

Katariina Kausamo ja Anna-Sofia Kasper

# Sairaanhoidajien saattohoito-osaaminen aluesairaалatasolla

Opinnäytetyö

---

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidaja AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

28.11.2016

Tekijä(t) Otsikko	Katariina Kausamo ja Anna-Sofia Kasper Sairaanhoitajien saattohoito-osaaminen aluesairaالاتasolla
Sivumäärä Aika	40 sivua + 6 liitettä 28.11.2016
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja(t)	THT, dosentti, yliopettaja Elina Haavisto TtT, lehtori Minna Elomaa-Krapu
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli määrittää, millaista osaamista sairaanhoitajat tarvitsevat kolmiportaisen saattohoitomallin keskimmaisella tasolla. Opinnäytetyössä selvitettiin lisäksi, mitkä tekijät vaikuttavat saattohoito-osaamiseen. Saattohoitomallin keskimmaisella tasolla toteutetaan erikoistunutta saattohoitoa alueellisiin saattohoitoyksiköihin ja vastaan myös saattohoidon alueellisesta konsultaatiosta. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää sairaanhoitajien saattohoito-osaamista sekä hoitotyön koulutusta. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Tutkimusdata kerättiin teemamuotoisten ryhmähaastatteluiden avulla. Haastattelut litteroitiin ja analysoitiin induktiivista sisällönanalyysia käyttäen.</p> <p>Tulokset koskien sairaanhoitajan saattohoito-osaamista jaettiin kolmeen pääluokkaan: potilaan fyysinen hoito, potilaan psyykkinen hoito sekä työskentely omaisten kanssa. Osaamiseen vaikuttavat tekijät jaettiin kahteen pääluokkaan: osaamista vahvistavat tekijät sekä osaamista heikentävät tekijät. Potilaan fyysinen hoito jakautui neljään yläluokkaan: lääkehoitoon, potilaan tarkkailuun, potilaan perushoittoon sekä toimenpideosaaminen. Potilaan psyykkinen hoito sisälsi myös neljä yläluokkaa: hoitosuhde, potilaan pelon ja ahdistuksen huomioiminen, kriisityö ja hengellisten tarpeiden huomioiminen. Työskentely omaisten kanssa sisälsi kaksi yläluokkaa: omaisten tukeminen ja omaisten ohjaaminen. Osaamista vahvistavat tekijät jakautuivat viiteen yläluokkaan: sairaanhoitajaan liittyvät ominaisuudet, työnantajan tuki, sairaanhoitajan tietoperusta, toimiva työyhteisö sekä tiedon hankkiminen ja oman osaamisen kehittäminen. Osaamista heikentävät tekijät sisälsivät kaksi yläluokkaa: resurssien puute ja puutteet moniammatillisessa yhteistyössä.</p> <p>Opinnäytetyön tulokset olivat linjassa aiemman sairaanhoitajien saattohoito-osaamista koskevan tutkimuksen kanssa. Tieteellistä tutkimusta saattohoito-osaamisesta on kuitenkin vielä hyvin vähän. Suomessa saattohoidon osaamista on ainoastaan sivuttu tutkimuksissa, ja kansainvälisestäkin tutkimusalue ei ole vielä kovin tunnettu. Saattohoito-osaamisen jatkotutkimus tulee olemaan maassamme vieläkin tärkeämpää, sillä väestön eliniänodotusten kasvaessa ja sairauksien hoitojen kehittyessä saattohoidon tarve tulee kasvamaan. Lisätutkimus on tärkeää myös koulutuksen kehittämisen kannalta.</p>	
Avainsanat	saattohoito, hoitotyö, osaaminen

Author(s) Title	Katariina Kausamo and Anna-Sofia Kasper The End-of-life Care Competences for Nurses Working in District Hospitals
Number of Pages Date	40 pages + 6 appendices 28 November 2016
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Elina Haavisto, PhD, Adjunct Professor, Principal lecturer Minna Elomaa-Krapu, PhD, Senior Lecturer
<p>The aim of this study was to define the most important competences regarding nursing at the second step of the three-step model of hospice in Finland, and to find out what the main factors affecting competences in hospice nursing are. The second step of the hospice model in Finland consists of regional wards specialized in the end-of-life care. Those specialized wards also serve as end-of-life care consultants. The objective of the study was to provide information that improves hospice nurses' competences and the education in nursing. The study was qualitative and the data for the study were collected by theme interviews. The interviews were transcribed and then analyzed via inductive content analysis.</p> <p>As the result of the content analysis, nurses' competences were divided in three main categories: physical care, psychological care and co-operating with the family. The factors affecting competences were divided in two categories: factors that improve competences and factors that weaken them. Physical care was divided in four upper categories: medical care, observation of the patient, basic care of the patient and competence in performing procedures. Psychological care was divided in four upper categories as well: nurse-patient relationship, dealing with patient's fear and anxiety, crisis work and taking patient's religious needs into account. Co-operation with the family was separated into two upper categories: supporting and counseling the family. Factors improving nurses' competences were divided in five upper categories: nurse's character, employer's support, nurse's knowledge, well-functioning work community, acquiring knowledge and developing one's competences. Factors weakening competences were divided in two upper categories: lack of resources and defects in multi-professional co-operation.</p> <p>The results were in line with previous studies concerning nurses' competences in providing end-of-life care. On the other hand, not much research was found on the topic. In Finland, there are only small references in scientific articles in relation to nurses' end-of-life care competences. In other countries the topic is also quite new yet better studied. Future study is needed internationally but also in Finland where people's life expectancy is growing, treatment options are improving and the need for qualified end-of-life care will increase.</p>	
Keywords	end-of-life care, hospice, nursing, competence

## Sisällys

1	Johdanto	3
2	Aikaisempi tietoperusta	4
2.1	Tiedonhaku	4
2.2	Saattohoito	5
2.3	Saattohoidon järjestäminen	8
2.4	Sairaanhoidajan osaaminen	9
2.4.1	Keskeiset osaamisalueet	9
2.4.2	Sairaanhoidajan saattohoito-osaaminen	10
2.4.3	Koulutuksen merkitys osaamiseen	12
3	Työn tarkoitus	13
4	Työn toteutus	14
4.1	Laadullinen tutkimus	14
4.2	Haastattelu laadullisena tutkimusmenetelmänä	15
4.3	Aineisto ja sen kerääminen	16
4.4	Aineiston analyysi	16
5	Tulokset	18
5.1	Sairaanhoidajan saattohoito-osaaminen	18
5.1.1	Potilaan fyysinen hoito	18
5.1.2	Potilaan psyykkinen hoito	21
5.1.3	Työskentely omaisten kanssa	25
5.2	Osaamiseen vaikuttavat tekijät	27
5.2.1	Osaamista vahvistavat tekijät	27
5.2.2	Osaamista heikentävät tekijät	31
6	Pohdinta	32
6.1	Tulosten tarkastelu	32
6.2	Tutkimuksen eettisyys	34
6.3	Tutkimuksen luotettavuus	35
6.4	Johtopäätökset	37

## Liitteet

Liite 1. Saattohoitopolku erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon HYKS-sairaanhoitoalueella

Liite 2. Tehdyt haut ja tulokset

Liite 3. Opinnäytetyöhön valikoidut tutkimukset

Liite 4. Teemahaastattelurunko

Liite 5. Päätös tutkimusluvasta, Helsingin kaupunki

Liite 6. Sopimus opinnäytetyöstä, Vantaan kaupunki

## 1 Johdanto

Saattohoito on osa potilaan hoitoa silloin, kun sairautta ei enää voida parantaa eikä sen etenemiseen voida enää merkittävästi vaikuttaa (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2011: 7). Jokaisella ihmisellä on oikeus hyvään kuolemaan, ja saattohoidon perustana on ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Hyvään saattohoitoon kuuluvat mm. kivun ja kärsimyksen lievittäminen ja potilaan ja hänen läheistensä elämänlaadun vaaliminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a: 15, 30).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on määrittää, millaista osaamista sairaanhoitajat tarvitsevat kolmiportaisen saattohoitomallin keskimmaisella tasolla (B-taso), johon kuuluvat alueelliset perusterveydenhuollon saattohoidon yksiköt saattohoito-osastoinen ja -paikkoineen ja jotka vastaavat myös alueensa saattohoitoa koskevasta konsultaatiosta (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2011: 9, 13; Liite 1: Saattohoitopolku erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon HYKS-sairaanhoitoalueella). Väestön eliniänodotusten kasvaessa ja hoitojen kehittyessä saattohoidon merkitys hoitotyössä korostuu, mutta suomalaista tutkimusta saattohoidon osaamisesta ei vielä ole. Tavoitteena onkin tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää hoitohenkilöstön saattohoitotyön osaamista ja koulutusta potilaan hyvän hoidon varmistamiseksi.

Vuonna 2013 erikoissairaanhoidossa hoidettiin 1,78 miljoonaa potilasta (Rainio, Juha – Rätty, Tarja 2015). Ikääntyneiden osuus vuodeosastolla hoidettavista potilaista on noussut koko 2000-luvun ajan. Avohoidossa syöpäsairaudet muodostivat suurimman ryhmän (noin 15 %) kaikista käynneistä, vuodeosastoilla syöpäsairaudet olivat toiseksi suurin hoitajaksojen aiheuttaja heti sydän- ja verisuonitautien jälkeen. Vuodeosastohoidossa hoidettiin vuonna 2013 638 144 potilasta. 10 570 hoitajaksoa päättyi potilaan kuolemaan vuodeosastolla, mikä on 11,1 kuolemaa tuhatta hoitajaksoa kohden.

Suomessa kuoli vuonna 2013 51 500 henkilöä, joista miehiä oli 25 600 ja naisia 25 900 (Suomen virallinen tilasto 2014). Erialaisten kasvainten osuus kuolemista vuonna 2013 oli 23 prosenttia. Miehillä keuhkosityöpä ja eturauhassyöpä olivat yleisimmät kuolemaan johtaneet sairaudet, naisilla puolestaan rintasyöpä ja keuhkosityöpä.

Vuonna 2013 kuolleista miehistä joka neljäs ja naisista joka kymmenes olivat työikäisiä. Työikäisillä miehillä kasvaimet olivat toiseksi yleisin kuolinsyy (22 %), työikäisillä naisilla

sen sijaan peräti 43 prosenttia kuolemista johtui kasvaimista. Heillä rintasyöpä aiheutti joka kymmenennen kuoleman. Kuolleista 82 prosenttia oli yli 65-vuotiaita. Heillä kasvaimet olivat lähes neljänneksi yleisin kuolinsyy keuhkosyövän ollen syöpätyypeistä yleisin. (Suomen virallinen tilasto 2014.)

Saattohoito oli Yhteisvastuukeräyksen vuoden 2014 kotimainen erityiskohde, ja keräyksen pohjalta käynnistettiin Kuolevan hyvä hoito –saattohoitohanke vuosille 2015 – 2017, jonka tavoitteena on vaikuttaa *”olemassa olevien järjestelmien ja organisaatioiden saattohoidon pitkäjänteiseen kehittämiseen, – vahvistaa olemassa olevia saattohoidon toimintayksiköitä sekä lisätä ammatillisia valmiuksia saattohoidon toteuttamisessa”* (Hyvä kuolema 2015). Saattohoitohanke kohdistuu erityisesti perustason eli tason A saattohoitoa tarjoaviin yksiköihin. Tavoitteena on myös herättää edelleen keskustelua saattohoidosta julkisena puheenaiheena esimerkiksi kulttuurin keinoin.

Sairaanhoitopiirit ovat laatineet itsenäisiä saattohoitosuunnitelmia ja toimittaneet suunnitelmansa vuosina 2001, 2009 ja 2012 Valtakunnalliselle sosiaali- ja terveystieteiden neuvottelukunnalle ETENE:lle (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a: 27). Saattohoitosuunnitelmia on käsitelty ETENE:n selvityksessä suomalaisen saattohoidon tilanteesta vuonna 2012 (ETENE 2012). Selvityksestä käy ilmi, että saattohoitosuunnitelmat ovat kehittyneet seurantajakson (2001-2012) aikana, mutta saattohoito vaatii yhä kehittämistä ja alueellista yhtenäistämistä. Eri potilasryhmät olivat suunnitelmissa myös vain vähäisesti esillä. Hoidon arviointia oli toteutettu suurimmaksi osin vain potilaiden omaisilta tehdyistä kyselyistä.

## **2 Aikaisempi tietoperusta**

### **2.1 Tiedonhaku**

Opinnäytetyön tietoperustan kartoittamiseksi suoritettiin hakuja sekä suomalaisista että kansainvälisistä artikkelitietokannoista. Hakuja ohjasivat seuraavat sisäänottokriteerit: artikkelin tuli olla akateeminen tutkimusartikkeli ja sen tuli olla julkaistu viimeisen 10 vuoden aikana (2005 - 2015). Artikkelin kielen tuli olla joko suomi tai englanti ja tutkimuksen tuli käsitellä aikuisia saattohoitopotilaita. Poissulkukriteereinä olivat ei-tieteellinen tutkimusartikkeli, julkaisun ilmestyminen ennen vuotta 2005, hoivakoteihin

tai kotihoitoon liittyvät tutkimukset sekä lapsipotilaiden saattohoito tai jonkin muun kuin hoitotyön, esimerkiksi lääketieteen alan, julkaisu.

Tiedonhakuvaiheessa tutustuttiin myös Tilastokeskuksen tilastoihin ja Suomen Syöpärekisteriin syöpäkuolleisuuden ja erikoissairaanhoidossa tapahtuvien kuolemien selvittämiseksi Suomessa ja HUS-alueella. Myös Google-hakukonetta käytettiin tiedon etsintään eri sairaanhoitopiirien ja keskussairaaloiden saattohoitosuosituksista. Hakuhistoriaa on esitelty liitteenä 2 olevassa taulukossa (Liite 2: Tehdyt haut ja tulokset). Opinnäytetyöhön valikoituneet artikkelit löytyvät liitteestä 3 (Liite 3: Opinnäytetyöhön valikoituneet tutkimukset).

## 2.2 Saattohoito

Saattohoito, palliatiivinen hoito ja terminaalihoito ovat käsitteitä, jotka liittyvät kaikki parantumattomasti sairaan potilaan oireenmukaiseen hoitoon, mutta joilla on ajallisesti erilaiset painopisteet. ETENE:n määritelmän mukaan saattohoito on *”vaikeasti sairaan ihmisen hoitoa tilanteessa, jossa parantavasta hoidosta on luovuttu ja sairauden etenemiseen ei enää kyetä vaikuttamaan. Saattohoitoon kuuluu potilaan toiveiden huomiointi, mahdollisimman hyvä oireiden hoito, lähestyvään kuolemaan valmistaminen ja potilaan läheisten huomioiminen ja tukeminen.”* (ETENE 2003: 5.) Palliatiivinen hoito on potilaan ja omaisten kokonaisvaltaista hoitoa, jonka päämääränä on elämänlaadun tukeminen. Palliatiivinen hoito ei ole ajallisesti sidottuna potilaan jäljellä olevaan elinaikaan. Saattohoidon voidaan katsoa olevan palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan elämän loppuvaiheen hoitoa. Terminaalihoito puolestaan on potilaan välittömästi kuolemaa edeltävää saattohoitoa. (ETENE 2003: 6.)

Opinnäytetyöhön valikoiduissa tutkimuksissa saattohoitoon viitataan termeillä ”palliative care”, ”end-of-life care” ja ”hospice”, eikä jaottelu palliatiivisen hoidon ja saattohoidon välillä ollut yksiselitteinen. Saattohoito määritellään mm. palliatiivisen hoidon viimeiseksi vaiheeksi (Slåtten, Kari – Fagerström, Lisbeth – Hatlevik, Ove Edvard 2010; White, Kenneth – Coyne, Patrick – White, Susan 2012; White, Kenneth– Roczen, Mariza – Coyne, Patrick – Wiencek, Claren 2014) tai oireita lievittäväksi hoidoksi, jota annetaan, kun potilaan tila on progressiivinen (McCourt, Roisin – Power, John James – Glackin, Marie 2013). Suomalaisessa Terhokodin saattohoidon laatua käsittelevässä tutkimuksessa (Anttonen – Kvist – Nikkonen 2009) saattohoito määritellään ETENE:n vuonna 2003 esittämän määritelmän mukaisesti (ETENE 2003: 5).

Saattohoidon lähtökohtana on potilaan etenevä, parantumaton sairaus ja päämääränä kärsimyksen lievitys. Saattohoitoon siirtymistä tulee edeltää saattohoitopäätös. Saattohoitopäätöksen tekee potilasta hoitava lääkäri ja se tulisi tehdä yhteisymmärryksessä potilaan tai hänen edustajansa kanssa potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. Saattohoitopäätös tulisi tehdä riittävän ajoissa, jotta potilaan itsemääräämisoikeus toteutuisi mahdollisimman hyvin, potilaan oireita pystyttäisiin lievittämään parhaalla mahdollisella tavalla ja jotta potilas ja omaiset pystyisivät valmistautumaan lähestyvään kuolemaan. Saattohoitopäätös kirjataan potilaan hoitosuunnitelmaan ja sitä tulee arvioida säännöllisesti. Saattohoitopäätöstä tehdessä ja mahdollisesti myös potilaan saattohoidon eri vaiheissa tulisi järjestää hoitoneuvotteluita, joissa myös omaisten ääni tulee kuuluviin. (ETENE 2003: 6,11; Käypä hoito 2012.)

Saattohoitoa määrittävät useat terveydenhuollon lait ja asetukset. Saattohoidon perusta on määritelty perustuslaissa (Suomen perustuslaki 731/1999) sekä laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Saattohoitoa määrittävät myös Euroopan Neuvoston Ihmisoikeussopimus (Euroopan ihmisoikeussopimus 63/1999) ja Euroopan Neuvoston yleissopimus ihmisoikeuksista ja biolääketieteestä (Yleissopimus ihmisoikeuksista ja biolääketieteestä 24/2010). Myös World Health Organisation eli WHO on linjannut suosituksensa saattohoidosta vuonna 2002. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a: 14.)

Sairaanhoitopiirien laatimat saattohoitosuunnitelmat tukevat hyvän saattohoidon toteutumista kansallisella tasolla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a: 27). ETENE on laatinut hyvän saattohoidon toteutumista tukevat suositukset vuonna 2010 (ETENE 2010: 30), joissa etenkin eettisyys, ihmislähtöisyys sekä kivun ja kärsimyksen lievitys korostuvat.

Käypä hoito –suositusta kuolevan potilaan oireiden hoitoon on viimeksi päivitetty vuonna 2012 (Käypä hoito 2012). Suositus keskittyy ennen kaikkea potilaiden oireiden lievittämiseen. Oireita lievittävä hoito kuuluu jokaiselle kuolevalle potilaalle. Heitä voivat olla mm. syöpäpotilaat, keuhkohtaumatautia sairastavat potilaat ja erilaisista muistisairauksista tai etenevistä lihasrappeumataudeista kärsivät potilaat. Tyypillisiä saattohoitopotilaan oireita ovat mm. erilaiset kivut, hengenahdistus, pahoinvointi, ummetus, suun kuivuminen, nesteen kerääntyminen vatsaontelon sisään (askitesneste), raajaturvotus, väsymysoireyhtymä, ruokahaluttomuus sekä kuivuminen. Lähestyvä kuolema aiheuttaa

usein potilaalle myös voimakasta eksistentiaalista kärsimystä. Tähän kuuluvat mm. merkityksettömyyden ja arvottomuuden tunteet, taakkana ja muista riippuvaisena olemisen kokemus, kuolemanpelko ja paniikki. Käypä hoito –suosituksessa käsitellään myös palliatiivista sedaatiota, jossa potilaan tajuntaa heikennetään, kun potilaan oireita ei pystytä muilla keinoin hallitsemaan. Palliatiiviseen sedaatioon johtavia oireita voivat olla sietämätön kipu, hengenahdistus ja tukehtumisen tunne, delirium, agitaatio tai ahdistuneisuus. Palliatiivisen sedaation tarkoituksena ei ole jouduttaa kuolemaa. (Käypä hoito 2012.)

Potilaan sairaudesta riippuen myös saattohoidon kesto ja luonne voivat vaihdella. Lääkehoito on osa kuolevan potilaan hoitoa, mutta potilas tulee ottaa huomioon psyko-fyysis-sosiaalisena kokonaisuutena unohtamatta potilaan maailmankatsomuksellisia tai henkisiä tarpeita. Oireiden ja niiden voimakkuuden tunnistamisen tärkeyttä korostetaan, jotta potilasta ei ali- tai ylihoitettaisi. Myös ETENE käsittelee muistiossaan (2003) ali- ja ylihoidon käsitteitä. Alihoidossa potilaan oireita ei joko tunnisteta tai osata hoitaa tai potilaan kärsimyksiä aliarvioidaan. Ylihoidossa puolestaan keskitytään liian voimakain toimenpitein potilaan elinajan pidentämiseen, vaikka tämä vain lisäisi potilaan kärsimystä ja elinajan lisääminen olisi marginaalista. Hoitopäätökset tulee arvioida aina potilaan elämänlaadun kannalta. Potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan tulee ymmärtää sedaatiohoidon tavoitteet ja toteutus ennen sedaation aloittamista. (Käypä hoito 2012; Etene 2003: 6.)

Myös potilaan omaisten hoito on osa onnistunutta, kokonaisvaltaista saattohoitoa. Heidä tulee ohjata ja informoida ja heidän huomioitaan potilaan tilasta kuunnella ja kunnioittaa. Heidät tulee potilaan niin salliessa ottaa mukaan myös hoitoneuvotteluihin ja kuunnella heidän mielipiteitään hoitoa koskevissa päätöksissä. Omaisten jaksaminen vaikuttaa myös potilaan hyvinvointiin. Omaiset toivovat elämän loppuvaiheessa yleensä rauhallista, hyvää kuolemaa, läsnäoloa ja yhteisöllisyyttä. Potilaan saattohoitoprosessi kulkee omaisten mukana koko heidän loppuelämänsä. (ETENE 2003: 5,7; Hänninen, Juha 2010.)

### 2.3 Saattohoidon järjestäminen

Saattohoitoa voidaan toteuttaa perusterveydenhuollossa terveyskeskusten vuodeosastoilla, erikoissairaanhoidossa, vanhainkodeissa, kehitysvammalaitoksissa, saattohoitokodeissa tai muissa yksityisissä ja kunnallisissa hoitoyksiköissä. Saattohoitoa voidaan toteuttaa myös potilaan kotona kotisairaanhoidon turvin. Saattohoitoa toteutetaan moniammatillisessa tiimissä, johon voivat lääkärin ja sairaanhoitajan lisäksi kuulua mm. psykologit, sairaalapastorit ja sosiaalityöntekijät. Myös vapaaehtoistyöntekijöillä on tärkeä rooli saattohoitopotilaiden hoidon tukemisessa. Sairaanhoitajien ammattitaitoa ja työssä jaksamista tulisi tukea lisä- ja jatkokoulutuksella sekä jatkuvalla työnohjauksella. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a: 23; ETENE 2003: 11-12.)

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä on raportissaan ”Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020” tehnyt suosituksen saattohoidon kolmiportaisesta järjestämisestä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010b). Saattohoidon kolmiportainen malli mainitaan myös uusimmassa Käypä Hoito –suosituksessa (Käypä hoito 2012). Portaikon I tasoa toteuttavat kaikki perusterveydenhuollon yksiköt, ja tällä tasolla vastataan perustason palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. Tasolle II kuuluvat alueelliset palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yksiköt, jotka sekä toteuttavat hoitoa että toimivat alueensa konsultoivina yksikköinä. Tasolla III toimivat yliopistosairaaloiden palliatiivisen lääketieteen yksiköt sekä saattohoitokodit. Näiden tehtävänä on antaa vaativaa palliatiivista hoitoa, antaa alueellista konsultaatiota, osallistua alan opetukseen ja lisäkoulutukseen sekä tehdä tutkimus- ja kehitystyötä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010b: 64-65.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin saattohoitotyöryhmä esittää muistiossaan STM:n kolmiportaisen saattohoitomallin käyttöönottoa HYKS-alueella (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2011). Saattohoidon osaamisen tasot on järjestetty perustasosta vaativampaan tasoon luokkiin A, B ja C. Perus- eli A-tason saattohoidon toteuttamisesta vastaavat kotihoito, hoitolaitokset ja –kodit sekä pitkäaikaishoitolaitokset. Eri yksiköissä toimii koordinoivia sairaanhoitajia, jotka huolehtivat kolmiportaisen saattohoitomallin käytännön toteuttamisesta perus- ja erikoissairaanhoidon välillä. Terveyskeskusten vuodeosastoille perustettavat saattohoito-osastot/paikat sekä kotisairaanhoido vastaavat B-tason saattohoidon toteuttamisesta ja vastaavat alueellisesta konsultaatiosta ja kouluttamisesta. Taso C vastaa ylintä osaamisen tasoa, ja siihen kuuluvat HYKS:n palliatiivisen hoidon yksikkö ja Terhokoti. (Helsingin ja Uudenmaan sairaan-

topiiri 2011: 13,15; liite 1: Saattohoitopolku erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon HYKS-sairaanhoidoalueella).

## 2.4 Sairaanhoidajan osaaminen

### 2.4.1 Keskeiset osaamisalueet

Sairaanhoidaja on hoitotyön asiantuntija, joka toteuttaa ja kehittää hoitotyötä näyttöön perustuen vallitsevan lainsäädännön sekä sosiaali- ja terveystieteiden linjausten ohjaamana. Suomessa sairaanhoidajakoulutus on ammattikorkeakoulututkinto, jonka laajuus on 210 opintopistettä (180 op perusopintoja + 30 op syventäviä opintoja). (Eriksson – Korhonen – Merasto – Moisio 2014: 11-12.)

Sairaanhoidajakoulutus pohjautuu ammattikorkeakouluasetukseen (Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 1129/2014) sekä Euroopan parlamentin ja neuvoston ammattipätevyysdirektiiviin (Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2003/59/EY), jotka määrittävät sairaanhoidajakoulutuksen sisältöä sekä sairaanhoidajan osaamisen vähimmäisvaatimuksia. Yhteiskunnassa tapahtuvat muutokset, kuten väestön ikääntyminen ja maahanmuuton sekä monikulttuurisuuden lisääntyminen, uuden tutkimustiedon kehittyminen sekä sosiaali- ja terveystieteiden ohjelmat asettavat vaatimuksia sairaanhoidajan osaamisen kehittämiseksi. Myös esimerkiksi tehtävänsiirrot lääkäriltä sairaanhoidajille sekä uudenlaiset toimenkuvat tuovat osaamisen kehittämiseksi haasteensa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012c: 5; Eriksson ym. 2014: 16.)

Sairaanhoidajan kliinisen asiantuntijuuden vahvistamiseksi Sosiaali- ja terveysministeriön ohjausryhmä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012) esittää neljän osaamisalueen painottamista sairaanhoidajakoulutuksessa: näyttöön perustuvan toiminnan osaaminen, terveystieteiden laadun ja potilasturvallisuuden edellyttämä osaaminen, terveyden ja työ- ja toimintakyvyn edistämisen osaaminen sekä asiakaskeskeisen ja moniammatillisen toiminnan osaaminen. Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus –hankkeessa (Eriksson ym. 2014) on määritelty yleissairaanhoidosta vastaavan sairaanhoidajan vähimmäisosaamista. Osaamisalueet jakautuivat yhdeksään luokkaan:

1. Asiakaslähtöisyys
2. Hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus
3. Johtaminen ja yrittäjyys
4. Kliininen hoitotyö
5. Näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko
6. Ohjaus- ja opetusosaaminen
7. Terveyden ja toimintakyvyn edistäminen
8. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö
9. Sosiaali- ja terveystalvelujen laatu ja turvallisuus (Eriksson ym. 2014: 35).

Sairaanhoitajakoulutusta määrittävät lisäksi ammattikorkeakoulututkinnon yhteiset kompetenssit. Niihin kuuluvat itsensä kehittäminen, eettinen osaaminen, viestintä- ja vuorovaikutusosaaminen, kehittämistoiminnan osaaminen, organisaatio- ja yhteiskuntaosaaminen sekä kansainvälisyysosaaminen (Eriksson ym. 2014: 14-15).

Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus -hankkeessa palliatiivisen hoitotyön osaaminen kuuluu kliinisen hoitotyön osaamiskuvaukseen. Osaamisen kuvauksessa korostetaan oireenmukaista ja inhimillistä hoitotyötä sekä potilaan läheisten tukemista. (Eriksson ym. 2014: 41.)

#### 2.4.2 Sairaanhoitajan saattohoito-osaaminen

Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee saattohoidon osaamisalueita seuraavasti:

”Osaamisen alueet saattohoidossa ovat kyky arvioida, hoitaa ja soveltaa tietoa systemaattisesti ja riittävällä taidolla: kärsimykseen ja sitä aiheuttavien oireiden hoitamiseen, psyko-sosiaalisiin, fyysisiin, henkisiin, hengellisiin, eksistentiaalisiin ja kulttuurisiin tarpeisiin ja toiveisiin, niiden ymmärtämiseen ja huomioimiseen hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa, lähestyvän kuoleman merkkeihin ja kuoleman hetkeen ja omaisten tukemiseen potilaan kuoleman jälkeen.” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010: 31.)

Sairaanhoitajien saattohoito-osaamista on tutkittu vielä verrattain vähän. Suomessa ei ole ilmestynyt vielä yhtäkään juuri osaamiseen perustuvaa tieteellistä tutkimusta, mutta muualla Euroopassa, Yhdysvalloissa ja Kanadassa aihe on jo hieman tunnetumpi. Kenneth R. White tutkimusryhmineen on useissa tutkimuksissa kuvannut niin kutsuttuja ydinkompetensseja, jotka tutkimuksissa pohjautuivat yhdysvaltalaisen The National Consensus Project for Quality Palliative Care:n laatimiin ohjenuoriin (National Consensus Project for Quality Palliative Care 2016). Tutkimuksessa Are Hospice and Palliative Nurses Adequately Prepared for End-of-Life Care? (White ym. 2012) pyydettiin USA:n kaikki osavaltiot kattavaa joukkoa sairaanhoitajia asettamaan edellä mainittuja ydin-

kompetensseja tärkeysjärjestykseen. Ydinkompetensseja oli yhteensä 12, ja ne olivat tutkimukseen osallistuneiden sairaanhoitajien (n=1230) mukaan järjestyksessä tärkeimmistä vähiten tärkeään seuraavat:

1. Oireiden hallinta
2. Kivunhoito
3. Taito keskustella potilaan/omaisten kanssa kuolemasta ja kuolemisenesta
4. Tietämys palliatiivisesta hoidosta
5. Tietämys saattohoidosta
6. Kyky käsitellä omia tunteita
7. Lähestyvän kuoleman fysiologisten merkkien tunnistaminen
8. Sairaanhoitajan rooliin liittyvät eettiset kysymykset
9. Hoitotestamentin toteuttaminen
10. Vihaisten potilaiden/omaisten kanssa pärjääminen
11. Sairaanhoitajan rooliin liittyvät lainopilliset seikat
12. Uskonnolliset ja kulttuurilliset näkökulmat (White ym. 2012: 135.)

Suurin osa vastanneista (71%) arvioi tärkeimmäksi osaamisalueeksi joko oireiden hallinnan, kivunhoidon tai taidon keskustella potilaan/omaisten kanssa kuolemasta ja kuolemisenesta (White ym. 2012: 136). White, Coyne ja Wiencek (2014) selvittivät myöhemmin myös akuutti- ja tehohoidossa toimivien sairaanhoitajien käsityksiä samoista ydinkompetensseista. Yli puolet haastatelluista sairaanhoitajista asettivat tärkeimmäksi kompetenssiksi tietämyksen palliatiivisesta hoidosta ja yli 70% vastanneista listasi sen kolmen tärkeimmän ydinkompetenssin joukkoon. Sairaanhoitajan työhön liittyvien lainopillisten seikkojen tunteminen oli toiseksi yleisin kolmen tärkeimmän joukkoon listatuista ydinkompetensseista. Myös oireiden hallinta ja hoitotestamentin toteuttaminen olivat listattu tärkeiksi, samoin kivunhoito sekä taito keskustella potilaan/omaisten kanssa kuolemasta ja kuolemisenesta. (White ym. 2014: 265, 272.)

Ydinkompetenssin käsitettä on hyödynnetty myös norjalaisessa saattohoitotutkimuksessa, jossa ydinkompetenssien toteuttamisen sekä ESAS-kaavakkeessa (Edmonton Symptom Assessment Scale) mainittujen oireiden lievittämisen onnistumista on arvioitu vuonna (Slåtten ym. 2010). Ydinkompetenssit määräytyivät Robert Beckerin aiempien tutkimusten (Becker, Robert 2004; 2007) mukaan kommunikaatiotaitoihin, psykososiaalisiin taitoihin, tiimityöskentelytaitoihin, fyysiseen hoitoon liittyviin taitoihin sekä hoitajan persoonaan liittyviin taitoihin. Osaamista tarvittiin koskien potilaan kivun, pahoinvoinnin, ahdistuksen/levottomuuden, väsymyksen ja suun ongelmien lievitystä sekä hoitotyöhön käytössä olevaa ajankäyttöä, ESAS-kaavakkeen ja hyvien hoitokäytänteiden käyttöä sekä sairaanhoitajien kykyä huomata hoidon puutteellisuuksia. (Slåtten ym. 2010: 81, 83.)

Kanadassa julkaistun sairaanhoitajien saattohoito-osaamista arvioivan itsearviointimitarin mukaan osaamisen pääkomponenteiksi valikoituvat potilaan tarpeiden kautta kivun ja muiden oireiden hallinta, psyykkisiin, sosiaalisiin ja hengellisiin tarpeisiin vastaaminen, toimintakyvyn tukeminen, eettisten ja lainopillisten kysymysten hallinta, moniammatillinen yhteistyö, henkilökohtainen ja ammatillinen kehittyminen sekä kuolemaan liittyvä hoito (Desbiens 2011: 233-235). Saattohoidon laatua ja välillisesti myös sairaanhoitajien osaamista on lähestytty myös Terhokodissa hoidettujen potilaiden omaisia haastattelemalla. Omaiset huomioivat etenkin potilaan fyysisten tarpeiden hoidon osaamisen merkityksellisyyden ja arvioivat sen onnistuneeksi. (Anttonen ym. 2009: 51.)

Törmän artikkelissa (Törmä, Sirpa 2010) sairaanhoitajat olivat määrittäneet ammattinsa tärkeimmäksi osaamisalueeksi varman kliinisen osaamisen. Vahva kliininen osaaminen mahdollistaa sen, että sairaanhoitaja pystyy käyttämään herkkyyttään ja empatiakykyään työssään, jonka katsottiin ennen kaikkea olevan tunnetyötä ja välittämistä. Vahva kliininen osaaminen helpottaa myös ongelmanratkaisukykyä sekä päätöksentekosaamista.

#### 2.4.3 Koulutuksen merkitys osaamiseen

Moir tutkimusryhmineen toteaa kommunikaatiotaitoja osaamisalueena käsittelevässä tutkimuksessaan (Moir, Cheryl – Roberts, Renee – Martz, Kim – Perry, Judith – Tivis, Laura 2015), että ilman sairaanhoitajan hyviä perustietoja saattohoidosta potilas ja hänen omaisensa voivat jäädä vaille riittävää ohjausta siirtyessään palliatiiviseen hoitoon, mikä voi vaikuttaa negatiivisesti koko hoitoprosessiin. Akuuttihoiton parissa työskentelevien sairaanhoitajien tiedon ja koulutuksen puute saattohoitoon liittyen katsottiin myös merkittäväksi esteeksi kokonaisvaltaisen, holistisen saattohoidon tarjoamisessa potilaille ja heidän läheisilleen Isossa-Britanniassa 2013 (McCourt ym. 2013: 515). Omaiset Terhokodissa toivat sairaanhoitajien tiedon puutteen myös Suomessa esille hoidon laatua heikentävänä tekijänä (Anttonen 2009: 47).

Niin Desbiens (2011) kuin Whitekin (2011; 2012; 2014) tuovat esille jatkuvan kouluttautumisen merkityksen palliatiivisen hoidon osaamisessa. Whiten ym. tutkimuksessa "Nurses' Perceptions of Educational Gaps in Delivering End-of-Life Care kävi ilmi, että yli puolet tutkimuksessa haastatelluista, Oncology Nursing Societyyn kuuluvista sairaanhoitajista (n= 714), ei ollut saanut koulutusta saattohoitoon liittyen viimeisen kah-

den vuoden aikana ja jopa 25% vastanneista koki, ettei kykene hoitamaan riittävän tehokkaasti kuolevaa potilasta. (White – Coyne 2011: 714.) Koulutuksen puute oli merkittävä löydös myös akuutti- ja tehohoitotyössä toimivien sairaanhoitajien (n= 49) kohdalla: yli puolet haastatelluista eivät olleet saaneet koulutusta palliatiiviseen hoitoon liittyen viimeisen kahden vuoden aikana. (White ym. 2014: 273.) Riittävän koulutuksen järjestäminen nousi ammatillisen kasvun keskeiseksi tekijäksi myös Törmän mukaan. Sen katsottiin antavan sairaanhoitajalle valmiuksia tarkastella asioita laaja-alaisemmin ja avaavan työhön uusia näkökulmia. Myös Törmä toteaa, että laadukasta ja pitkäjänteistä koulutusta ei usein ollut saattohoitoa toteuttaville sairaanhoitajille tarjolla. (Törmä 2010: 34.)

### **3 Työn tarkoitus**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on määritellä sairaanhoitajan tarvitsema osaaminen kolmiportaisen saattohoitomallin keskimmaisella tasolla. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää sairaanhoitajien saattohoito-osaamista sekä hoitotyön koulutusta.

B-tasoista eli aluesairaالاتasoista saattohoitoa voidaan toteuttaa kotisairaalassa, terveyskeskuksien vuodeosastoilla ja saattohoito-osastoilla. Hoidosta vastaa moniammatillinen työryhmä, johon kuulu lääkärin lisäksi saattohoitotyöhön lisäkoulutuksen saaneita hoitajia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a: 21.)

Tutkimuskysymykset:

1. Mitä sairaanhoitajan tulee osata saattohoitotyössä kolmiportaisen saattohoitomallin keskimmaisella tasolla?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat osaamiseen?

## 4 Työn toteutus

### 4.1 Laadullinen tutkimus

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus ei ole käsitteenä yksiselitteinen, vaan se sisältää useita eri epistemologisia eli tietoteoreettisia lähtökohtia ja metodologisen ajattelun eli menetelmäopin koulukuntia. Eri tieteenaloilla on omat kvalitatiivisen tutkimuksen traditionsa. Kaikella kvalitatiivisella tutkimuksella on kuitenkin yhteinen lähtökohta: todellisen elämän ja sen ilmiöiden kuvaaminen. (Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 1997: 152-155.)

Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on tuottaa uutta tietoa tai teoriaa tai löytää uusi näkökulma jo tutkittuun ilmiöön. Laadullisessa tutkimuksessa etsitään tutkimusaineistosta odottamattomia seikkoja sen sijaan, että todennettaisiin jo olemassa olevia totuuksia. Laadullinen tutkimus onkin hyvä lähestymistapa silloin, kun tutkittavasta aiheesta on vasta vähän aikaisempaa tutkimustietoa. Laadullisen tutkimuksen lähtökohdiana on induktiivisuus, jossa havainnoimalla tehdään päättelyjä yksittäistapauksista laajemmiksi kokonaisuuksiksi. Laadullisessa tutkimuksessa ei yleensä testata hypoteeseja, vaan keskiössä on aineiston tarkastelu monitahoisesti ja kokonaisvaltaisesti. Se, mikä on tärkeää, nousee tutkimusaineistosta, ei tutkijasta, ja tutkimustehtävät tarkentuvatkin tutkimusprosessin aikana. Laadullinen tutkimus voi olla pohjana määrällisen tutkimuksen hypoteesinmuodostukselle. (Eskola, Jari – Suoranta, Juha 2014: 19-20; Hirsjärvi ym. 1997: 155; Kylmä – Juvakka 2012: 26, 30.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkija ja tutkimukseen osallistuja ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Tutkijan oma arvomaailma ohjaa tämän havainnointia, ja tutkijan onkin ymmärrettävä, ettei täydelliseen objektiivisuuteen tämän vuoksi voida päästä. Tutkimustulokset ovat aina ehdollisia selityksiä, jotka rajoittuvat aikaan ja paikkaan. Tutkimus on toisin sanoen kontekstisidonnaista. Samoin kuin määrällisessä tutkimuksessa, myös laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena on selvittää totuutta. Laadullisessa tutkimuksessa kuitenkin hyväksytään, että totuuksia voi olla useita. (Hirsjärvi ym. 1997: 152; Kylmä – Juvakka 2012: 17, 26-28.)

Laadullisessa tutkimuksessa ihminen on keskeinen tiedonkeruun väline, ja tutkijan omat havainnot ja keskustelut tutkittavien kanssa ovat tutkimuksen luotettavuuden perusta. Tutkimuksen kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti ja tapauksia käsitellään ainutlaatuisina. Määrälliset tutkimusmenetelmät, esimerkiksi kyselylomakkeet, voivat tukea laadullista havainnointia. (Hirsjärvi ym. 1997: 155.)

#### 4.2 Haastattelu laadullisena tutkimusmenetelmänä

Opinnäytetyön aineisto kerättiin teemamuotoisen ryhmähaastattelun avulla. Haastattelun katsotaan olevan hyvä aineistonkeruutapa silloin, kun tutkittua tietoa aiheesta on vielä vähän. Ryhmähaastattelu puolestaan on joustava ja tehokas aineistonkeruumuoto, jossa tietoa saadaan usealta henkilöltä samaan aikaan ja jossa tietoa pystytään syventämään ja selventämään jo haastattelutilanteessa. Ryhmähaastattelussa tutkittavien ääni pääsee erinomaisesti esiin, mikä on tärkeää laadullisessa tutkimuksessa. Tutkijan tehtävänä on ohjata keskustelua ja esittää tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä syventääkseen vastauksia ja viedäkseen haastattelua eteenpäin. (Hirsjärvi ym. 1997: 160, 204-205; Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2007: 34-35, 41-45.)

Haastattelu voi asettaa tutkijalle myös haasteita. Haastattelu vie usein aikaa ja voi aiheuttaa kustannuksia (mm. matkat, tallentimet). Haastattelu vaatii suunnittelua ja perehtymistä haastattelijana toimimiseen. Niin haastattelijasta, haastateltavasta kuin haastattelutilanteesta voi aiheutua myös virhelähteitä. Virhelähteenä voi esimerkiksi olla haastattelutilanteen luoma sosiaalinen paine, joka voi muokata haastateltavan vastauksia. (Hirsjärvi ym. 1997: 206.)

Haastattelun alussa haastateltavien kanssa käytiin läpi tutkimuksen keskeisimmät käsitteet: saattohoito, osaaminen sekä kolmiportainen saattohoitomalli. Haastattelun aluksi esitettiin yksi avoin kysymys: "Mitä osaamista sairaanhoitajat tarvitsevat saattohoidossa teidän osastollanne?" Avoimen kysymyksen jälkeen haastattelua jatkettiin teemahaastattelurungon mukaisesti.

Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu on aineistonkeruun muoto, jossa edetään etukäteen valittujen teemojen mukaisesti. (Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009: 75.) Haastattelutilannetta varten muotoiltiin teemahaastattelurunko, jonka perustana käytettiin sairaanhoitajien saattohoidon osaamiseen liittyvää, tiedonhakuvaiheessa kerättyä tietoa (Liite 4: Teemahaastattelurunko). Eri teemoihin kuuluvat kysymykset

esitettiin jokaisessa haastattelussa. Kysymysten järjestys vaihteli jonkin verran haastattelukertojen välillä, mikä teemahaastattelussa onkin sallittua. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 75.)

#### 4.3 Aineisto ja sen kerääminen

Tutkimusluvut haettiin tutkimuksiin osallistuneiden kaupunkien ohjeistuksen mukaisesti joulukuussa 2015 – tammikuussa 2016 ja aineisto kerättiin alkukeväästä 2016. Aineiston litterointi ja sisällönanalyysi alkoivat heti ensimmäisten haastatteluiden jälkeen. Haastateltavien osastojen osastonhoitajille lähetettiin tiedote, jonka avulla informoitiin osaston sairaanhoitajia tulevasta haastattelusta. Tiedotteessa esiteltiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoite ja kerrottiin aineistonkeruun tapahtuvan ryhmähaastattelun avulla. Tiedotteessa käytiin läpi olennaiset tutkimuseettiset kysymykset koskien tutkimuslupia, osallistujien anonymiteettiä, tutkimusaineiston salassapitoa sekä haastateltavien oikeutta keskeyttää osallistuminen missä vaiheessa tutkimusprosessia tahansa. Tutkimukseen osallistuville tarjottiin myös mahdollisuutta ottaa tutkijoihin yhteyttä tutkimukseen liittyvissä kysymyksissä. (Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007: 149-150.)

Haastatteluita järjestettiin yhteensä kolme. Ensimmäiseen haastatteluun osallistui kolme sairaanhoitajaa. Toiseen haastatteluun osallistui neljä sairaanhoitajaa ja kolmanteen haastatteluun kolme sairaanhoitajaa, joista yksi osallistui haastatteluun toista kertaa. Yhteensä haastateltavia sairaanhoitajia oli siis yhdeksän. Sairaanhoitajien työkokemus saattohoidosta oli vaihteleva, mutta jokaisella haastateltavalla oli kuitenkin työvuosia saattohoidon parissa takanaan. Haastatteluiden kesto oli yhteensä 139 minuuttia, ja litteroitua tekstiä tuli yhteensä 46 tekstinkäsittelysivua (fontti Arial, fonttikoko 12, riviväli 1, vakioasettelumalli).

#### 4.4 Aineiston analyysi

Induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia käytetään perustyövälineenä laadullista aineistoa analysoitaessa. Oleellista sisällönanalyysissä on, että kerättyä aineistoa pyritään tarkastelemaan ja kuvaamaan tiivistetyimmässä muodossa. (Kylmä – Juvakka 2012: 112.) Induktiivinen sisällönanalyysi sopii hyvin tilanteisiin, joissa aineisto on laaja, minkä vuoksi se on oivallinen tapa ryhmähaastattelun avulla kerätyn aineiston analysointiin. (Kylmä – Juvakka 2012: 112.) Sisällönanalyysissä pyritään löytämään yhtä-

läisyydet aineistosta ja muodostamaan niistä yhtenäinen, tiivis kokonaisuus. Kokonaisuudesta tulee käydä ilmi tutkimustulokset rinnastettuna tutkimuksen tarkoitukseen ja päämäärään. (Kylmä – Juvakka 2012: 112.)

Aluksi aineisto litteroitiin, jonka jälkeen sen sisältöön lähdettiin perehtymään yksityiskohtaisesti. Tämän jälkeen seurasi aineiston redusointi- eli pelkistämisvaihe, jossa litteroidusta aineistosta nostettiin esiin tutkimuskysymysten kannalta oleelliset ilmaukset. Litteroidut lauseet ja niihin liittyvät pelkistykset listattiin taulukon 1 mukaisesti. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 108-110.)

Taulukko 1. Esimerkki alkuperäisen ilmauksen pelkistämisestä

<b>Alkuperäinen ilmaus</b>	<b>Pelkistetty ilmaus</b>
<i>"Itse tulin erilaisesta sairaalasta, jossa en ollut käyttänyt näitä laitteita (kipupumppuja). Että ihan se, että sinulle opastetaan se ja että me valmistamme itse ne lääkekasetit, ne, että lääkäri määrää tietyt määrät, vuorokausimäärät, tiettyjä lääkkeitä ja sitten me laskemme ne hoitajat sitten."</i>	Lääkekasettien valmistaminen
<i>"Onhan meillä noita niin sanottuja N-läkkeitä eli huumeläkkeitä huomattavasti enemmän ja suurempi määrä kuin toisilla osastoilla. Et meillä on aika kattavanlainen valikoima niinku lääkkeitä siihen kivunlievitykseen. Et kyl meillä niinku tavallaan on sitä erikoisosaamista tästä enemmän ku muilla."</i>	Eriyisosaaminen N-läkkeistä eli huumeläkkeistä

Redusoinnin jälkeen aineisto klusteroitiin eli ryhmiteltiin. Siitä etsittiin yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia, ja pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin alaluokiksi. Alaluokat puolestaan ryhmiteltiin myöhemmin ylä- ja pääluokiksi. Klusterointi toimi osana aineiston käsitteellistämistä eli abstraktointia, jossa ryhmittelyn pohjalta muodostettiin käsitellystä aineistosta teoreettisia käsitteitä, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiimme. (Taulukko 2: Esimerkki aineiston abstraktoinnista; Tuomi – Sarajärvi 2009: 112-113.)

Taulukko 2. Esimerkki aineiston abstraktoinnista

<b>Alaluokka</b>	<b>Yläluokka</b>	<b>Pääluokka</b>
Kivunhoito	Lääkehoito	<b>Potilaan fyysinen hoito</b>
Hengenahdistuksen hoito		
Pahoinvoinnin hoito		

## 5 Tulokset

### 5.1 Sairaanhoidajan saattohoito-osaaminen

#### 5.1.1 Potilaan fyysinen hoito

**Potilaan fyysinen hoito** sisältää neljä yläluokkaa: 1) lääkehoito, 2) potilaan tarkkailu, 3) potilaan perushoito sekä 4) toimenpideoosaaminen (taulukko 3).

Taulukko 3. Potilaan fyysinen hoito

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
Potilaan fyysinen hoito	Lääkehoito	Kivunhoito Hengenahdistuksen hoito Pahoinvoinnin hoito
	Potilaan tarkkailu	Kivun arviointi Hengenahdistuksen arviointi Pahoinvoinnin arviointi Peruselintoimintojen tarkkailu Lähestyvän kuoleman merkkien tunnistaminen
	Potilaan perushoito	Kokonaisvaltainen hoitaminen Asentohoidot Vainajan laitto

	Toimenpideosaaminen	Katetrointi Kanylointi Haavanhoito Dreenit Avanteet Lääkärin avustaminen tarpeen mukaan
--	---------------------	---

**Lääkehoidon** toteuttaminen on merkittävä osa saattohoitotyötä tekevän sairaanhoitajan toimenkuvaa. Osaamisen yläluokkana se sisältää kolme alaluokkaa: 1) kivunhoito, 2) hengenahdistuksen hoito sekä 3) pahoinvoinnin hoito.

Saattohoitopotilaan kivunhoito vaatii sairaanhoitajalta erityisosaamista, sillä kipu on yksi saattohoitopotilaan yleisimmistä oireista, ja potilaan kiputilanne voi olla hyvinkin hankala. Kivunhoidossa sairaanhoitajan tulee kiinnittää huomiota kipulääkityksen säännöllisyyteen ja riittävyteen, kivun tarpeen arviointiin ja ennakointiin sekä lääkeshoidon käytännön toteuttamiseen: millä lääkkeellä potilaan kipua voidaan hoitaa ja mitä reittejä pitkin sitä voidaan annostella. Sairanhoitajan tulee osata arvioida, mikä antoreitti hyödyttäisi potilasta eniten.

Saattohoitopotilaan kivunhoidossa käytetään erittäin paljon huumausaineiksi luokiteltavia kipulääkkeitä eli niin kutsuttuja ”N-lääkkeitä”. Tämän lisäksi kipua voidaan hoitaa kipulaastareilla sekä erilaisilla masennus- ja epilepsialäkkeillä. Huumausaineeksi luokiteltavien lääkkeiden käyttökuntoon saattaminen ja annostelu vaativat sairaanhoitajalta osaamista ja tarkkuutta.

Kipupumppuhoidon toteuttaminen on saattohoitoa toteuttavan sairaanhoitajan erityisosaamista, johon saattohoidon parissa työskentelevät sairaanhoitajat koulutetaan erikseen. Sairanhoitajan tulee osata laskea ja valmistaa oikea lääkeannos kipupumpun kasettiin ja aloittaa kipupumppuhoido potilaalle. Myös kipupumppuhoidon kohdalla on tarkkailtava ja arvioitava lääkityksen vaikuttavuutta. Sairanhoitajalta vaaditaan osaamista myös potilaan hengenahdistuksen ja pahoinvoinnin lääkkeellisessä hoidossa.

Sedaatiohoidon toteuttaminen on erityinen saattohoitoon liittyvän lääkehoidon osa-alue.

Potilaan fyysinen hoito edellyttää sairaanhoitajalta taitoa tarkkailla potilasta, toimia tekemiensä havaintojen mukaisesti ja informoida lääkäriä potilaan tilanteessa tapahtuvista muutoksista. **Potilaan tarkkailu** voidaan jakaa viiteen alaluokkaan: 1) kivun arviointi, 2) hengenahdistuksen arviointi, 3) pahoinvoinnin arviointi, 4) peruselintoimintojen tarkkailu sekä 5) lähestyvän kuoleman merkkien tunnistaminen. Saattohoitopotilaan kivun arviointi voi olla haasteellista, sillä potilas ei välttämättä pysty elämänsä loppuvaiheessa itse selkeästi ilmaisemaan kipuaan tai sen voimakkuutta. Sairaanhoitajan tulee havainnoida potilasta, arvioida kipua eri keinoin sekä tulkita tarvittaessa potilaan nonverbaalista viestintää kuten ilmeitä, eleitä ja levottomuutta. Hengenahdistus on saattohoitopotilailla yleinen oire, joka on tärkeä tunnistaa ja johon tulee osata reagoida. Myös potilaan mahdollista pahoinvointia tulee tarkkailla. Potilaan peruselintoimintojen tarkkailu kuuluu myös saattohoitopotilaan hoitoon. Lähestyvän kuoleman merkkien tunnistaminen vaatii sairaanhoitajalta tietoa, taitoa ja kokemusta. Sairaanhoitajan tulee esimerkiksi kyetä havaintojensa pohjalta tekemään päätös siitä, missä vaiheessa potilaan omaisia on informoitava potilaan voinnin muutoksesta.

*“Ja tavallaan me paljon sitä, totta kai lääkärinkin sitä arvioi, mutta me olemme aika iso käsi siinä, että me informoimme siinä lääkäriä, että nyt hei tämä potilas ei oikeasti pysty enää nielemään. Että meidän täytyy muuttaa tämä kivunhoitomenetelmä toiseen.”*

*“Tulkinta, jos potilas ei pysty itse sanomaan siitä kivusta. Eleet ja levottomuudet, ne voi aiheutua myös kivusta.”*

*“Täytyy osata tunnistaa niitä kuoleman merkkejä, just se että osaa hälyttää omaiset paikalle.”*

**Hyvä perushoito** on saattohoidon kulmakivi. Perushoidon toteuttamisen osaamiseen kuuluu kolme alaluokkaa: 1) hyvä kokonaishoito 2) asentohoidot sekä 3) vainajan laitto. Potilaan perushoito on kokonaisvaltaista hoitoa, jolla lisätään potilaan hyvinvointia ja vähennetään kärsimystä. Asentohoitojen kautta vaikutetaan niin kivunhoitoon, haavanhoitoon, hengitystyön helpottamiseen kuin potilaan yleisen hyvinvoinnin lisäämiseen. Kipuun voidaan asentohoitojen lisäksi vaikuttaa perushoidossa myös esimerkiksi lämpö- ja kylmäpakkauksin. Vainajan laitto on perushoitoon liittyvä taito, joka on kiinteä osa saattohoitotyötä.

*“Lähdetään ihan hyvästä perushoidosta, että ehdottomasti se on kaiken kulmakivi ja A ja O mistä lähdetään liikenteeseen.”*

*"Tietenkin se vainajan laittaminen on oma asiansa, että ethän sä saa pelätä sitä kuollutta, sä et saa pelätä sitä vainajaa."*

Sairaanhoitajalta vaaditaan laajaa **toimenpideoosaamista**. Toimenpideoosaaminen sisältää kuusi alaluokkaa: 1) Katetrointi, 2) Kanylointi, 3) Dreenit, 4) Avanteet, 5) Haavanhoito ja 6) Lääkärin avustaminen tarpeen mukaan. Sairaanhoitaja toteuttaa katetrointia ja kanylointia, haavanhoitoa sekä dreerien ja avanteiden hoitoa. Sairaanhoitaja avustaa lääkärinä myös erilaisissa toimenpiteissä kuten askites- ja pleurapunktioissa, jotka ovat yleisiä saattohoitopotilaille tehtäviä toimenpiteitä.

*"Perusosaamista pitää olla. Katetrointia, haavanhoitoa... avannepotilaan hoitoa."*

Saattohoidossa haavanhoidon tavoitteena ei välttämättä ole parantaa haavaa, vaan hoitaa haavaa oireiden mukaisesti. Hoidolla tavoitellaan kivun ja kärsimyksen lievittämistä, haavan pahenemisen ehkäisyä sekä haavasta johtuvien muiden haittojen helpottamista. Haavat voivat aiheuttaa verenvuotoja ja hajuhaittoja, jotka voivat puolestaan lisätä potilaan kipua, henkistä ahdistusta ja saada hänet eristäytymään sosiaalisesti. Sairaanhoitajan tulee osata lääkittää haavakipua ja hoitaa haavaa siten, että siitä aiheutuisi potilaalle mahdollisimman vähän kärsimystä. Tärkeää on myös osata valita oikeat tuotteet haavanhoitoon sekä muistaa taloudellisuus tuotteita valitessa. Kaikista kalleimpia haavanhoitotuotteita ei ole syytä käyttää haavaan, jonka paraneminen on erittäin epätodennäköistä. Asentohoidot tukevat hyvän haavanhoidon toteutumista.

*"Ettei haava menis pahemmaksi tai tulehtuisi ja suojataan haava ettei haise."*

*"Jos potilas itse tiedostaa sen, että se kasvain haisee niin se hajun helpottaminen ja lievitys on tärkeä heille."*

### 5.1.2 Potilaan psyykkinen hoito

Potilaan fyysinen ja psyykkinen hyvinvointi tukevat toinen toisiaan. Voimakas henkinen ahdistus tai pelko voivat voimistaa potilaan kokemaa fyysistä kipua, mikä asettaa omat haasteensa niin kivun arvioinnille kuin sen hoidolle. Potilasta tuleekin hoitaa kokonaisvaltaisesti hänen henkistä puoltaan unohtamatta. Sairaanhoitajan tulee nähdä potilas yksilönä ja muistaa, että kuolema on jokaiselle potilaalle ainutlaatuinen, ainutkertainen kokemus, joka voi eri potilailla herättää hyvinkin erilaisia tunteita.

*"Mut jos aatellaan että hoidetaan nyt näin kärjistetyksi pelkkää kipua, niin sit se potilaan kuoleman pelko, ahdistus ja menettäminen, kaiken menettämisen pelko jää ikään kuin tavallaan huomiotta, niin se ei olis millään tavalla laadukasta saattohoitotyötä. Jos ei ne kaikki osa-alueet toteudu hyvin."*

**Potilaan psyykinen hoito** voidaan jakaa neljään yläluokkaan: 1) hoitosuhde, 2) potilaan pelon ja ahdistuksen huomioiminen, 3) kriisityö ja 4) hengellisten tarpeiden huomioiminen (taulukko 4).

Taulukko 4. Potilaan psyykinen hoito

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
Potilaan psyykinen hoito	Hoitosuhde	Hoitosuhteen luominen  Potilaan mukaanotto hoitoaan koskevaan päätöksentekoon  Hoitoympäristön miellyttävyys
	Potilaan pelon ja ahdistuksen huomioiminen	Tunteiden ymmärtäminen  Läsnäolo
	Kriisityö	Kriisipsykologiaan liittyvä tieto  Ohjaus kriisin eri vaiheissa
	Hengellisten tarpeiden huomioiminen	Kunnioitus eri uskontoja ja kulttuureita kohtaan  Tieto eri uskonnoista ja kulttuureista  Sairaalapastorille ohjaaminen  Uskonnon harjoittamiseen osallistuminen

**Hoitosuhde** sisältää kolme alaluokkaa: 1) hoitosuhteen luominen, 2) potilaan mukaanotto hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja 3) hoitoympäristön miellyttävyys. Hoitosuhteen luomisessa tulee ottaa huomioon potilaan tausta ja yksilöllisyys. Potilaan vastaanottoprosessiin osastolle tulee panostaa. Potilaan vastaanottotilanteessa on tärkeää potilasta vastaanottavan hoitajan läsnäolo sekä potilaan taustatietojen ja mieltymysten huomioiminen alusta asti. Potilas tulee myös kohdata ennakkoluulottomasti. Läsnäolo luo pohjan luottamuksellisen hoitosuhteen syntymiselle ja vahvistaa potilaan luottamusta hoitoaan kohtaan.

Miellyttävä hoitoympäristö vaikuttaa positiivisesti potilaan kokemukseen omasta hoidostaan. Osaston ilmapiirin tulisi olla kiireetön ja hoitohenkilökunnan herättää potilaas-

sa ja omaisissa turvallisuuden tunnetta. Potilaan tulisi sairaanhoitajan mahdollisesta kiireestä huolimatta saada kokea, että hoitaja on olemassa juuri häntä varten. Huumori ja positiivisten asioiden löytäminen voivat rentouttaa ilmapiiriä ja auttaa raskaankin tilanteen keskellä. Potilaan toiveita tulee kuunnella myös hoitoympäristön fyysisten ominaisuuksien suhteen.

Hoitoa koskevat päätökset tulisi aina tehdä yhteistyössä potilaan kanssa ja potilaan toiveita ja tarpeita kunnioittaen, mikäli potilas on vielä kykeneväinen päätöksentekoon. Suuret hoitoa koskevat päätökset, kuten saattohoitopäätös, tulisi tehdä aina yhdessä potilaan ja lääkärin kanssa. Potilaan oma mielipide tulisi ottaa huomioon myös muissa hoitoa koskevissa päätöksissä. Tällaisia päätöksiä ovat haastateltavien mukaan esimerkiksi päätökset kipulääkitystä, ravitsemusta tai nestehoidon aloittamista tai jatkamista koskien. Kyseisillä päätöksillä voi olla suuri merkitys potilaan loppuelämän laadun kannalta. Myös omaiset tulisi ottaa mukaan päätöksentekoon ja perustella heille päätökset potilaan edun kannalta.

*"Yleensä kaikki päätökset, mitä hoitoon liittyy pyritään tekemään yhdessä potilaan kanssa ja yhteistyössä. Että ei se sellaista potilaan yli päättämistä, ei se ole oikein."*

*"Ainut missä me voimme kävellä potilaan yli on kivunhoito, varsinkin loppuvaiheessa kun potilas on sekava eikä pysty ilmaisemaan."*

*"Jos on pitkälle edennyt muistisairaus, että ei pysty tekemään itselleen sopivia päätöksiä. Niin kyllä tietysti silloin täytyy vastuu kantaa."*

**Potilaan pelon ja ahdistuksen huomioinen** pitää sisällään kaksi alaluokkaa: 1) potilaan tunteiden ymmärtäminen ja 2) läsnäolo. Saattohoitopotilaalla voi olla erilaisia pelkoja tai ahdistusta. Pelot voivat liittyä itse kuolemaan, menettämiseen tai esimerkiksi oireiden, kuten kivun tai hengenahdistuksen, pahenemiseen. On tärkeää, että sairaanhoitaja on läsnä hetkessä varsinkin silloin, kun potilas on hyvin pelokas tai ahdistunut. Sairaanhoitajan läsnäolo ja siihen liittyvät toimet kuten pään silittäminen, kädestä kiinni pitäminen, keskustelu ja kuuntelu voivat lievittää potilaan kokemaa ahdistusta. Myös potilaan perustarpeiden huomioiminen on tärkeää potilaan henkisen hyvinvoinnin kannalta. Henkistä ahdistusta saattavat helpottaa myös mielikuvaharjoitukset, joissa ajatukset viedään pois ahdistavista asioista ja keskitytään hetkeen.

*"Jos potilas on yksin ja on kovin ahdistuneen oloinen sit on siinä läsnä, pitää vaikka kädestä jos ei ole omaisia."*

*"...et sille ihmiselle tulee et mä oon siinä sua varten ja mä kuuntelen."*

Sairaanhoitajan toteuttamaan **kriisityöhön** kuuluvat alaluokat 1) kriisipsykologiaan liittyvä tieto ja 2) ohjaus kriisin eri vaiheissa. Kriisin eri vaiheiden tunnistaminen auttaa sairaanhoitajaa ymmärtämään potilaan käyttäytymistä ja tämän tunteita eri tilanteissa. Potilaan ohjaus on hyvä suhteuttaa siihen, missä vaiheessa kriisiä potilas on, sillä tämä vaikuttaa potilaan kykyyn ottaa tietoa vastaan.

*"Kriisityön, kriisin eri vaiheiden ymmärtäminen, että pystyy arvioimaan sitä, että missä vaiheessa ollaan menossa. Sairaus voi olla todella suurikin kriisi."*

*"Oikea-aikaisuus täytyy huomata, että milloin tarjota ja mitä, ja mitä he pystyvät ottamaan vastaan siinä tilanteessa."*

Potilaan **hengellisten tarpeiden huomiointi** sisältää alaluokat 1) kunnioitus eri uskontoja ja kulttuureita kohtaan, 2) tieto eri uskonnoista ja kulttuureista, 3) sairaalapastorille ohjaaminen ja 4) uskonnon harjoittamiseen osallistuminen. Potilaan hengellisyttä tulee kunnioittaa ja ottaa huomioon myös eri uskonnoista ja kulttuureista tulevien potilaiden erityistarpeet. Tieto eri uskonnoista helpottaa sairaanhoitajaa työskentelemään eri uskontokuntiin kuuluvien potilaiden ja heidän omaistensa kanssa. Uskonollisten tapojen merkitys voi tulla konkreettisesti esille esimerkiksi vainajan hyvästelyyn ja laittoon liittyvissä käytännöissä. Haastateltavien mukaan paras keino saada tietoa eri uskontojen tavoista on kysyä asiasta rohkeasti potilaalta tai hänen omaisiltaan. Potilaat ja omaiset kertovat usein mielellään uskonnostaan. Sairaanhoitaja voi tehdä yhteistyötä myös eri uskontokuntien edustajien kanssa ja saada heiltä tietoa käytännön asioihin liittyen. Mikäli potilas toivoo hengellistä keskusteluapua, tulee sairaanhoitajan osata ohjata potilas sairaalapastorin avun piiriin. Sairaanhoitaja voi myös osallistua uskonnon harjoittamiseen potilaan kanssa, mikäli potilas tätä toivoo eikä se ole vastoin sairaanhoitajan omaa vakaumusta. Esimerkiksi yhdessä rukoilu ja virsien laulaminen voivat toimia edellä mainittuna uskonnon harjoittamisena.

*"Järjestetään ja kunnioitetaan sitä heidän vakaumusta."*

*"Jos vain tulee jostain eri uskontokunnasta niin he kyllä yleensä ihmiset itsekin kauhean mielellään jakavat sitä tietoa ja kertovat mitä tapoja on."*

*"Joidenki kanssa oon luku Raamattua tai rukousta, mutta se on hyvin vähäistä. Enemmän aattelee että se sairaalapastori osaa tukea paremmin."*

### 5.1.3 Työskentely omaisten kanssa

**Työskentely omaisten kanssa** sisältää kaksi yläluokkaa: 1) omaisten tukeminen ja 2) omaisten ohjaaminen (Taulukko 5).

Taulukko 5. Työskentely omaisten kanssa

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
Työskentely omaisten kanssa	Omaisten tukeminen	Yhteistyö Kohtaaminen Huomioiminen potilaan kuoleman jälkeen
	Omaisten ohjaaminen	Hoitopäätösten perusteleminen Rehellisen tiedon välittäminen

**Omaisten tukeminen** sisältää alaluokat 1) yhteistyö, 2) kohtaaminen ja 3) huomioiminen potilaan kuoleman jälkeen. Potilaan joutuminen saattohoitoon voi olla omaisille hyvinkin vaikea tilanne, ja omaisten tukeminen ja toimiva yhteistyö heidän kanssaan onkin tärkeää paitsi omaisten myös saattohoitopotilaan hyvinvoinnin kannalta. Sairaanhoidajan tulee pyrkiä huomioimaan omaisten henkiset ja fyysiset tarpeet, kysyä kuinka he jaksavat ja osata tarvittaessa tarjota heille esimerkiksi keskusteluapua.

*"Ymmärrystä siitä että tosi tärkeä osa saattohoitoa on omaiset ja läheiset. Jostakin luin, että se ei ole silloin hyvää hoitoa jos me ei huomioida omaisia. Potilaskin voi paremmin jos se kokee et omaisilla on hyvä olla ja ne asettaa huomioon."*

*"Täytyy osata lukea omaista. Millä tyylillä hän haluaa, että kohdataan, onko se siinä kohtaa hyvä leikkii laskea vai sitten ottaa rauhassa, kuunnella tai puhua. Sen mukaan mikä se on vastapuoli."*

*"Varmaan kans tunnistaa niitä erilaisii tarpeita -- niinku meilläkin tarjota sitä yösi-jaa et on se mahdollisuus että voi jäädä omainen yöksi ja järjestellään huonejärjestelyjä ja muita että pystyy. Ruokailuja ja muita."*

Tukiessaan omaisia sairaanhoitajan tulee olla empaattinen, mutta silti muistaa säilyttää ammatillisuutensa. Sairaanhoidajalta vaaditaan myös tilannetajua omaisten kohtaamisessa. On tärkeää tunnistaa, milloin on esimerkiksi hyväksyttävää käyttää huumoria osana vuorovaikutusta ja milloin taas vakavampi lähestymistapa on parempi vaihtoehto.

Omaisten surun kohtaaminen voi olla sairaanhoitajalle haasteellista. Suru, pelko ja ahdistus luopumisesta voivat ilmetä negatiivisina tunteita ja esimerkiksi syyttelynä hoitajia kohtaan. Näihin negatiivisiin tunteisiin sairaanhoitajan tulisi kuitenkin pystyä suhtautumaan ammatillisesti ja ymmärtää menettämiseen liittyvät tunnereaktiot ja omaisten kriisi.

*"Ainakin rohkeutta, ettei pelkää kohdata sitä surua tai ahdistusta tai kielteisiä tunteita, että menee vaan rohkeasti siihen ja on läsnä."*

*"Ymmärrys siitä, että jos on haastavat omaiset jotka hyökkää hoitajia vastaan. Se voi olla siitä, että heillä on tosi kriisi päällä. Sen ymmärtäminenkin voi helpottaa, että se ei ole henkilökohtaisesti minua vastaa, vaan sitä että on vaikea tilanne joka on niin haastava heille. Eivätkä he halua hyväksyä, että omaisen kuolee."*

Suruviestin välittäminen omaisille vaatii hyviä vuorovaikutustaitoja. Potilaan kuoleman jälkeen omaisten kuuntelu, keskustelu ja tukeminen, mikäli omaiset sitä haluavat, on tärkeää. Omaisille tulee osata antaa aikaa hyvästelyyn ja suremiseen ennen kun potilaan kuolemaan liittyviä käytännön asioita aletaan järjestellä. Sairaanhoitajan tulee myös osata ohjata omaiset lisäävun pariin, mikäli he sitä tarvitsevat.

*"Jos tuntuu siltä että tarvitsee lisätukea, niin tulee ohjata sitten avun piiriin ja varmistaa että pärjäätkö sinä kotona ja onko sinulla siellä ketään kenen kanssa jutella vai oletko ihan yksin. Että se jatkuu ikään kuin se huolehtiminen sinne kohtiin asti."*

**Omaisten ohjaamiseen** kuuluvat alaluokat 1) hoitopäätösten perusteleva ja 2) rehellisen tiedon välittäminen. Hoitoa koskevat päätökset esimerkiksi potilaan neste- ja ravitsemushoitoon liittyen voivat herättää omaisissa voimakkaitakin tunteita. Omaisilla ei välttämättä ole hoitopäätöksiä koskien tarpeeksi tietoa tai ymmärrystä. Päätökset tulisikin perustella omaisille ymmärrettävästi. Tärkeää on myös tuoda esille potilaan etu: hoitolinjaukset pyritään aina tekemään potilaan hyväksi.

*"Heillä (omaisilla) voi olla ihan erilaiset näkökannat hoitamiseen kun meillä sit hoitoalan puolella. -- Se miten sais ne omaiset ymmärtää tavallaan, niinku sen potilaan edun."*

*"Et jos näyttää siltä, että tietyt toimenpiteet vain pitkittää sitä kärsimystä tai selailusta, että se ei tuo mitään hyvää siihen, niin sitten me voimme ohjata ja kertoa niitä asioita."*

Potilaan tilasta ja sen hetkisestä voinnista tulee kertoa omaisille rehellisesti ja realiteetit esiin tuoden. Rehellisyys voi auttaa omaisia myös potilaan kuolemaan valmistautumisessa. Omaisia ohjatessa voi joutua selittämään samoja asioita useita kertoja, sillä

vaikeassa tilanteessa olevat omaiset eivät välttämättä pysty ottamaan kaikkea tietoa kerralla vastaan. Sairaanhoidajalta vaaditaan myös kärsivällisyyttä sekä hyviä vuorovaikutustaitoja ohjaustilanteissa.

## 5.2 Osaamiseen vaikuttavat tekijät

### 5.2.1 Osaamista vahvistavat tekijät

**Osaamista vahvistavat tekijät** voidaan jakaa viiteen yläluokkaan: 1) sairaanhoidajaan liittyvät ominaisuudet, 2) sairaanhoidajan tietoperusta, 3) työnantajan tuki, 4) toimiva työyhteisö sekä 5) oman osaamisen kehittäminen (Taulukko 6).

Taulukko 6. Osaamista vahvistavat tekijät

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
<b>Osaamista vahvistavat tekijät</b>	Sairaanhoidajaan liittyvät ominaisuudet	Empatiakyky Vuorovaikutustaidot Kokemus Kiinnostuneisuus Omien tunteiden hallinta Omasta hyvinvoinnista huolehtiminen
	Sairaanhoidajan tietoperusta	Tieto eri sairauksista Tieto kivun fysiologiasta Tieto farmakologiasta Tieto palvelujärjestelmästä
	Työnantajan tuki	Työssä jaksamisen tukeminen Lisäkoulutuksen järjestäminen
	Toimiva työyhteisö	Informaation kulku Yhteinen näkemys potilaan hyvästä Toimiva yhteistyö eri ammattiryhmien välillä

	Oman osaamisen kehittäminen	Kirjallisuus Koulutukset Työtovereiden esikuva
--	-----------------------------	--

**Sairaanhoitajaan liittyvät ominaisuudet** voidaan jakaa kuuteen alaluokkaan: 1) empatiakyky, 2) vuorovaikutustaidot, 3) kokemus, 4) kiinnostuneisuus, 5) omien tunteiden hallinta sekä 6) omasta hyvinvoinnista huolehtiminen. Sairaanhoitajalla tulee olla kykyä kohdata potilas ja tämän omaiset, antaa heille aikaansa, olla paikalla potilasta ja omaisia varten ja luoda olemuksellaan rauhallinen ilmapiiri. Sairaanhoitajan tulee myös osata asettua potilaan ja tämän omaisten asemaan. Vuorovaikutustaidot korostuvat saattohoitajan työssä, sillä saattohoitotyön keskiössä ovat henkisen tuen antaminen, läsnäolo, keskustelu ja kuuntelu. Sairaanhoitajalla tulee olla rohkeutta ja taitoa erilaisten ihmisten kohtaamiseen.

*"Empatiakyky on ehdottoman tärkeä, että pystyy asettumaan siihen potilaan sekä omaisen rooliin."*

*"Vuorovaikutustaidot ja herkkyys havaita tiettyjä asioita potilaasta ja omaisista."*

*"Asenne ja se rauha keskittyy siihen potilaaseen ja kuunnella."*

Työn kautta saatu kokemus vahvistaa osaamista ja helpottaa vaikeissakin työtilanteissa toimimista. Myös elämäkokemus tuo varmuutta työhön, erityisesti ihmisten kohtaamiseen ja heidän tukemiseensa. Aito kiinnostuneisuus työhön ja ihmisiin näkyy myös työn laadussa. Kun on kiinnostunut tekemästään työstä, haluaa myös oppia lisää. Kiinnostuneisuuden myötä myös asenne työntekoon on positiivisempi.

*"Kiinnostus työtä kohtaan, sitten haluaa oppiakin tästä lisää."*

Omien tunteiden hallinta saattohoitotyössä on tärkeää. Sairaanhoitajalta vaaditaan hyvää stressin- ja paineensietokykyä, kärsivällisyyttä ja priorisointikykyä. Sairaanhoitajan tulee olla empaattinen, mutta silti pystyä pitämään omat tunteensa erillään potilaan ja omaisten tunteista.

*"Täällä se on vaikeinta just se, että ottaa ihan rennosti ja istahtaa aina alas juttelemaan omaisten ja potilaitten kanssa, vaikka koko ajan mieltii että se ja se ja se asia on vielä tekemättä ja että seuraavaksi pitää juosta äkkii kattomaan yhtä potilasta vielä ja sitten mennä jakaa lääkkeitä. Ja koko ajan pitäisi kuitenkin olla seläi kiireetön tuntu kuitenkin."*

*"Jos jonkun potilaan vointi romahtaa yhtäkkiä niin sekä potilas et omaiset voi vaatia sen yhden hoitajan huomion pitkäksikin aika siinä työvuorossa. Sit vaan pitää jotenkin pystyä ne muut asiat siellä sitten."*

*"Eikä sekään oo niinku väärin vaikka hoitajalla tulis joskus pieni kyynel silmään, kuolematilanteessa tai muuta. Kun meilläkin on joskus joitain potilaita, perheitä yllättävän pitkäänkin niin kyllä silleen erilailla saattaa koskettaa se kuolematilanne esimerkiksi. Tietysti se et ei sekään saa mennä liiallisuuksiin sit hoitajalla."*

Omasta hyvinvoinnista huolehtiminen liittyy vahvasti työssä jaksamiseen. Vapaa-ajan on hyvä olla virikkeellistä sisältäen harrastuksia tai muita mieluisia asioita, jotka vievät ajatukset pois työstä ja antavat energiaa. Työssä jaksamista ja omaa hyvinvointia tukevat myös huumori sekä kollegoiden tuki työpaikalla.

Sairaanhoitajan **hyvä tietoperusta** turvaa hoidon laatua. Tietoa tulee olla haastateltavien mukaan 1) eri sairauksista, 2) kivusta ja sen fysiologiasta, 3) farmakologiasta sekä 4) palvelujärjestelmästä. Eri sairauksien kohdalla on hyvä tietää, kuinka sairaus tyypillisesti etenee ja aiheuttaako sairaus erityisvaatimuksia potilaan saattohoidolle. Sairaanhoitajan tulee myös tietää, miten sairaus vaikuttaa kipuun ja potilaan fyysiseen toimintakykyyn sekä kuinka toimintakyvyn rajoitteet tulee huomioida potilaan hoidossa. Kivun fysiologiasta on hyvä ymmärtää etenkin fyysisen ja psyykkisen kivun yhteys toisiinsa. On tärkeää huomata, jos potilas kärsii peloista tai ahdistuksesta, sillä ne voivat voimistaa potilaan kipukokemusta. Farmakologinen tietämys lääkehoitoa toteuttaessa on välttämätöntä. Sairaanhoitajan tulee tietää, minkä tyylisillä lääkkeillä potilaita lääkitään, kuinka eri lääkkeet vaikuttavat ja mitkä ovat niiden tyypillisimmät sivu- ja haittavaikutukset. Hänen tulee tietää, mihin eri lääkkeitä käytetään ja missä muodoissa lääkkeet voidaan antaa eri potilaille. Sairaanhoitaja tarvitsee tietoa palvelujärjestelmästä esimerkiksi tilanteissa, joissa potilas voidaan vielä kotiuttaa, jotta potilaalle voidaan järjestää kotiin riittävä tuki.

**Työnantajan tuella** on myös suuri merkitys. Työnantajan tukeen kuuluvat 1) työssä jaksamisen tukeminen ja 2) lisäkoulutuksen järjestäminen. Työnantajan järjestämä työnohjaus ja lisä- ja täydennyskoulutukseen hakeutumisen mahdollistaminen tukevat niin osaamista kuin työssä jaksamista.

*"Tietysti työnantajan tuki. On äärimmäisen tärkeää että työnantaja tukee osaamista ja ennen kaikkea jaksamista tässä työssä."*

*"Työnantaja antaa mahdollisuuksia siihen oppimiseen ja järjestää koulutuksia tai pääsyn koulutukseen."*

**Toimiva työyhteisö** sisältää alaluokat 1) informaation kulku, 2) yhteinen näkemys potilaan hyvästä sekä 3) toimiva yhteistyö eri ammattiryhmien välillä. Potilasta koskevan

informaation tulisi kulkea hoitoon osallistuvien ammattiryhmien välillä saumattomasti. Informaation kulku mahdollistetaan vuororaporteilla, palavereilla, viikoittaisilla moniammatillisilla tiimipalavereilla, puhelimitse ja potilaspostin avulla.

Kaikilla potilaan hoitoon osallistuvilla tulisi olla yhteinen näkemys potilaan hyvästä. Yhteinen näkemys parantaa yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä. Kunnioitus työtovereita kohtaan sekä työyhteisön keskinäinen tuki lisäävät yhteistyön toimivuutta. Eri ammattiryhmien toimenkuvista on tärkeä olla tietoinen.

“Sun täytyy sairaanhoitajana osata tietää että mikä on sun oma työnkuvasi ja mikä on toisen.”

”Täytyy kunnioittaa sitä työkaveria ehdottomasti.”

**Oman osaamisen kehittäminen** sisältää alaluokkina 1) kirjallisuuden, 2) koulutukset sekä 3) työtovereiden esikuvan. Ammattikorkeakoulussa saatu osaaminen ei aina ole riittävää. Haastatteluissa kävi ilmi, että varsinkin kivunhoidon hallitseminen saattohoitotyössä vaatii enemmän tietoa kuin ammattikorkeakoulusta valmistuneella sairaanhoitajalla on töihin tullessaan. Osastot perehdyttävätkin sairaanhoitajansa saattohoito-osastolla vaadittavan kivunhoidon toteuttamiseen. Haastateltavat hankkivat tietoa saattohoitotyöhön liittyen esimerkiksi alan kirjallisuudesta itsenäisesti lukien tai erilaisten koulutusten kautta. Koulutuksia toivottaisiin järjestettävän työnantajan puolesta enemmän. Myös työtovereilta saadaan arvokasta tietoa, ja työtoverit voivatkin toimia ammatillisina esikuvina hyvässä saattohoitotyössä.

## 5.2.2 Osaamista heikentävät tekijät

**Osaamista heikentävät tekijät** sisältävät kaksi yläluokkaa: 1) resurssien puute ja 2) puutteet moniammatillisessa yhteistyössä (Taulukko 7).

Taulukko 7. Osaamista heikentävät tekijät

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
Osaamista heikentävät tekijät	Resurssien puute	Taloudellisten resurssien puute Osaamisen puute
	Puutteet moniammatillisessa yhteistyössä	Eri ammattiryhmien edustajien riittämättömyys Sairaanhoitajan näkemyksen kunnioittamattomuus

**Resurssien puutteeseen** liittyvät niin 1) taloudellisten resurssien kuin 2) osaamisen puute. Suuret potilasmäärät ja hoitajien vähyys johtavat kiireeseen, joka ei voi olla vaikuttamatta hoitoon. Henkilökunnan vaihtuvuus heikentää osaamista. Koulutusta tarvittaisiin enemmän erityisesti psykososiaalisen tuen antamiseen, omaisten kohtaamiseen sekä vuorovaikutuksellisuuden kehittämiseen.

*"Vastataan nyt ihan rehellisesti ja suoraan että on hirvittävän vähän hoitajia ja kamala kiire, paljon potilaita. Sille ei vaan mahda mitään, mutta se on totuus."*

*"Koulutuksia tarvittaisiin ja tosiaan sitä että joku tukee meitä jaksamaan."*

Osaamiseen heikentävästi vaikuttavana tekijänä toimivat myös **puutteet moniammatillisessa yhteistyössä**. Näihin vaikuttivat 1) eri ammattiryhmien edustajien riittämättömyys ja 2) sairaanhoitajan näkemyksen kunnioittamattomuus. Moniammatillisen yhteistyön toivottiin olevan tiiviimpää ja potilaan osallistuvia ammattilaisia toivottiin olevan paremmin käytettävissä. Myös eri ammattiryhmien antamaa aikaa potilaille toivottiin enemmän.

*"Että ois enemmän fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja ja niin kuin että se olisi tiiviimpää se yhteistyö. Myöskin lääkärin kanssa."*

*"Ja se vaikka me kuinka tuodaan sitä et se tavallaan sit moniammatillinen yhteistyö ei toimi. Et sitä meidän näkemystä ei niinkun noteerata tai kunnioiteta tai arvosteta."*

## 6 Pohdinta

### 6.1 Tulosten tarkastelu

Potilaan fyysinen ja psyykinen hoito sekä omaisten kanssa toimiminen nousivat keskeisiksi teemoiksi jokaisessa tutkimushaastattelussa. Etenkin vankkaa kliinisten taitojen osaamista, kivunhoidon hallintaa sekä potilaan ja omaisten psykososiaalista tukea ja ohjausta koskevat osaamisalueet koettiin tärkeiksi. Kun tarkastellaan haastatteluissa esille nousseita pääluokkia suhteessa aiemmassa tutkimuksessa määriteltyihin ydin-kompetensseihin ja tärkeimpiin osaamisalueisiin (Desbiens 2011; Slåtten ym. 2010; White ym. 2012; 2014), voidaan todeta, että opinnäytetyön tulokset olivat linjassa kansainvälisen tutkimuksen kanssa. Vankan kliinisen osaamisen merkitys tuotiin esiin kompetensseihin keskittyvien kansainvälisten tutkimusten lisäksi myös mm. Anttosen (2009) ja Tormän (2010) artikkeleissa.

White (2014) ja Desbiens (2011) nostivat esille sairaanhoitajien saattohoidon toteuttamiseen liittyvien lainopillisten kysymysten tuntemuksen, mikä opinnäytetyöhön liittyvässä haastatteluissa ei juurikaan noussut esille. Tämä voi johtua siitä, että Suomessa on erilainen kulttuuri lainsäädännöllisiin seikkoihin liittyen verrattuna Yhdysvaltoihin ja Kanadaan. Toisaalta sairaanhoitajan toimenkuva on Suomessa tarkoin lain ja asetuksin määritelty ja toiminee kiinteänä osana sairaanhoitajan ammatillista identiteettiä, vaikka se ei jokapäiväisessä hoitotyössä aktiivisesti nousisikaan esille.

Potilaan hengellisten tarpeiden huomioiminen luokiteltiin sisällönanalyyssissä potilaan psyykkiseen hoitoon liittyväksi yläluokaksi, vaikka hengellisyyden voitaisiin toisaalta katsoa olevan oma pääluokkansa ja toimivaan erillään psyykkisestä osa-alueesta. Useissa ulkomaisissa tutkimuksissa potilaan hengellisten tarpeiden huomioiminen nousikin tärkeäksi osaamisalueeksi (mm. White ym. 2012; 2014; Desbiens 2011).

Osaamista vahvistaville ja heikentäville tekijöille löytyi yhtäläisyyksiä aiemmasta tutkimuksesta. Sisällönanalyyssissä muodostuneet yläluokat ”sairaanhoitajan tietoperusta” sekä ”toimiva työyhteisö” nousivat etenkin Slåttenin (2010) tutkimuksessa esille osaamista vahvistavina tekijöinä. Vankka tietoperusta saattohoitoon liittyen katsottiin yhdeksi tärkeimmistä ydinkompetensseista myös Whiten tutkimuksissa (2012; 2014). Moirin ym. tutkimuksessa (2014) riittävä tietämys saattohoidosta katsottiin välttämättömäksi

ohjausosaamisen toteutumiselle. McCourt ym. (2013) katsoo tiedon puutteen estävän kokonaisvaltaisen saattohoidon toteutumista ja toimivan näin osaamista heikentävänä tekijänä. Sama ilmiö on havaittu Terhokodissa hoidettujen potilaiden omaisten haastatteluissa (Anttonen 2009). Tiedon puutteen voidaan katsoa olevan myös resurssikysymys: tiukassa taloudellisessa tilanteessa koulutusten järjestämisestä voidaan karsia. Slåtten (2010) tuo tutkimuksessaan esille myös ajankäytön riittämättömyyden, mikä tuli ilmi myös tutkimushaastatteluissa.

Käypä hoito –suosituksessa (2012) tuotiin esille potilaan ali- ja ylihoito. Vaikka kyseisistä termeistä ei sisällönanalyyseissä omia ylä- ja alaluokkia muodostunut, ne tulivat haastatteluissa esille. Haastatteluissa tuli ilmi, että eriävät näkemykset potilaan parhaasta omaisten ja hoitohenkilökunnan välillä saattoivat johtaa ali- tai ylihoitotilanteisiin. Potilaan omaiset saattavat vaatia aktiivisempia hoitolinjauksia, vaikka ne eivät toimitakaan potilaan parhaaksi. Toisaalta omaiset saattoivat nähdä potilaan tilanteen parempana kuin se todellisuudessa oli. Edellä mainittuja tilanteita voitaisiin ehkäistä kommunikaatio- ja ohjausosaamista kehittämällä.

Saattohoidon koulutuksen merkitystä korostettiin tutkimushaastatteluissa. Koulutuksen järjestäminen tukee myös haastateltavien mukaan sairaanhoitajan tietopohjan kehittämistä, työssä jaksamista ja osaamista. Koulutuksen merkitys tuodaan esille myös Desbiensin ym. (2011) ja Whiten ym. (2011; 2012; 2014) tutkimuksissa osaamista vahvistavana tekijänä. Tutkimushaastatteluissa kävi ilmi, että koulutuksia toivottaisiin järjestettävän enemmän. Koulutuksiin hakeutuminen saattoi riippua myös pelkästään yksittäisen sairaanhoitajan mielenkiinnosta. Myös Törmä (2010) kuvaa koulutuksen tärkeyttä ja toisaalta haastatteluissakin esille nousutta ilmiötä koulutusten järjestämisen riittämättömyydestä. Sosiaali- ja terveysministeriö on myös painottanut koulutuksen tärkeyttä sairaanhoitajien palliatiivisen hoitotyön osaamisessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a: 20).

Haastatteluissa kävi ilmi, että tietoa syöpäsairaiden saattohoidosta on nykyään hyvin saatavilla. Koska syöpäsairaat ovat merkittävä potilasryhmä saattohoidossa, on tämä viesti positiivinen. Toisaalta haastateltavat toivat esille, että tietoa muiden potilasryhmien, esimerkiksi ALS- ja Alzheimer-potilaiden saattohoidosta, tulisi olla saatavilla enemmän. Myös ETENE:n selvityksessä suomalaisen saattohoidon tilanteesta vuonna 2012 käy ilmi, että suomalaisissa saattohoitosuunnitelmissa eri potilasryhmät tulevat liian vähän esille. (ETENE 2012)

Sekä Slåtten että Anttonen tuovat esille resurssien riittämättömyyden vaikutuksen laadukkaan saattohoidon toteuttamiseen (Anttonen ym. 2009: 45; Slåtten ym. 2010: 85). Opinnäytetyössä saadut tutkimustulokset vahvistavat tätä näkemystä: resurssien puute mainittiin jokaisessa haastattelussa tärkeimmäksi saattohoidon osaamista rajoittavaksi tekijäksi.

## 6.2 Tutkimuksen eettisyys

Tieteellisen tutkimuksen teon perusedellytys on, että tutkija kykenee arvioimaan tekemäänsä tutkimusta eettisesti. Eettinen ajattelu on kykyä pohtia oikeaa ja väärää omien ja yhteisön arvojen kautta. Tutkija on vastuussa itselleen, toisille yhteisölle ja yhteiskunnalle tekemistään eettisistä ratkaisuista tutkimusta koskien. Eettiset ratkaisut ovat merkityksellisiä etenkin tieteenaloilla, joissa tutkimuksen tietolähteenä tai tutkimuksen kohteena on ihminen. Tutkimuksen tulee olla eettisesti kestävää jokaisessa tutkimusprosessin vaiheessa. (Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2014: 361-362).

Tutkimusetiikkaa ohjaavat erilaiset normit, ja myös lainsäädäntö ohjaa eettistä tutkimusta. Niin kutsuttu Nürnbergin säännöstö ja sitä seurannut Maailman lääkäriiliiton Helsingin julistus toimivat pohjana myös muiden tieteenalojen eettiselle normistolle (Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007: 137-138.). Suomessa tutkimusetiikan laatua turvaa mm. tutkimuseettinen neuvottelukunta, joka on laatinut hyvän tieteellisen käytännön ja sen loukkausten ohjeet (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Tutkimuksen tekijän tulee olla rehellinen, huolellinen ja tarkka, tutkimusprosessin eri vaiheiden sekä raportoinnin tulee olla tieteellisesti ja eettisesti kestävää ja tutkimuksen julkaisun avointa. Tutkimuseettiset loukkaukset koskevat piittaamattomuutta hyvästä tieteellisestä käytännöstä sekä vilppiä. Muiden tutkijoiden osuutta ei tule vähätellä omassa tutkimuksessa, eikä viittauksia aikaisempaan tutkimukseen laiminlyödä. (Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2012: 364-365).

Sairaanhoitajien saattohoito-osaamisen selvittäminen katsottiin tieteellisesti mielekkääksi ja eettisesti perustelluksi aiheeksi. Tutkimuksen katsottiin kehittävä hoidotyötä ja olevan näin myös yhteiskunnallisesti merkittävää. Voidaan katsoa, että tutkimus lisäsi yhteistä hyvää tuottamalla uutta tietoa, joka parantaa saattohoitopotilaiden hoidon laatua. Tutkimuksen tietoperustaa koskeva aineisto valittiin huolellisesti ja sitä lähdettiin analysoimaan tutkimuskysymysten pohjalta. Aineiston lähteiksi hyväksyttiin vain tieteellisiä julkaisuja. Tietolähteiden määrä ja laatu katsottiin riittäväksi ammattikorkeakoulun

opinnäytetyön laajuiselle tutkimukselle. (Leino-Kilpi – Välimäki 2012: 366-367; Kankkunen, Päivi – Vehviläinen, Päivi – Julkunen, Katri 2009: 176; Kylmä-Juvakka 2007: 144.)

Tutkimukseen haettiin luvat Helsingin ja Vantaan kaupungeilta ja tutkimuslupia varten laadittiin tutkimussuunnitelma. Tutkimuksen kohteena toimivat terveydenhuollon ammattihenkilöt, joiden ei katsottu olevan erityisen haavoittuva ryhmä. Näin ollen eettiseltä toimikunnalta ei ollut tarpeen hakea erillisiä tutkimuslupia. Tutkimusaihe ei ollut erityisen sensitiivinen, mutta haittojen ja epämukavuuksien ehkäisyyn kiinnitettiin huomiota tutkimusprosessin eri vaiheissa. Tutkimukseen osallistuvia informoitiin tiedotteella ennen tutkimusta ja osallistumisen vapaaehtoisuutta painotettiin. Tutkimukseen osallistujille kerrottiin mahdollisuudesta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä tahansa tutkimusprosessin vaiheessa ja että keskeyttäminen ei millään muotoa vaikuta esimerkiksi osallistujan kohteluun työssään. Tutkimukseen osallistuvia henkilöitä kohdeltiin kunnioittavasti, rehellisesti ja oikeudenmukaisesti. (Kylmä – Juvakka 2007: 145-147; 149-150.)

Tutkimustulosten raportoinnissa pyrittiin rehellisyyteen, avoimuuteen ja tarkkuuteen. Yksittäisen sairaanhoitajan antamia tietoja tai tutkimukseen osallistuvien sairaaloiden nimiä ei tuotu tutkimuksessa esille, eikä yksittäinen tutkimukseen osallistuja siten ollut tutkimuksesta tunnistettavissa. Kaikki tutkimukseen liittyvä tieto pidettiin salassa ja oli vain tutkijoiden sekä tutkimuksen ohjaajan käytettävissä. Tutkimus julkaistaan Theseus-tietokannassa ([www.theseus.fi](http://www.theseus.fi)), joka toimii ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden julkaisukanavana verkossa. Opinnäytetyön tuloksia tullaan esittelemään osastotunnin muodossa ja opinnäytetyö tullaan lähettämään tutkimukseen osallistuneille osastoille sekä tutkimusluvat myöntäneille organisaatioille. (Kylmä-Juvakka 2007: 154; Leino-Kilpi – Välimäki 2012: 367-369; Vehviläinen – Julkunen 2009: 177.)

### 6.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tieteellisen tutkimustiedon tulee pyrkiä mahdollisimman suureen luotettavuuteen. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida käyttämällä apuna laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä. Luotettavuuskriteerit ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä – Juvakka 2007: 127.)

Tutkimuksen uskottavuutta arvioitiin keskustelemalla tutkimusprosessista toisten samankaltaista tutkimusta tekevien opiskelijoiden kanssa opinnäytetyöseminaareissa.

Tutkimuksen tekoon käytettiin huolellisesti aikaa, mikä osaltaan lisää tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksessa haastateltiin hoitotyön ammattilaisia, joiden voidaan katsovan toimivan asiantuntijoina alallaan. Tutkijat työskentelivät tutkimusprosessin aikana myös itse saattohoitotyön parissa, mikä lisäsi ymmärrystä tutkimusta kohtaan. Tutkimuksen uskottavuutta olisi lisännyt, jos tuloksia olisi arvioitu niiden muodostuksen jälkeen esimerkiksi haastateltavien tai heistä muodostetun pienemmän joukon kanssa. (Kylmä – Juvakka 2007: 127.)

Tutkimuksen vahvistettavuuden takaamiseksi tutkimusprosessia kuvattiin ja kirjattiin huolellisesti sen eri vaiheissa ja sitä tarkasteltiin seminaaritalaisuuksissa. Laadulliselle tutkimukselle on sallittua, että tutkimustulos on yksittäinen totuus useampien totuuksien joukossa, joten vahvistettavuudelle ei välttämättä aiheuta ongelmaa se, että lukija tulisi samastakaan aineistosta yhtäläisiin tulkintoihin tutkijoiden kanssa. Tutkimus pyrittiin raportoimaan niin, että lukija pystyy seuraamaan prosessin kulkua ongelmitta. Sekä kirjoitusprosessin aikana että tutkimuksen valmistuttua tehtiin ajoja Turnitin-järjestelmän kautta, joka tunnistaa plagioidun tekstin. Turnitin-ajon tuli olla hyväksyttävästi ja riittävän pienellä yhtäläisyysprosentilla aikaisempaan julkaistuun tekstiin varmistettu ennen tutkimuksen arvioimista. (Kylmä – Juvakka 2007: 129.)

Reflektiivisyys edellyttää tutkijalta kykyä ymmärtää omat lähtökohtansa tutkimuksen tekoon liittyen (Kylmä – Juvakka 2007: 129). Tutkimusprosessin eri vaiheisiin sisältyi tekijöitä, joilla oli merkitystä tutkimuksen lopputulokseen. Opinnäytetyö toteutettiin parityönä, joten työn alusta alkaen oli tärkeää määrittää yhteiset lähtökohdat työn tarkoituksesta ja tavoitteista ja pohtia niitä yhdessä myös pitkin tutkimusprosessia. Opinnäytetyön eri vaiheet toteutettiin tiiviinä yhteistyönä, ja esimerkiksi sisällönanalyysin teko- vaiheessa yhteiset keskustelut aineiston luokitteluun liittyen tuottivat ideoita ja ajatuksia, jotka olisivat voineet jäädä ilman vastavuoroista keskustelua syntymättä. Toisaalta myös kompromissiratkaisuja jouduttiin tekemään. Tutkimushaastatteluiden litterointi tehtiin huolellisesti, jotta tutkittavien ääni pääsisi mahdollisimman luotettavasti kuuluviin.

Tutkimuksen siirrettävyyttä arvioitaessa tulee selvittää, voiko tutkimuksen tuloksia siirtää muihin vastaaviin tilanteisiin (Kylmä – Juvakka 2007: 129). Tutkimuksessa haastateltiin hoitotyön ammattilaisia, joiden voidaan katsovan toimivan asiantuntijoina alallaan. Toisaalta haastatteluryhmät olivat pieniä (3, 4 ja 3 henkilöä), joten aineisto jäi

suppeaksi. Tutkimusryhmä koostui kahdesta henkilöstä, jotka päätyivät yhtäläisiin lopputuloksiin tuloksia analysoidessaan.

Tutkimusprosessin eri vaiheita tarkastelemalla on myös mahdollista arvioida tutkimuksen luotettavuutta. Opinnäytetyössä pyrittiin vastaamaan jokaisen tutkimusprosessin vaiheeseen kuuluviin peruskysymyksiin, ja opinnäytetyöhön liittyvät keskeiset käsitteet pyrittiin avaamaan huolellisesti. Tutkimusprosessin eteneminen ja siihen liittyvät ratkaisut perusteluineen pyrittiin kuvaamaan opinnäytetyössä tarkasti ja johdonmukaisesti. (Kylmä – Juvakka 2007: 130-133.)

#### 6.4 Johtopäätökset

Suomessa ei aiemmin ole tehty tieteellistä tutkimusta sairaanhoitajien saattohoito-osaamiseen liittyen, eikä aihe ole kansainvälisestikään vielä kovinkaan tunnettu. Väestön elinaikaodotusten pidentyessä ja sairauksien hoidon kehittyessä saattohoidon merkitys hoitotyössä tulee väistämättä kasvamaan, joten saattohoito-osaamiseen liittyvää tutkimusta tullaan tarvitaan lisää.

Tutkimuksemme koski kolmiportaisen saattohoitomallin keskimmäistä tasoa. Saattohoitomallin keskimäinen taso vastaa paitsi erikoistason saattohoidon toteuttamisesta, myös alueellisesta saattohoidon konsultoinnista, mikä lisää osaamisalueiden määrityksen tärkeyttä. Vaikka tutkimuksemme keskittyikin saattohoitomallin keskimmäiseen tasoon, on mallin jokaisella asteella merkityksensä laadukkaan saattohoidon toteuttamisessa. Saattohoitomallin eri portaiden osaamisvaatimuksia olisikin hyvä täsmentää. Huomionarvoinen kysymys on, miten tuleva sosiaali- ja terveystalouden uudistus tulee vaikuttamaan saattohoidon järjestämiseen.

Sekä aiempi tieteellinen tutkimus että opinnäytetyön tulokset toivat esille, että jatko- ja täydennyskoulutuksen järjestäminen vahvistaa osaamista. Saattohoito-osaamista koskeva jatkotutkimus toisi arvokasta tietoa hoitotyön perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksen kehittämistä ajatellen. Opinnäytetyön tulokset tukivat aiempia tutkimustuloksia työnantajan tuen merkityksestä koulutuksen järjestämiselle ja työssä jaksamiselle, joilla kummallakin on osaamiseen positiivinen vaikutus. Tätä tietoa voidaan hyödyntää esimerkiksi hoitotyön johtamisen näkökulmasta.

## Lähteet

- Anttonen – Kvist – Nikkonen 2009. Omaisten arvioima saattohoidon laatu Terhokodissa. *Hoitotiede* 21 (1), 45-53.
- Becker, Robert 2004. Education in cancer and palliative care: an international perspective. Foyle, L, Hostad J., eds. *Delivering Cancer and Palliative Care Education*. Oxford: Radcliffe Press.
- Becker, Robert 2007. The use of Competencies in Cancer and Palliative Education. Foyle, L, Hostad J., eds. *Innovations Cancer and Palliative Care Education*. Oxford : Radcliffe Press.
- Desbiens, Jean-François 2011. Development of the Palliative Care Nursing Selfcompetence Scale. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 13 (4). 230-241.
- Eriksson, Elina – Korhonen, Teija – Merasto, Merja – Moisio, Eeva-Liisa 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus-hanke. Porvoo: Bookwell Oy.
- Eskola, Jari – Suoranta, Juha 2014: *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.
- ETENE 2003. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio ETENE-julkaisuja 8. Verkkodokumentti. <<http://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a>>. Luettu 20.9.2015.
- ETENE 2012. Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012 - Suunnitelmat ja toteutus. ETENE-julkaisuja 36. Verkkodokumentti. <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3270-8>>. Luettu 20.9.2015.
- Euroopan ihmisoikeussopimus 63/1999. Annettu Helsingissä 20.5.1999.
- Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2003/59/EY. Annettu Brysselissä 15.7.2003.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2011. Saattohoito HYKS sairaanhoitoalueella 2011. HYKS-alueen saattohoitotyöryhmän muistio. Verkkodokumentti. <[http://www.hus.fi/ammattilaiselle/hoitoketjut/paakaupunkiseudun\\_saattohoitoketju/Documents/HYKS\\_saattohoitotyoryhman\\_muistio\\_110916.pdf](http://www.hus.fi/ammattilaiselle/hoitoketjut/paakaupunkiseudun_saattohoitoketju/Documents/HYKS_saattohoitotyoryhman_muistio_110916.pdf)>. Luettu 20.9.2015.
- Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2000. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2007. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 1997. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2008. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hänninen Juha 2010. Kuinka kuolla. Aikakauskirja Duodecim 126 (3): 283-7.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WsoyPro.

Kuparinen, Milla 2014. Saattohoito. Kustannus Oy Duodecim. Verkkodokumentti.  
<[http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk01690&p\\_haku=saattohoito](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk01690&p_haku=saattohoito)>. Luettu 4.11.2015.

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Käypä hoito 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Verkkodokumentti.  
<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50063>>. Luettu 28.11.2016.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992.

Lehto, Essi 2015. Suomalainen kuolema on vasta maailman 20:nneksi paras – kärjessä Britannia. Helsingin sanomat. Verkkodokumentti.  
<<http://www.hs.fi/hyvinvointi/a1444616637262>>. Luettu 1.11.2015.

Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2012. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: SanomaPro Oy.

Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: SanomaPro Oy.

McCourt, Roisin – Power, John James – Glackin, Marie 2013. General nurses' experiences of end-of-life care in the acute hospital setting: a literature review. International Journal of Palliative Nursing 19 (10). 510-516.

Moir, Cheryl – Roberts, Renee – Martz, Kim – Perry, Judith – Tivis, Laura J. 2015. Communicating with patients and their families about palliative and end-of-life care: comfort and educational needs of nurses. International Journal of Palliative Nursing 21 (3). 109-11.

National Consensus Project for Quality Palliative Care 2016. Verkkodokumentti.  
<<http://www.nationalconsensusproject.org>>. Luettu 28.11.2016.

Rainio, Juha – Rätty, Tarja 2015. Somaattinen erikoissairaanhoito 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti.  
<[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125551/Tr01\\_15\\_raportti\\_fi\\_sv\\_en.pdf?sequence=4](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125551/Tr01_15_raportti_fi_sv_en.pdf?sequence=4)>. Luettu 1.11.2015.

Riikola, Teija – Hänninen, Juha 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Suositus - Käypä Hoito. Duodecim. Verkkodokumentti.  
<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00072#s14>>. Luettu 11.11.2016.

Saarto, Tiina 2013. Oireenmukaisen hoidon ajoitus syöpätaudeissa. Kustannus Oy Duodecim. Verkkodokumentti. <[http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=syt00758&p\\_haku=saattohoito](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=syt00758&p_haku=saattohoito)>. Luettu 4.11.2015.

Sairaanhoitajan ammatilliset kompetenssit. Savonia Ammattikorkeakoulu. Verkkodokumentti. <[http://webd.savonia.fi/nettiops/Sairaanhoitajankompetenssit\\_TE11S.pdf](http://webd.savonia.fi/nettiops/Sairaanhoitajankompetenssit_TE11S.pdf)>. Luettu 4.11.2015.

Sairaanhoitotyön tutkinto-ohjelma, Sairaanhoitaja (AMK): 210 op 2015. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Verkkodokumentti. <<http://opinto-opasops.metropolia.fi/index.php/fi/88094/fi/70320>> Luettu 4.11.2015.

Slåtten, Kari – Fagerström, Lisbeth – Hatlevik, Ove Edvard 2010. Clinical competence in palliative nursing in Norway: the importance of good care routines. *International Journal of Palliative Nursing* 16 (2). 80-86.

Suomen perustuslaki 731/1999. Annettu Helsingissä 11.6.1999.

Suomen Syöpärekisteri 2015: Helsinki ja Uusimaa. Verkkodokumentti. <<http://www.cancer.fi/syoparekisteri/tilastot/ajantasaiset-perustaulukot/helsinki-jauusimaa/>>. Luettu 1.11.2015.

Suomen virallinen tilasto (SVT) 2014: Kuolemansyyt vuonna 2013. Helsinki: Tilastokeskus. Verkkojulkaisu. <[http://www.tilastokeskus.fi/til/ksyyt/2013/ksyyt\\_2013\\_2014-12-30\\_kat\\_001\\_fi.html](http://www.tilastokeskus.fi/til/ksyyt/2013/ksyyt_2013_2014-12-30_kat_001_fi.html)>. Luettu 30.10.2015.

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

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Verkkojulkaisu. <<http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje>> Luettu 28.11.2016.

Törmä, Sirpa 2010. Ammatillisen kasvun näkymä saattohoitajan työssä. *Aikuiskasvatus* 1. 30-39.

Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 1129/2014. Annettu Helsingissä 18.10.2014.

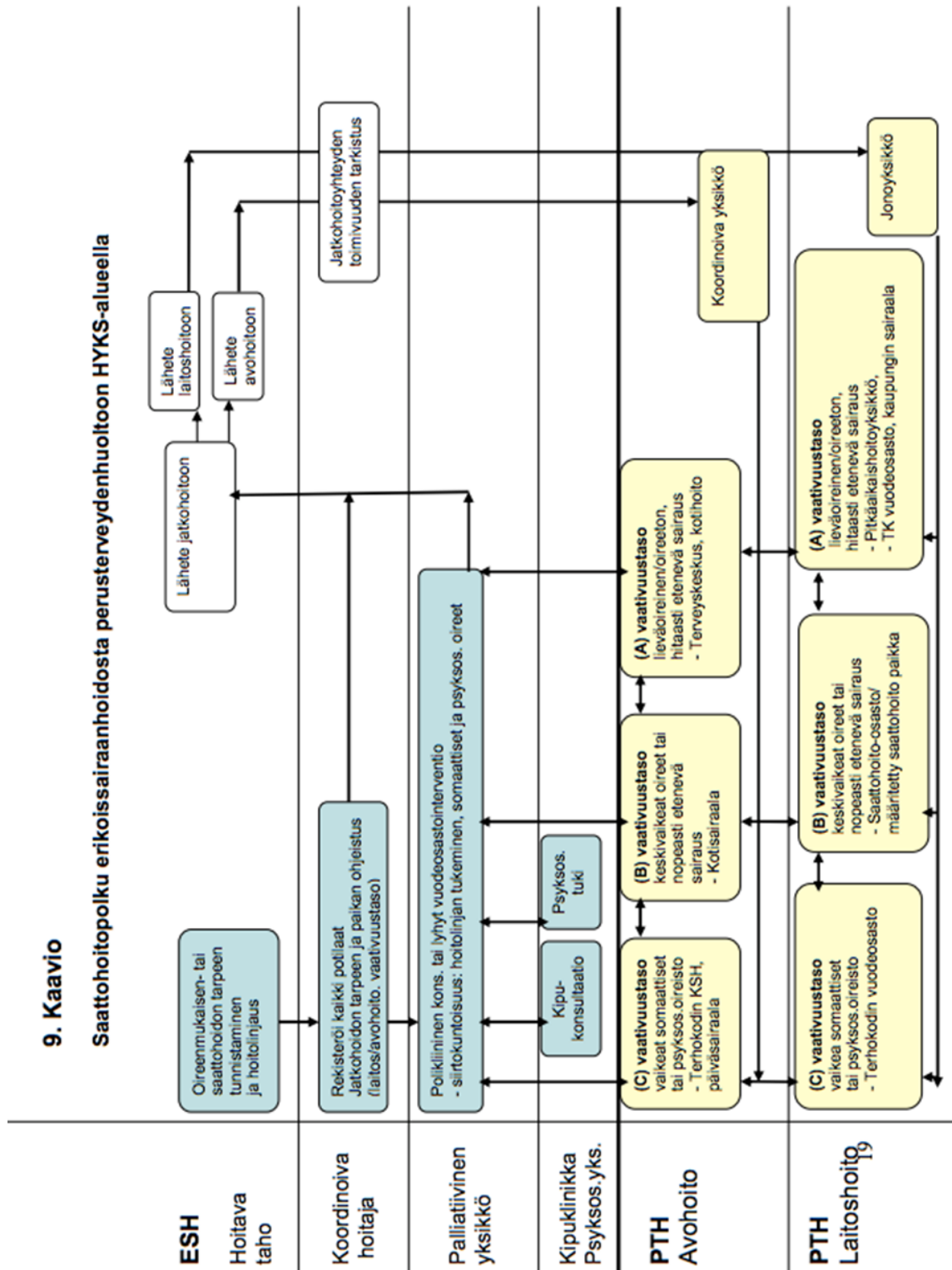
White, Kenneth R. – Coyne, Patrick J. 2011. Nurses' Perceptions of Educational Gaps in Delivering End-Of-Life Care. *Oncology Nursing Forum* 38 (6). 711-717.

White, Kenneth R. – Coyne, Patrick J. – White, Susan G. 2012. Are Hospice and Palliative Nurses Adequately Prepared for End-of-Life Care? *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 14 (2). 133–140.

White, Kenneth R. – Roczen, Mariza L. – Coyne, Patrick J. – Wiencek, Claren 2014. Acute And Critical Care Nurses' Perceptions of Palliative Care Competencies: A Pilot Study. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 45 (6). 265-277.

Yleissopimus ihmisoikeuksista ja biolääketieteestä 24/2010. Annettu Helsingissä 19.2.201

**Saattohoitopolku erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon HYKS-sairaanhoitoalueella (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2011: 19.)**



## Tehdyt haut ja tulokset

Tietokanta	Tulokset	Otsikon mukaan hyväksytyt	Abstraktin mukaan hyväksytyt	Tekstin mukaan hyväksytyt
<b>Medic</b>				
Hospice	45	2	2	2
Saattohoito	113	3	2	2
Hospice + Nursing	22	4	2	2
Hospice + Cancer	1	0	0	0
<b>PubMed</b>				
Hospice AND Competence AND Nurse	153	2	1	1
<b>CINAHL</b>				
Hospice Nursing AND Cancer	200	4	2	2
Hospice Nursing AND Competence	50	7	4	4
End-of-life care AND Nursing AND Competence	78	4	3	3
<b>ARTO</b>				
Saattohoito AND syöpä	0	0	0	0
Saattohoito	46	1	0	0
<b>Julkari</b>				
Saattohoito	44	4	4	4

## Opinnäytetyöhön valikoidut tutkimukset

Tutkimuksen nimi	Julkaisu	Julkaisuvuosi	Maa	Tekijät
<b>Omaisten arvioima saattohoidon laatu Terhokodissa</b>	Hoitotiede 2009, 21 (1). 45-53	2009	Suomi	Anttonen, Mirja-Sisko, Kvist Tarja, Nikkonen, Merja
<b>Ammatillisen kasvun näkökulma saattohoitajan työssä</b>	Aikuiskasvatus 2010 (1). 30-39.	2010	Suomi	Sirpa Törmä
<b>Clinical competence in palliative nursing in Norway: the importance of good care routines</b>	International Journal of Palliative Nursing 16 (2). 80-86.	2010	Norja	Kari Slåtten, Lisbeth Fagerström, Ove Edvard Hatlevik
<b>Development Of The Palliative Care Nursing Self-competence Scale</b>	Journal Of Hospice & Palliative Nursing 13 (4). 230-241.	2011	Kanada	Jean François Desbiens
<b>Nurses Perceptions of Educational Gaps in Delivering End-Of-Life Care</b>	Oncology Nursing Forum 38 (6).	2011	Yhdysvallat	White, Kenneth R., Coyne, Patrick J.
<b>Are Hospice and Palliative Nurses Adequately Prepared for End-of-Life Care?</b>	Journal of Hospice & Palliative Nursing, 14 (2). 133-140.	2012	Yhdysvallat	White, Kenneth R; Coyne, Patrick J; White, Susan G
<b>General nurses' experiences of end-of-life care in the acute hospital setting: a literature review</b>	International Journal of Palliative Nursing 19 (10). 510-516.	2013	Iso-Britannia	McCourt, Roisin; Power, John James; Glackin, Marie
<b>Acute And Critical Care Nurses' Perceptions Of Palliative Care Competencies: A Pilot Study</b>	The Journal Of Continuing Education In Nursing 45 (6). 265-277.	2014	Yhdysvallat	White, Kenneth R, Roczen, Mari-za L., Coyne, Patrick J., Wiencek, Clareen
<b>Communicating with patients and their families about palliative and end-of-life care: comfort and educational needs of nurses</b>	International Journal of Palliative Nursing 2 1(3). 109-112.	2015	Yhdysvallat	Moir, Cheryl; Roberts, Renee; Martz, Kim; Perry, Judith; Tivis, Laura J.

## Teemahaastattelurunko

Avoin kysymys:

1. Mitä osaamista sairaanhoitajat tarvitsevat saattohoidossa teidän osastollanne?

Teemahaastattelurunko:

2. Minkälaista osaamista sairaanhoitajat tarvitsevat saattohoidossa liittyen:

- Potilaan fyysiseen hoitoon?
- Psyykkiseen/emotionaaliseen kohtaamiseen?
- Sosiaaliseen osa-alueeseen?
- Hengelliseen osa-alueeseen?
- Taloudelliseen osa-alueeseen?
- Potilaan kuolemaan ja kuoleman jälkeiseen tilanteeseen?
- Potilaan mukaan ottamiseen potilaan hoitoon?
- Potilaan mukaan ottamiseen hoidon päätöksentekoon?
- Perheeseen ja läheisiin?
- Moniammatilliseen yhteistyöhön?
- Palvelujärjestelmään?
- Muuhun, mihin?

3. Onko syöpäsairaahan saattohoidossa erityispiirteitä?

4. Onko ydinosaamisalueita, jotka ovat välttämättömiä osata, toisin sanoen voidaanko osaamisalueita priorisoida?

5. Mitkä edellä esiin tulleista osaamisalueista ovat haasteellisimmat?

6. Mitkä tekijät vahvistavat ja mitkä heikentävät saattohoito-osaamista?

7. Miten saattohoito-osaamista tulisi kehittää osastollanne?

## Päätös tutkimusluvasta, Helsingin kaupunki



**Helsingin kaupunki**  
**Sosiaali- ja terveystieteiden virasto**  
 Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut  
 Kaupunginsairaala  
 Kaupunginsairaalan johtajalääkäri

Pöytäkirjanote

2 (2)

8.1.2016

Tutkimusraportista ei ole tunnistettavissa tutkimukseen osallistuneita henkilöitä eikä kohdeyksikköä.

Tutkimuksen tekijä saapuu pyydettyä maksutta esittelemään tutkimuksen tuloksia kohdeyksikköön.

Tutkimuksen valmistuttua raportti tai sen sähköinen osoite toimitetaan sosiaali- ja terveystieteiden viraston käyttöön osoitteella:  
 Helsingin kaupunki, Kirjaamo, Sosiaali- ja terveystieteiden virasto, PL 10, 00099 Helsingin kaupunki

tai sähköpostitse: helsinki.kirjaamo@hel.fi

## Lisätiedot

Anne Uutela, toiminnansuunnittelija, puhelin: 310 46933  
 anne.uutela(a)hel.fi

## Liitteet

- 1 HEL 2015-013794 tutkimussuunnitelma
- 2 HEL 2015-013794 tutkimuslupahakemus

## Muutoksenhaku

Oikaisuvaatimusohje, sosiaali- ja terveystieteiden lautakunta

## Otteet

<b>Ote</b>	<b>Otteen liitteet</b>
Hakija	Oikaisuvaatimusohje, sosiaali- ja terveystieteiden lautakunta
Yhteyshenkilö	Liite 1
Valmistelija	Liite 2

Pöytäkirja on pidetty yleisesti nähtävänä Helsingin kaupungin kirjaimossa (Pohjoisesplanadi 11-13) 15.1.2016 ja asianosaista koskeva päätös on lähetetty 19.1.2016.

Kaupunginsairaalan johtajalääkäri

Marja Sippola-Soininen  
 vs. kaupunginsairaalan johtajalääkäri

Postiosoite  
 PL 6000  
 00099 HELSINGIN KAUPUNKI  
 sosiaalijaterveys@hel.fi

Käyntiosoite  
 Toinen linja 4 A  
 Helsinki 53  
 www.hel.fi/sote

Puhelin  
 +358 9 310 5015  
 Faksi  
 +358 9 310 42504

Y-tunnus  
 0201256-6

Tilinro  
 FI1880001200052430  
 Alv.nro  
 FI02012566

## Sopimus opinnäytetyöstä, Vantaan kaupunki (1)



Vantaa

## SOPIMUS TUTKIMUS- TAI OPINNÄYTETYÖSTÄ

Vantaan kaupunki | Sosiaali- ja terveydenhuollon toimiala

<b>1. SOPIJAOSAPUOLET</b>			
Vantaan kaupunki Sosiaali- ja terveydenhuollon toimiala Peltolantie 2 D 01300 Vantaa			
Sopimuksen yhteyshenkilö Vantaalla	Nimi	Helena Rantaharju	
	Tulosalue/tulosyksikkö	Puhelin	Sähköposti
	Nimi	Kasastonhoitaja	
	Tulosalue/tulosyksikkö	Puhelin	Sähköposti
Tutkimuksen tekijä/opiskelija	Nimi	Opiskelijanumero	Koulutusala/pääaine
	Anna-Sofia Kasper	1305533	Hoitotyön koulutusohjelma/sairaanhoitaja
	Osoite	Postinumero ja -toimipaikka	Puhelin
	[Redacted]		
	Nimi	Opiskelijanumero	Koulutusala/pääaine
	Katariina Kausamo	1305566	Hoitotyön koulutusohjelma/sairaanhoitaja
	Osoite	Postinumero ja -toimipaikka	Puhelin
	[Redacted]		
	Nimi	Opiskelijanumero	Koulutusala/pääaine
	Osoite	Postinumero ja -toimipaikka	Puhelin
	Sähköposti		
	Oppilaitos/ tutkimuslaitos	Sopimuksen yhteyshenkilö, joka toimii myös tutkimuksen tai opinnäytetyön ohjaajana/vastuuhenkilönä	
Dosentti, yliopettaja [Redacted]			
Nimi Elina Eriksson Oppilaitos/toimipiste/tutkimuslaitos Metropolia Ammattikorkeakoulu			
<b>2. SOPIMUKSEN TAUSTA JA KOHDE</b>			
Sopimuksen tarkoituksena on sopia Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon toimialaan liittyvistä Oppilaitoksen/tutkimuslaitoksen nimi Metropolia Ammattikorkeakoulu Opiskelijan nimi Anna-Sofia Kasper ja Katariina Kausamo tekemästä tutkimuksesta/opinnäytetyöstä (nimi) Sairaanhoitajien saattohoito-osaaminen Tutkimus/opinnäytetyö valmistuu 22.04.2016 mennessä. Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan päätös tutkimusluvan myöntämisestä päättäjän nimi			
Jos tutkimukselle/opinnäytetyölle on myönnetty ulkopuolista rahoitusta: rahoittaja euroa.			
Tutkimuksen tekijä/opiskelija ei ole tämän sopimuksen perusteella työ-, virka- tai toimeksiantosuhteessa kaupunkiin, eikä kaupunki maksa tutkimuksen/opinnäytetyön tekemisestä korvauksia, jos erikseen ei ole muuta sovittu.			
Tutkimus-/työsuunnitelma ja muut sovitut asiat ovat tämän sopimuksen liitteenä.			
Osoite Peltolantie 2 D 01300 Vantaa	Puhelin vaihde 09-83911	Sähköposti etunimi.sukunimi@vantaa.fi	525068.pdf (10/14)

## Sopimus opinnäytetyöstä, Vantaan kaupunki (2)



Vantaa

Vantaan kaupunki | Sosiaali- ja terveydenhuollon toimiala

## 3. SOPIMUSKAUSI

Sopimus tulee voimaan, kun tutkimuslupa opinnäyte-/lopputyölle on kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan toimesta myönnetty ja sopimus allekirjoitettu. Sopimus päättyy yllä olevan mukaisesti työn valmistuttua. Jos työ ei valmistu määräajassa, tutkimuslupaprosessi on tarvittaessa käynnistettävä uudelleen.

## 4. SOPIJAPUOLTEN VASTUUT

Kaupunki vastaa siitä, että

- tutkimukselle/opinnäytetyölle on nimetty kaupungin puolelta yhteyshenkilö.
- se antaa tutkimuksen/opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot siinä laajuudessa kuin katsoo tarpeelliseksi ja tutkimusluvassa ja/tai TUTKE:n antamassa otteessa/lausunnossa on määritelty.

Oppilaitos/opiskelija / tutkimuslaitos/tutkimuksen tekijä vastaa siitä, että

- opinnäytetyölle/tutkimukselle on nimetty oppilaitoksen/tutkimuslaitoksen puolelta yhteyshenkilö
- opiskelija saa opinnäytetyön suorittamiseksi tarpeellisen ohjauksen, neuvonnan ja tuen,
- tiedottaa opiskelijalle tämän sopimuksen oikeudet ja vastuut,
- ei käytä sopimusta tai Vantaan kaupungin nimeä markkinoinnissa ja julkaisuissa ilman kaupungin kirjallista lupaa,
- tiedottaa kaikista tapahtuvista muutoksista ja poikkeamista kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon toimialalle mukaan lukien työlle saadusta ulkopuolisesta rahoituksesta,
- oppilaitos/tutkimuslaitos vastaa tässä sopimuksessa ja sen liitteissä oppilaitoksen/tutkimuslaitoksen vastuulle määrättyistä velvoitteista ja niistä aiheutuvista kustannuksista,
- opiskelija/tutkimuksen tekijä sitoutuu työskentelemään tavoitteellisesti yhteistyötahon kanssa ja noudattaa työtä tehdessään hyvän tutkimuskäytännön periaatteita ja alan ammattieettisiä ohjeita,
- työn tulos/raportti on laadittu niin, ettei se loukkaa kenenkään oikeuksia mukaan lukien liikesalaisuudet,
- opiskelija/tutkimuksen tekijä toimittaa valmiin opinnäytetyön/tutkimuksen pdf-versiona sähköisesti kaupungin kirjaamoon, kirjaamo@vantaa.fi.

Toimialan/opplaitoksen/tutkimuslaitoksen yhteyshenkilö

- vastaa sopimuksen toteutumisen seurannasta ja valvonnasta sekä tiedottamisesta oman organisaationsa sisällä ja toiselle sopijaosapuolelle.
- ilmoittaa yhteyshenkilön mahdollisesta vaihtumisesta viipymättä toisen sopijaosapuolen yhteyshenkilölle.
- seuraa ja valvoo sopimuksen toteutumista sekä tiedottaa siitä oman organisaationsa sisällä ja toiselle sopijaosapuolelle.

## 5. SOPIMUSKAPPALEET

Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta yksi (1) kullekin osapuolelle.

Vantaan kaupunki

Päiväys 16.2.2014	Nimi 
Nimen selvitys ja virka-asema Terveystieteiden tutkimuskeskus, johtaja	
Päiväys	Nimi
Nimen selvitys ja virka-asema	

Tutkimuksen tekijä/opiskelija

Päiväys 11.12.2015	Nimi Anna-Sofia Kasper	
Nimen selvitys ANNA-SOFIA KASPER		
Päiväys 11.12.2015	Nimi Katariina Kausamo	
Nimen selvitys Katariina Kausamo		
Päiväys	Nimi	
Nimen selvitys		

Oppilaitos/tutkimuslaitos

Päiväys 11.12.2015	Nimi Elina Eriksson	
Nimen selvitys Elina Eriksson		