Care at the end of life for the people with dementia living in a care home: a qualitative study of staff experience and attitudes. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 27, 643-650.
- McCabe M, Mellor D, Davison T E, Halliford D J & Goldhammer D L. 2012. Detecting and managing depressed patients: Palliative nurses self-efficacy and perceived barriers to care. *Journal of Palliative Medicine* 15(4), 463-467.

McLennon S, Uhrich M, Lasiter S, Chamness A & Helft P. 2013. Oncology nurses' narratives about ethical dilemmas and prognosis-related communication in advanced cancer patients. *Cancer Nursing* 36(2), 114-121.

Morgan B. 2016. "No right place to die": Nursing attitudes and needs in caring for people with serious mental illness at end-of-life. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 22(1), 31-42.

Reinke L, Shannon S, Engelberg R, Dotolo D, Silvestri G & Curtis R. 2010. Nurses' identification of important yet under-utilized end of life care skills for patient with life limiting or terminal illnesses. *Journal of Palliative Medicine* 13(6), 753-759.

Schlairet M. 2009. End of life nursing care: education needs and effects of education. *Journal of Professional Nursing* 25(3), 170-177.

Smets T, Pivodic L, Piers R, Pasman HRW, Engels Y, Szczerbinska K, Kylänen M, Gambassi G, Payne S, Deliens L & Van den Block L. 2018. The palliative care knowledge of nursing home staff: The EU FP7 PACE cross-sectional survey in 322 nursing homes in six European countries. *Palliative Medicine* 32(9), 1487-1497.

STM 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosittukset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. Helsinki.

STM 2017. Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle.

[http://stm.fi/documents/1271139/5933711/RAPORTTI\\_Palliativisen+hoidon+ja+saattohoidon+järjestäminen.pdf/b3877884-2344-44e4-bc05-f0d12785c1c0](http://stm.fi/documents/1271139/5933711/RAPORTTI_Palliativisen+hoidon+ja+saattohoidon+järjestäminen.pdf/b3877884-2344-44e4-bc05-f0d12785c1c0) Luettu 20.2.2018.

STM 2019a. Palliativisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi.

<https://stm.fi/julkaisu?pubid=URN:ISBN:978-952-00-4041-3> Luettu 1.3.2019.

STM 2019b. Elämän loppuvaiheen hoito -työryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriön hankkeet.

<https://stm.fi/hanke/-/hankesivu/hanke?tunnus=STM055%3A00%2F2018> Luettu 3.4.2019.

THL 2016. Mitä on elämän loppuvaiheen hoito.

<https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/mita-on-elaman-loppuvaiheen-hoito> Luettu 20.2.2018.

Tietosuojalaki 1050/2018. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2018/20181050> Luettu 3.6.2019.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK), 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkauseräilyjen käsitteleminen Suomessa.

[https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf). Luettu 5.11.2018.

Valvira 2017. Elämän loppuvaiheen hoito. [http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito/saattohoito](http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito) Luettu 20.2.2018.

van der Geer J, Veeger N, Groot M, Zock H, Leget C, Prins J & Vissers K. 2018. Multidisciplinary training on spiritual care for patients in palliative care trajectories improves the attitudes and competencies of hospital medical staff: Results of a quasi-experimental study. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* 35(2), 218-228.

White K & Coyne P. 2011. Nurses perceptions of educational gaps in delivering end of life care. *Oncology Nursing Forum* 38(6), 711-717.

Wittenberg E, Ragan S & Ferrell B. 2017. Exploring nurse communication about spirituality. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* 34(6), 566-571.

Zheng R, Lee SF & Bloomer MJ 2018. How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing* 27, e39-e49.

Ziehm J, Farin E, Seibel K, Becker G & Köberich S 2016. Health care professionals' attitudes regarding palliative care for patients with chronic heart failure: an interview study. *BMC Palliative Care* 15:76.

Liite 1. Tutkimuksia hoitajien osaamisesta ja koulutustarpeesta elämän loppuvaiheen hoidossa (1/9)

Liitetaulukko 1. Tutkimuksia hoitajien osaamisesta ja koulutustarpeesta elämän loppuvaiheen hoidossa.

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/ otos	Menetelmä	Päätulokset
Beckstrand R, Collette J, Callister L ja Luthy K. 2012. Oncology nurses' obstacles and supportive behaviors in end of life care: providing vital family care. Oncology nursing forum. Vol 39(5), E398-E406. Iso-Britannia.	Tarkoituksena tunnistaa onkologisten hoitajien haasteet ja vahvuudet elämän loppuvaiheen hoidossa.	n= 380, vastausprosentti 42%	Määrällinen tutkimus  Kyselylomake, likertasteikko, avoimia kysymyksiä ja taustatietoja  Tulokset analysoitu tilastollisin menetelmin SPSS 18.0 ohjelmistolla	Kolme suurinta estettä olivat; a) kohtaaminen vihaisten läheisten kanssa, b) läheiset eivät suostu kuulemaan lääkärin huonosta ennusteesta, c) ei pysty antamaan tilanteeseen vaa-dittua aikaa potilaalle ja perheelle, koska on pyydetty esimerkiksi avustamaan toisten potilaiden hoitotoimissa. Kolme suurinta tukea antavaa toimintaa olivat; a) Sallia perheelle riittävän pitkä aika kuolleen potilaan vierellä b) sosiaalityöntekijän ja palliativisen hoidon tuki potilaan hoitotilimissä c) Auttaa perhettä ymmärtämään, että potilas on kuolemassa. Elämän loppuvaiheen hoidosta tarvitaan lisäkoulutusta.
Bekkema N, de Veer A, Albers G, Hertogh C, Onwuteaka-Philipse B & Francke A. 2014. Training needs of	Tavoitteena kar-toittaa kehitysvammaisten parissa työskentelevien hoitajien ja sosiaalityöntekijöiden koulu-	n=130, joista hoitajia n=93 ja sosiaalityöntekijöitä n= 37	Määrällinen tutkimus  Kyselylomake  Tulokset	Suurin osa vastaajista koki elämänloppuvaiheen hoidon laadun olevan hyvä, mutta kokivat, että koulutus aiheesta

Liite 1. Tutkimuksia hoitajien osaamisesta ja koulutustarpeesta elämän loppuvaiheen hoidossa (2/9)

nurses and social workers in the end-of-life care for people with intellectual disabilities: A national survey. Nurse Education Today 34, 494-500. Alankomaat	tusta ja tarpeita elämän loppuvaiheen hoidosta.		analysoitu tilastollisin menetelmin: t-testi, khiin neliötesti, korrelaatio-kerroin	on ollut riittämätön. Vastaajista puolet eivät tienneet elämän loppuvaiheen hoidon konsultaatio mahdollisuudesta.
Browall M, Henoch I, Melin-Johansson C & Strang S. 2014. Existential encounters: Nurses' descriptions of critical incidents in end-of-life cancer care. Ruotsi.	Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia eksistentiaalisista tilanteista hoidettaessa syöpää sairastavia potilaita.	83 hoitajaa kirjoitti n=88 kuvausta kokeemuksesta	Laadullinen tutkimus  Hoitajien kirjoittamat tekstit  Sisällön analyysi	Kaksi pääkategoriaa nousi tutkimuksessa esille, jotka olivat eksistentiaalisen kivun kokemus, johon sisältyi kuoleman ja menetyksen kohtaaminen. Toinen pääkategoria oli toivon kokemuksesta, johon sisältyi totuuden tasapainottelu ja elämänhalu.
Chang H-J, Hsu L-L, Hsieh S-I, Chu T-L & Yu W-P. 2016. Development of a needs scale for nurses receiving in-service palliative care education. Cancer Nursing 39(3), E22-E31. Kiina.	Selvittää hoitajien koulutustarpeita elämän loppuvaiheen hoidossa.	n=600, vastausprosentti 97,72%	Määrällinen poikkileikkaus tutkimus  Kyselylomake  Tulokset analysoitu tilastollisin menetelmin: Faktoriaanalyysi, pearsonin korrelaatiokerroin	Hoitajien koulutustarpeet: hoito ennen kuolemaan ja siihen valmistautuminen, keskustelu ja ohjaaminen, oirehoito, eettisyys ja tiimityö, palliatiivisen hoidon perusteet ja kulttuuri ja spiritualiteetti elämän loppuvaiheen hoidossa.
Chen I-H, Lin K-Y, Hu SH, Chuang Y-H, Long CO, Chang C-C & Liu MF 2018. Palliative care for advanced dementia. Knowledge and attitudes of long-	Selvittää hoitajien ja hoitoapulaisten asenteita ja osaamista dementiaa sairastavan potilaan elämän loppuvaiheen hoidossa.	n= 300 hoitajaa, joista n=125 hoitajaa ja n=175 hoitoapulaista	Määrällinen kuvaileva poikkileikkaus tutkimus  Kyselylomake	Hoitajilla ja hoitoapulaisilla on selkeä tarve saada lisäkoulutusta dementoituneen potilaan elämän loppuvaiheen hoidosta. Koulutusta tarvitsevat



Liite 1. Tutkimuksia hoitajien osaamisesta ja koulutustarpeesta elämän loppuvaiheen hoidossa (3/9)

term care staff. Journal of Clinical Nursing 27, 848-858. Kiina.			Tulokset analysoitu tilastollisin menetelmin: t-testi, yksisuuntainen varianssianalyysi ANOVA, Scheffe's multiple comparison testi, Pearsonin korrelaatiokerroin, khiin neliötesti	varsinkin hoitoapulaiset, joilla ei ole koulutusta dementoituneen potilaan elämän loppuvaiheen hoidosta tai vähän työkokemusta.
Croxon L, Deravin L & Anderson J 2018. Dealing with end of life – New graduated nurse experiences. Journal of Clinical Nursing 27, 337-344. Australia.	Selvittää 1-2 vuotta sitten valmistuneiden hoitajien valmiuksia hoitaa elämän loppuvaiheen potilaita.	7 hoitajaa	Laadullinen tutkimus  Puolistrukturoitu haastattelu  Braun & Clarken sisälön teema analyysi	Neljä teemaa nousi esille; uuden hoitajan rooli palliativisessa hoidossa, koulutuksen antamat valmiudet palliativiseen hoitoon, valmius kohdata kuolemaa ja aukot koulutuksessa.
Cui J, Shen F, Xiuqiang ja Zhao J 2011. What do nurses want to learn from death education? A survey of their needs. Oncology nursing forum. Vol 38(6), E402-E408. Kiina.	Tunnistaa hoitajien koulutustarpeita ja tavoitteena kerätä tietoa, jonka perusteella kehitetään hoitajien koulutusta.	n=617, vastausprosentti 94%,	Määrällinen poikkileikkaus tutkimus.  Kyselylomake  Tulokset analysoitu SAS versiolalla 9.1.3.	Hoitajat kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta kaikilla osa-alueilla, mutta suurimmat koulutustarpeet kohdistuivat äkillisten katastrofien aiheuttamaan suruun, potilaan ja läheisen kanssa kommunikointi, kuolevan potilaan hoitotyö, kuolevan potilaan hoidon arvot ja asenteet.
Dahlin C, Coyne P, Malloy P & Haskamp A 2017. ELNEC-APRN:	Selvittää ELNEC-APRN kurssin vaikuttavuutta hoitajien	1. osa n=302 2. osa n=135 Hoitajia, joilla korkeampi kou-	Määrällinen kvasikokeellinen tutkimus	Koulutuksella havaittiin olevan vaikutusta vielä 6kk koulutuksen

Liite 1. Tutkimuksia hoitajien osaamisesta ja koulutustarpeesta elämän loppuvaiheen hoidossa (4/9)

Meeting the needs of advanced practice nurses through education. Journal of Hospice and Palliative Nursing. Vol 19(3), 261-265. USA	asenteisiin ja tietotaitoon elämän loppuvaiheen hoidossa.	lutus (Advanced practice registered nurses, APRN).	Kyselylomake ennen koulutusta, 6 kk ja 12 kk koulutuksen jälkeen  Tulokset analysoitu tilastollisin menetelmin	jälkeen. APRN-hoitajat kouluttivat opiskelijoita, osallistuivat konferensseihin yms.
Hussin E.O.D, Wong L.P, Chong M.C & Subramanian P. 2018. Factors associated with nurses' perceptions about quality of end-of-life care. International Nursing Review 65, 200-208. Malesia.	Selvittää hoitajien käsitystä elämän loppuvaiheen hoidon laadusta.	n= 553 hoitajaa	Määrällinen poikkileikkaustutkimus  Strukturoitu kyselylomake  Tulokset analysoitu tilastollisin menetelmin: yksisuuntainen varianssi-analyysi ANOVA, t-testi, regressioanalyysi.	Tulosten mukaan hoitajien tietotaitoa on lisättävä ja asennetta muutettava elämän loppuvaiheen hoidon laadun parantamiseksi.
Lipponen V. ja Karvinen I. 2015. Palliatiivista ja saattohoitoa koskevat koulutustarpeet hoitohenkilöstön ja lääkäreiden kuvaamina. Gerontologia 29(3), 152-163. Suomi	Kuvata yhden suuren suomalaisen kaupungin hoitohenkilökunnan kuvaamia palliatiivisen hoidon ja saattohoidon koulutustarpeita.	n=250, joista lääkäreitä n=11, sairaanhoitajia n=85, lähihoitajia n=141 ja muuta hoitohenkilökuntaa n=13.	Suuremman tutkimuksen laadullinen osatutkimus  Kyselylomake  Aineistolähtöinen sisällön analyysi	Viisi pääteemaa, joista hoitohenkilökunta kokee tarvitsevansa lisäkoulutusta: erilaisten potilasryhmien elämän loppuvaiheen hoidon tarpeiden tunnistaminen, omaisten kohtaaminen, tuen tarpeen tunnistaminen, arvokkaan kuoleman mahdollistajat ja saattohoidon onnistumisen edellytykset.
Livingston G, Pitfield C, Morris J, Manela M, Lewis-Holmes E & Ja-	Tavoitteena selvittää dementoituneen potilaan hyvän elämän	58 vanhainkodissa työskentelevää hoitajaa	Laadullinen tutkimus  Teema haas-	Tunnistettiin erilaisia esteitä ja mahdollistajia sementoituneen

Liite 1. Tutkimuksia hoitajien osaamisesta ja koulutustarpeesta elämän loppuvaiheen hoidossa (5/9)

<p>cobs H. 2012. Care at the end of life for the people with dementia living in a care home: a qualitative study of staff experience and attitudes. International Journal of Geriatric Psychiatry 27, 643-650. Iso-Britannia.</p>	<p>loppuvaiheen hoidon esteitä ja mahdollistajia.</p>		<p>tattelu  Sisällön analyysi</p>	<p>potilaan saattohoidon tarjoamisessa. Hoitohenkilökunta esimerkiksi tunti tunnintavan lähestyvän kuoleman merkit, mutta kokivat haasteena asiasta keskustelun läheisten kanssa.</p>
<p>McCabe M, Mellor D, Davison T E, Halliford D J &amp; Goldhammer D L. 2012. Detecting and managing depressed patients: Palliative nurses self-efficacy and perceived barriers to care. Journal of Palliative Medicine 15(4), 463-467. Australia.</p>	<p>Tarkoituksena selvittää missä määrin hoitajat kokevat esteitä ja vahvuuksia masennuksen tunnistamisessa sekä hoidossa palliativisilla potilailla.</p>	<p>Palliativisen yksikön hoitajaa n=69</p>	<p>Määrällinen tutkimus  Likertasteikollinen kysymyslomake  Tulokset analysoitu tilastollisin menetelmin</p>	<p>Hoitajat kokivat, että masennus on yleinen ongelma palliativisen hoidon piirissä olevalla potilaalla. Hoitajat kokevat tarvitsevansa lisäkoulutusta masennuksen tunnistamisessa ja masennusoireiden erotuksesta surusta palliativisilla potilailla. Lisäkoulutusta kaivattiin myös keskusteluihin, joissa käsitellään masennusta potilaan ja hänen perheensä kanssa.</p>
<p>McLennon S, Uhrich M, Lasiter S, Chamness A &amp; Helft P. 2013. Oncology nurses' narratives about ethical dilemmas and prognosis-related communication in advanced cancer patients. Cancer Nursing 36(2), 114-121. USA</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata millaisia eettisiä haasteita onkologiset hoitajat kohtaavat työhönsä ja haasteiden yleisyyttä. Toinen tavoite oli koota hoitajien kuvauksia potilaiden ennusteeseen liittyviin keskusteluihin.</p>	<p>Onkologista hoitajaa n=137</p>	<p>Monimene- telmätutkimuksen laadullinen osa  Haastattelulomakkeen kaksi strukturoimatonta kysymystä  Sisällön analyysi</p>	<p>Eettiset ongelmat sisälsivät haasteet muun muassa totuuden kertomisesta tai perheen ja kulttuurin yhteentörmäyksestä. Hoitajat kokivat, että tarvitsevat lisäkoulutusta, miten osallistua potilaan ennusteeseen liittyvään keskusteluun.</p>

Liite 1. Tutkimuksia hoitajien osaamisesta ja koulutustarpeesta elämän loppuvaiheen hoidossa (6/9)

<p>Morgan B. 2016. "No right place to die": Nursing attitudes and needs in caring for people with serious mental illness at end-of-life. <i>Journal of the American Psychiatric Nurses Association</i> 22(1), 31-42. USA</p>	<p>Selvittää palliativisen yksikön hoitajien ja psykiatristen hoitajien asenteita sekä tarpeita hoitaessaan elämän loppuvaiheen potilaita, joilla vakava psyykkinen sairaus.</p>	<p>20 hoitajaa</p>	<p>Laadullinen tutkimus  Puolistrukturoitu haastattelu  Sisällön analyysi</p>	<p>Hoitajat kokevat tarvitsevansa lisäkoulutusta ja yhteistyötä eri erikoisalojen välillä.</p>
<p>Reinke L, Shannon S, Engelberg R, Dotolo D, Silvestri G ja Curtis R 2010. Nurses' identification of important yet under-utilized end of life care skills for patient with life limiting or terminal illnesses. <i>Journal of Palliative Medicine</i> 13 (6), 753-759. USA</p>	<p>Tarkoituksena tunnistaa hoitajien tärkeimmät osaamisalueet, joita ei kuitenkaan hyödynnetä elämän loppuvaiheen hoidossa</p>	<p>Hoitajia n= 717, vastausprosentti 79%</p>	<p>Monimene- telmä tutki- mus  Mittarina käytettiin sovellettuna QEOLC – mittaria. Li- sänä avoimia kysymyksiä  Analysointiin käytettiin khiin korre- laatiokerroin- ta, sisällön analyysi</p>	<p>19 tärkeää osa- aluetta löytyi elämän loppuvai- heen hoidosta, joita hyödynne- tään vähän. Nämä sisälsi kommuni- kaation, oirehoi- don erityisesti ahdistuksen ja masennuksen hoidon sekä poti- laan kokonaisval- taisen hoidon.</p>
<p>Schlairet M 2009. End of life nursing care: education needs and effects of education. <i>Journal of Professional Nursing</i> 25(3), 170-177. USA</p>	<p>Selvittää "end of life care – educational needs survey" mittarilla hoitajien asenteita, tietoja, taitoja sekä koulutus tarpeita.</p>	<p>Hoitajia n=567</p>	<p>Määrällinen tutkimus  Kyselyloma- ke  Tulokset analysoitu tilastollisin menetelmin</p>	<p>Jakautuneet tu- lokset mm. 37% vastaajista ei ko- kenut tarvitsevan- sa täydennyskou- lutusta missään esitetystä EOL aihealueessa, kun taas 24% ilmaisi kaipaavan kaikis- sa 23 aihealuees- sa lisäkoulutusta.</p>
<p>Smets T, Pivodic L, Piers R, Pasman HRW, Engels Y, Szczerbinska K, Kylänen M, Gambassi G, Payne S,</p>	<p>Selvittää hoita- jien osaamista kuudessa Euroo- pan maassa; Belgiassa, Hol- lannissa, Eng-</p>	<p>Hoitajia ja hoi- toapulaisia hoi- tokodeista n=2275, vas- tausprosentti 67%</p>	<p>Määrällinen tutkimus  Tutkimuslo- make (Pallia- tive care sur-</p>	<p>Kaikissa kohde- maissa osaaminen jäi alioptimaa- liseksi. Kaikissa kohdemaissa elämän loppuvai-</p>

Liite 1. Tutkimuksia hoitajien osaamisesta ja koulutustarpeesta elämän loppuvaiheen hoidossa (7/9)

<p>Deliens L &amp; Van den Block L. 2018. The palliative care knowledge of nursing home staff: The EU FP7 PACE cross-sectional survey in 322 nursing homes in six European countries. <i>Palliative Medicine</i> 32(9), 1487-1497. EU.</p>	<p>lannissa, Suomessa, Puolassa ja Italiassa.</p>		<p>vey)  Tulokset analysoitu tilastollisin menetelmin</p>	<p>heen osaamista tulee kehittää, jokaisen kohde maan oman tarpeen mukaisesti. Suomessa osaaminen oli heikointa perusosaamisessa elämän loppuvaiheen hoidossa esimerkiksi kivun ja laihtumisen hoidossa sekä ravitsemusletkujen käytössä. Hoitajien osaaminen oli korkeampaa kivun hoitoon liittyvissä kysymyksissä ja psykologisten tekijöiden vaikutuksesta kipuun.</p>
<p>van der Geer J, Veeger N, Groot M, Zock H, Leget C, Prins J ja Vissers K 2018. Multidisciplinary training on spiritual care for patients in palliative care trajectories improves the attitudes and competencies of hospital medical staff: Results of a quasi-experimental study. <i>Amerikan Journal of Hospice &amp; Palliative Medicine</i> 35(2), 218-228. Alankomaat</p>	<p>Tutkia henkisen hoidon koulutuksen vaikuttavuutta hoitajilla ja lääkäreillä.</p>	<p>Hoitajia n=214 ja lääkäreitä n=41 8 sairaalasta</p>	<p>Määrällinen kvasikokeellinen tutkimus  Kyselylomake, joka suoritettiin ennen koulutusta ka 1kk ja 6kk koulutuksen päätyttyä  Tulokset analysoitu tilastollisin menetelmin: Fisherin testi, t-testi, khiin neliötesti, Mann-Whitneyn testi</p>	<p>Koulutuksella todettiin merkittävä vaikutus 1 kksen päätyttyä, 6kk koulutuksen jälkeen vaikuttavuus oli laskenut, mutta tietyillä osaluilla koulutuksella oli vielä vaikutusta.</p>

Liite 1. Tutkimuksia hoitajien osaamisesta ja koulutustarpeesta elämän loppuvaiheen hoidossa (8/9)

<p>White K &amp; Coyne P 2011. Nurses perceptions of educational gaps in delivering end of life care. <i>Oncology Nursing Forum</i> 38(6), 711-717. USA</p>	<p>Selvittää onkologisten hoitajien kokemista tärkeimmistä elämän loppuvaiheen hoidon osa-alueista sekä koulutustarpeista.</p>	<p>Hoitajia n=714</p>	<p>Määrällinen kuvaileva poikkileikkaus tutkimus</p> <p>Kyselylomake</p> <p>Tulokset analysoitu tilastollisin menetelmin: yksisuuntainen varianssianalyysi ANOVA</p>	<p>Hoitajat saaneet koulutusta vain vähän. Oirehoitonusi tärkeimmäksi elämän loppuvaiheen osa-alueeksi.</p>
<p>Wittenberg E, Ragan S &amp; Ferrell B. 2017. Exploring nurse communication about spirituality. <i>American Journal of Hospice &amp; Palliative Medicine</i> 34(6), 566-571. USA</p>	<p>Selvittää onkologisten hoitajien kokemuksia spirituaalisesta tuesta.</p>	<p>57 hoitajaa</p>	<p>Laadullinen tutkimus</p> <p>Kyselylomake lisäkoulutuksen yhteydessä</p> <p>Sisällön analyysi</p>	<p>Spiritualiteettinen kommunikointi kuvattiin olevan tärkeä hoitajan osaaminen. Siihen luettiin kuuluvan kuuntelu, nonverbaalinen viestintä ja potilaan tunteista puhuminen.</p>
<p>Zheng R, Lee SF &amp; Bloomer MJ 2018. How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. <i>Journal of Clinical Nursing</i> 27, e39-e49. Australia.</p>	<p>Selvittää mitkä tekijät vaikuttavat hoitajien selviytymiseen potilaan kuolemasta.</p>	<p>16 artikkelia</p>	<p>Kirjallisuus katsaus ja metasynthesei</p>	<p>Katsauksen perusteella löytyi sekä ulkoisia että sisäisiä tekijöitä, jotka vaikuttivat hoitajien jaksamiseen kohdata kuolevia potilaita työssään. Sisäiset osa-alueet olivat; -rajojen asettaminen -reflektio -tunteiden ilmaiseminen, kuten itkeminen -ajatus siitä, että kuolema on osa elämää ja sitä ei pysty kontrolloimaan -työ- ja elämäkokemus</p>

Liite 1. Tutkimuksia hoitajien osaamisesta ja koulutustarpeesta elämän loppuvaiheen hoidossa (9/9)

				<p>-tasapainoinen oma elämä, johon kuuluu hyvä ravitsemus, uni ja liikunta.</p> <p>Ulkoiset tekijät, jotka helpottavat kuoleman kohtaamista työssä olivat;</p> <p>-keskustelu ja kuulluksi tuleminen tunne</p> <p>-uskonnollisuus</p> <p>-koulutus</p> <p>-debriefing</p>
<p>Ziehm J, Farin E, Seibel K, Becker G &amp; Köberich S 2016. Health care professionals' attitudes regarding palliative care for patients with chronic heart failure: an interview study. BMC Palliative Care 15:76. Saksa.</p>	<p>Selvittää mitkä tekijät vaikeuttavat ja helpottavat potilaan saattohoitoa, jolla sydämen vajaatoiminta.</p>	<p>Hoitajia ja lääkäreitä yhteensä 23</p>	<p>Laadullinen tutkimus</p> <p>Strukturoitu haastattelulomake. Sisällön analyysi.</p>	<p>Sydämenvajaa-toimintaa sairastavien potilaiden elämän loppuvaiheen hoidossa haasteina nähtiin tiedon puutteellisuus niin hoitohenkilökunnalla kuin potilailla.</p> <p>Hoitohenkilökunnan koulutuksella nähtiin vaikutusta haasteiden ylittämiseen. Palliativisen hoidon ja sydämenvajaa-toiminnan hoidon välillä tulisi olla tiiviimpi yhteistyö.</p>

## TIEDOTE TUTKIMUKSEEN OSALLISTUJILLE

Hyvä erityistason saattohoidossa työskentelevä hoitaja.

Pyydän sinua osallistumaan pro gradu -tutkielmaani, jonka tarkoituksena on selvittää, millaista osaamista ja koulutusta erityistason saattohoidon yksiköissä työskentelevät hoitajat kokevat tarvitsevansa. Tarkoituksena on myös selvittää millaista lisäkoulutusta he ovat saaneet elämän loppuvaiheen hoidosta.

Tutkimusta varten haastattelen puhelimitse noin 20 hoitajaa, jotka työskentelevät erityistason saattohoidon yksiköissä (B-taso). Pyydän Sinua osallistumaan tutkimukseeni ja kertomaan arvokkaan kokemuksesi osaamisvaatimuksista sekä koulutustarpeesta elämän loppuvaiheen hoidossa. Haastatteluilla pyrin saamaan mahdollisimman kattavan kuvauksen osaamisesta ja koulutustarpeista, jonka vuoksi haastatteluun edellytetään vähintään vuoden työkokemusta saattohoidon yksikössä. Haastattelu toteutetaan suomenkielellä.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja tutkimusprosessin jokaisessa vaiheessa Sinulla on mahdollisuus perua tai keskeyttää osallistumisesi tutkimukseen. Haastattelen kaikki tutkimukseen osallistuvat henkilöt itse ja haastattelut käydään yksilöhaastatteluina. Haastattelussa esitän osaamiseen, koulutukseen ja koulutustarve -teemoihin liittyviä kysymyksiä. Sinun suostumuksellasi nauhoitan haastattelut, sekä puhelimella että nauhurilla. Haastattelutilanne kestää noin tunnin.

Tutkimuksen aikana kerätyn tiedon käsittelen luottamuksellisesti. Analysoin aineiston itse eikä nimesi näy missään osassa tutkimusta. Tutkimusraportin kirjoitan myös niin, ettei yksittäistä tutkimukseen osallistujaa voida siitä tunnistaa. Aineiston hävitän viisi vuotta tutkimuksen valmistumisen jälkeen. Valmis pro gradu -tutkielma julkaistaan Itä-Suomen yliopiston kirjaston verkkosivuilla ja tulokset saatetaan raportoidaan artikkelina kotimaisessa tieteellisessä tai ammatillisessa lehdessä.

Pyydän Sinua lähestymään sähköpostitse sopiaksemme puhelinhaastatteluajan. Mikäli sinulla on avoimia kysymyksiä tutkimukseen liittyen tai haluat osallistua tutkimukseen, ota yhteyttä.

Kiitos jo etukäteen,

Miina-Liisa Flinkkilä, TtM-opiskelija  
Itä-Suomen yliopisto  
Hoitotieteen laitos  
[miinaf@student.uef.fi](mailto:miinaf@student.uef.fi)

Pro gradu tutkielman ohjaajat:

Päivi Kankkunen, TtT  
Yliopistonlehtori, dosentti  
Itä-Suomen yliopisto  
Hoitotieteen laitos  
[paivi.kankkunen@uef.fi](mailto:paivi.kankkunen@uef.fi)

Anja Terkamo-Moisio, TtT  
Tutkija  
Itä-Suomen yliopisto  
Hoitotieteen laitos  
[anja.terkamo-moisio@uef.fi](mailto:anja.terkamo-moisio@uef.fi)



Liite 3. Taustatietolomake tutkimukseen osallistujilta

Taustatietolomake

Erityistason saattohoidossa työskentelevän hoitajan osaaminen ja koulutustarve

Ikä: \_\_\_\_\_

Sukupuoli:    Nainen        Mies        Muu

Asuinpaikka: \_\_\_\_\_

Nykyisen työsi pohjalla oleva koulutus / ylin tutkinto: \_\_\_\_\_

Valmistumisvuosi: \_\_\_\_\_

Kuinka monta vuotta olet työskennellyt hoitoalalla? \_\_\_\_\_

Kuinka monta vuotta olet työskennellyt nykyisessä työssäsi? \_\_\_\_\_

Miina-Liisa Flinkkilä, TtM-opiskelija  
Itä-Suomen yliopisto  
Hoitotieteen laitos  
[miinaf@student.uef.fi](mailto:miinaf@student.uef.fi)

## SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

### **Erityistason saattohoidossa työskentelevän hoitajan osaaminen ja koulutustarve**

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tieteelliseen tutkimukseen, jonka tarkoituksena on **selvittää erityistason saattohoidossa tarvittavaa osaamista ja koulutustarvetta**.

Olen lukenut ja ymmärtänyt saamani kirjallisen tutkimustiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta henkilötietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Tiedotteen sisällöstä minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini.

Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen. Olen saanut riittävät tiedot oikeuksistani, tutkimuksen tarkoituksesta ja sen toteutuksesta sekä tutkimuksen hyödyistä ja riskeistä. Minua ei ole painostettu eikä houkuteltu osallistumaan tutkimukseen.

Tiedän, että tietojani käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta sivullisille.

Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista. Olen selvillä siitä, että voin peruuttaa tämän suostumukseni koska tahansa syytä ilmoittamatta, eikä peruutukseni vaikuta kohteluuni.

Miina-Liisa Flinkkilä, TtM-opiskelija  
Itä-Suomen yliopisto  
Hoitotieteen laitos  
[miinaf@student.uef.fi](mailto:miinaf@student.uef.fi)

Teemahaastattelurunko ja mallikysymykset

1. Hoitajan kokema osaaminen

- ”Millaista osaamista mielestäsi tarvitaan B-tason saattohoidossa?”
  - o millaiset tiedot ja taidot korostuvat
- ”Mitkä ovat keskeisiä vahvuuksia omassa osaamisessasi nykyisessä työssäsi?”
- ”Mitkä ovat keskeisiä asioita, jotka jokaisen b-tason saattohoidossa työskentelevän mielestäsi tulisi osata?”

2. Hoitajan kokema koulutustarve

- ”Mitkä koet keskeisimmiksi kehittämiskohteiksi omassa osaamisessasi nykyisessä työssäsi?”
- ”Mistä aiheesta, teemasta tai aihepiiristä kaipaisit koulutusta itsellesi?”
- ”Mistä aiheesta, teemasta tai aihepiiristä kaipaisit koulutusta työyhteisöllesi?”

3. Koulutus elämän loppuvaiheen hoidosta

- ”Missä määrin peruskoulutukseesi sisältyi palliatiiviseen tai saattohoitoon liittyvää opetusta?”
  - o Millaiset tiedot ja taidot korostuivat
  - o Onko peruskoulutus mielestäsi antanut riittävät tiedot ja taidot työelämään nimenomaan saattohoidosta
- ”Millaista lisäkoulutusta olet hankkinut elämän loppuvaiheen hoidosta?”
  - o Koulutuksen sisältö
  - o Koulutuksen kesto
  - o Käytetyt opetusmenetelmät
  - o Onko lisäkoulutus mielestäsi antanut riittävät tiedot ja taidot työelämään nimenomaan saattohoidosta
  - o Millaisia tavoitteita sinulla oli koulutukselle ja miten koulutus vastasi tavoitteisiin