

Palliatiivisen hoidon osaaminen iäkkäiden ympärivuorokautisen hoidon ja kotihoiton yksiköissä

PIRITA FORSIUS

TtM, tutkija

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

TEIJA HAMMAR

TtT, johtava asiantuntija

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

HANNA ALASTALO

FT, johtava tutkija

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

TIIVISTELMÄ

Iäkkäiden palveluissa työskentelevät ammattilaiset tarvitsevat perusosaamisen elämän loppuvaiheessa olevien ihmisten hoidosta. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon liittyvää osaamista iäkkäiden ympärivuorokautisen hoidon ja kotihoiton yksiköissä. Tiedot perustuvat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Vanhuspalvelujen tila -seurannan vuosien 2018 ja 2020 toimintayksikkökyselyihin.

Ympäri vuorokautisen hoidon yksiköistä sähköiseen kyselyyn vastasi 1528 yksikköä vuonna 2020 (v. 2018, n=1617) ja kotihoiton yksiköistä 840 (v. 2018, n=749). Yksiköiden esihenkilöt arvioivat henkilöstönsä osaamista kahdeksalla osa-alueella: kivun hoito, lääkehoito, lääkkeetön hoito, palliatiivinen hoito ja saattohoito kokonaisuutena (v. 2018 saattohoito), psykososiaalisten oireiden tunnistaminen, eksistentiaalisten ja henkisten/hengellisten tarpeiden tunnistaminen, läheisten kohtaaminen kuoleman lähestyessä ja surutyössä sekä muu oirehoito. Analyysimenetelmänä käytettiin ristiintaulukointia ja χ^2 -testiä.

Ympäri vuorokautisen hoidon esihenkilöt arvioivat osaamisen kotihoiton esihenkilöitä useammin hyväksi. Lisäkoulutuksen tarvetta oli eniten psykososiaalisten oireiden ja eksistentiaalisten tarpeiden tunnistamisessa sekä lääkkeettömässä hoidossa. Lääkehoito, kivun hoito ja muu oirehoito arvioitiin yleisimmin hyväksi. Kummasakin palvelutyypissä on tulosten perusteella olennaisia osaamispuutteita. Osaamistasoa on

ABSTRACT

Palliative care competencies in home care and care homes with 24-hour assistance

Pirita Forsius, MHSc,

(Gerontology and Public Health), Researcher

Teija Hammar, RN, D.Sc. (Health Economics), Chief Specialist

Hanna Alastalo, PhD, Chief Researcher

Professionals working in older people services need basic skills in providing palliative care. The purpose of this study was to describe the competencies related to palliative care in home care and care homes with 24-hour assistance. The data is based on the Status of Older People Services Follow-Up Survey conducted by the Finnish Institute for Health and Welfare in 2018 and 2020.

In 2020, 1528 care home (2018, n=1617) and 840 home care (2018, n=749) units answered the survey. Personnel's competencies were evaluated by unit managers in the following areas: pain management, managing other symptoms, medication, non-pharmacological symptom management, palliative care and end-of-life care (overall), recognising psychosocial issues, recognising existential and mental/spiritual needs, supporting family in end-of-life care and bereavement. Cross-tabulation and the χ^2 test were used as analysis methods.

Managers of care home units evaluated their personnel's competencies as good more often than their colleagues in home care. The greatest amount of additional training was needed in recognising psychosocial issues and existential needs and in non-pharmacological symptom management. Pain management, medication and managing other symptoms were generally eval-

Saapunut

Hyväksytty julkaistavaksi 21.09.2022

parannettava, jotta iäkkäille voidaan tarjota laadukasta elämän loppuvaiheen hoitoa siellä missä he asuvat.

Avainsanat: palliatiivinen hoito, saattohoito, osaaminen, vanhuspalvelut, hoidon laatu

uated as good. Based on the results, both service types have substantial skills gaps. The competency level should be improved to enable quality end-of-life care for older people in their place of residence.

Key words: palliative care, end-of-life care, competence, services for older people, quality of care

Mitä tutkimusaiheesta jo tiedetään?

- Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisessa on puutteita ja alueellista vaihtelua.
- Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon hyvä osaaminen on edellytys yhdenvertaisen ja laadukkaan elämän loppuvaiheen hoidon toteutumisessa.

Mitä uutta tietoa artikkeli tuo?

- Iäkkäiden ympärivuorokautisessa hoidossa ja kotihoidossa on puutteita palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisessa. Osaamisen vahvistamista tarvitaan erityisesti psykososiaalisten oireiden ja eksistentiaalisten tarpeiden tunnistamisessa sekä lääkkeettömässä hoidossa.
- Ympäri vuorokautisessa hoidossa esihenkilöt arvioivat henkilöstönsä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen paremmaksi kuin kotihoidossa.
- Tutkimus kuvaa nykytilan ympärivuorokautisen hoidon ja kotihoidon palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta kansallisella tasolla.

Mikä merkitys tutkimuksella on hoitotyölle, hoitotyön koulutukselle ja johtamiselle?

- Tutkimus tuo näkyviin tärkeitä hoitotyön kehittämiskohteita palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa, kuten eksistentiaalisten ja henkisten/hengellisten tarpeiden tunnistamisessa ja läheisten kohtaamisessa.
- Osaamiseen liittyvien puutteiden tunnistaminen auttaa kohdentamaan koulutusta tarpeiden mukaan.
- Havainnot tukevat esihenkilöitä toimintayksiköiden palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämisessä.

Tutkimuksen lähtökohdat

Kuolema on luonnollinen osa ihmisen elämää ja kiinteä osa hoito- ja hoivatyötä. Merkittävä osa Suomessa vuosittain kuolevasta reilusta 55 000 ihmisestä on pitkäaikaista hoitoa ja hoivaa tarvitsevia iäkkäitä (Tilastokeskus 2021). Vuonna 2021 ympärivuorokautisen hoidon piirissä oli hieman yli 40 000 asukasta ja vastaavasti kotihoidossa hieman alle 60 000 asiakasta (Saske ym. 2021).

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarve lisääntyy väestön ikääntymisen ja kroonisten sairauksien yleistymisen seurauksena (Connor 2020). Palliatiivisella hoidolla tar-

koitetaan potilaan aktiivista ja kokonaisvaltaista hoitoa silloin, kun kuolemaan johtava sairaus aiheuttaa potilaalle ja hänen läheisilleen kärsimystä ja heikentää heidän elämänlaatuaan. Hoito toteutetaan moniammatillisena yhteistyönä huomioiden fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja eksistentiaalinen näkökulma. Palliatiivinen hoito ei ole rajattu mihinkään tiettyyn sairauden vaiheeseen, mutta sen tarve kasvaa, kun krooniset sairaudet etenevät ja kuolema lähes tyy. Palliatiivisen hoidon viimeistä vaihetta nimitetään saattohoidoksi. (Palliatiivinen hoito: Käypä hoito -suositus 2019, World Health Organization [WHO] 2020.)

Palliativisen hoidon ja saattohoidon osaaminen on oleellinen osa hoitajien työtä. Osaamista tarvitaan, jotta laadukasta ja ihmisarvoa kunnioittavaa elämää voidaan tukea aina kuolemaan saakka. On hallittava kuolevan ihmisen hoito sekä kuolevan ja hänen läheisensä kohtaaminen. Elämän loppuvaiheessa olevan ihmisen hoitaminen on kokonaisvaltaista ja moniammatillista (Gamondi ym. 2013, Saarto ym. 2019, Hökkä ym. 2020). Tarvitaan kykyä tunnistaa esimerkiksi erilaiset sairauten ja elämään päättymiseen liittyvät fyysiset oireet, kuten kipu, ummetus ja hengenahdistus (Hänninen & Rahko 2013, Hänninen 2015, Mäenpää ym. 2021, Hökkä 2022). Osaamista tarvitaan myös sekä psykososiaalisten ja eksistentiaalisten tarpeiden tunnistamisessa sekä niiden hoitamisessa (Gamondi ym. 2013, Haho 2017, Hökkä ym. 2020, Hökkä 2022). Myös lääkkeellisten ja lääkkeettömien hoitomenetelmien hallinta on tärkeää (Palliativinen hoito: Käypä hoito -suositus 2019, Hökkä 2022). Lisäksi tarvitaan vuorovaikutustaitoja sekä herkkyyttä kuulla ja havaita asioita (Gamondi ym. 2013, Ten Koppel ym. 2019, Vattula ym. 2020, Mäenpää ym. 2021).

Tutkimusten mukaan palliativisen hoidon ja saattohoidon osaamisessa on havaittu puutteita esimerkiksi kivun ja ahdistuksen lievittämisessä, kohtaamisessa sekä pahoinvoinnin ja suun hoidossa (Unroe ym. 2015, Pivodic ym. 2018, Smets ym. 2018, Saarto ym. 2019b). Sairaala- ja päivystyspalveluiden käyttö on yleistä elämän viimeisen kolmen kuukauden aikana sekä ympärivuorokautisen hoidon että kotihoidon asiakkailta (Aaltonen ym. 2010, Forma ym. 2010, Saarto ym. 2019b). Tämä saattaa kertoa siitä, että iäkkäitä ihmisiä ei pystytä hoitamaan tai osata hoitaa elämän loppuvaiheessa kansallisen tavoitteen mukaisesti heidän asuinpaikassaan. Myös Forma ym. (2010) ovat todenneet, että kun iäkkään ihmisen tarpeet muuttuvat, ratkaisuna on siirto toiseen paikkaan palvelujen lisäämisen sijaan. Puutteita palliativisen hoidon osaamisessa Suomessa on havaittu myös kansainvälisissä vertailuissa (Smets ym. 2018). Saarto ym.

(2019b) ovat myös todenneet, että osaamisessa on alueellista vaihtelua maan sisällä.

Suomessa palliativisen hoidon ja saattohoidon kehittämiseen on panostettu viime vuosina merkittävästi. Osaaminen on tunnistettu yhdeksi keskeiseksi kehittämiskohteeksi yhdenvertaisen ja laadukkaan palliativisen hoidon toteutumisessa (Saarto ym. 2019b, STM 2021). Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksessa (Saarto ym. 2019b) esitettyjen laatukriteerien mukaisesti toimintayksiköissä on osattava tunnistaa ja hoitaa tavalliset lähestyvään kuolemaan liittyvät fyysiset oireet sekä psykososiaaliset oireet ja vastata kuolevan ihmisen eksistentiaalisiin tarpeisiin. Lisäksi vuorovaikutus niin kuolevan ihmisen kuin hänen läheistensä kanssa on nostettu tärkeäksi osaksi laadukasta elämän loppuvaiheen hoitoa.

Ympäri vuorokautisessa hoidossa ja kotihoidossa työskentelevien hoitajien, erityisesti lähihoitajien, osaamista palliativisesta hoidosta ja saattohoidosta ei ole juuri tutkittu, vaikka valtaosa hoidosta toteutetaan näiden yksiköiden toimesta. Tarkastelua on tehty jonkin verran laadullisin menetelmin, mutta määrällistä tutkimusta aiheesta on vähän. Kansallista kuvaa palliativisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta iäkkäiden palveluissa ei kuitenkaan ole. Myöskään vertailua ympärivuorokautisen hoidon ja kotihoidon julkisen ja yksityisen sektorin palvelutuottajien välillä ei ole tehty.

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata palliativiseen hoitoon ja saattohoitoon liittyvää osaamista iäkkäiden ympärivuorokautisen hoidon ja kotihoidon yksiköissä.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Millaista palliativisen hoidon ja saattohoidon osaaminen on iäkkäiden ympärivuorokautisen hoidon ja kotihoidon yksiköissä sekä onko osaamisessa eroja palvelutyyppien välillä?

2. Onko julkisen ja yksityisen sektorin toimintayksiköiden välillä eroja palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisessa?
3. Miten palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaaminen on kehittynyt toimintayksiköissä kahden vuoden aikavälillä?

Tutkimusaineisto ja -menetelmät

Henkilöstön osaamista tarkasteltiin kvantitatiivisella poikkileikkaustutkimuksella. Lisäksi osaamisen kehittymistä kahden vuoden aikana tarkasteltiin vertailemalla vuosien 2018 ja 2020 aineistojen tuloksia.

Kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat iäkkäiden ympärivuorokautisen hoidon ja kotihoiton yksityisen ja julkisen sektorin toimintayksiköt Manner-Suomessa. Tässä tutkimuksessa mukana on ympärivuorokautisessa hoidossa toimivista palvelutyypeistä tehostettu palveluasuminen, vanhainkodit sekä terveyskeskuksen pitkäaikaishoidon yksiköt. Kotihoiton osalta mukana on palvelutyypeistä kotihoito, kotisairaanhoido ja kotipalvelu. Kotihoiton osalta kyselyssä eivät ole mukana ns. yhden hengen yritykset.

Aineiston keruu

Aineiston keruu toteutettiin osana laajempaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) vuodesta 2013 lähtien toteuttamaa Vanhuspalvelujen tila -seurantaa. Sähköisen lomakkeen henkilökohtainen vastauslinkki lähetettiin suoraan toimintayksiköiden esihenkilöiden sähköposteihin. Kyselyyn oli mahdollista vastata suomen tai ruotsin kielellä. Kyselyyn vastasi vuonna 2020 yhteensä 1528 (98%) ympärivuorokautisen hoidon ja 840 (80%) kotihoiton yksikköä. Vuoden 2018 osalta tutkimuksessa oli mukana 1617 ympärivuorokautisen hoidon yksikköä ja 749 kotihoiton yksikköä.

Vanhuspalvelujen tila -seuranta koostuu useista eri teema-alueista. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon teema-alueita osaamisen näkökulmasta. Osaamista koskeva kysymys oli vastaajille pakollinen, ja se perustui palliatiivisen hoidon ja saattohoidon asiantuntijaryhmän suositukseen, alan kirjallisuuteen sekä kansallisen kehittämisen tavoitteisiin (esim. Gamondi ym. 2013, Hänninen & Rahko 2013, Saarto ym. 2017, Saarto ym. 2019a, Saarto ym. 2019b). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamista selvitettiin kysymyksellä ”Millaiseksi arvioitte nykyisen henkilöstönne osaamisen seuraavilla alueilla?” Kysymys sisälsi seuraavat osa-alueet: ”palliatiivinen hoito ja saattohoito (kokonaisuutena)”, ”kivun hoito”, ”muu oirehoito (esim. hengenahdistus, ummetus yms.)”, ”lääkehoito”, ”lääkkeetön hoito”, ”psykososiaalisten oireiden tunnistaminen”, ”eksistentiaalisten ja henkisten/hengellisten tarpeiden tunnistaminen” sekä ”läheisten kohtaaminen kuoleman lähestyessä ja surutyössä”. Arviointi tehtiin kolmiportaisella asteikolla ”hyvä”, ”kohtalainen” ja ”lisäkoulutuksen tarvetta”. Lisäksi vertailtiin vuoden 2020 ja 2018 aineistoja niiden osa-alueiden osalta, joita oli kysytty kummassakin kyselyssä. Nämä olivat kivunhoito, lääkehoito, lääkkeetön hoito ja saattohoito. Vuoden 2020 kyselyssä saattohoitoa koskeva kysymys oli muotoiltu ”palliatiivinen hoito ja saattohoito (kokonaisuutena)” kun vuoden 2018 kyselyssä kysyttiin vain ”saattohoidosta”.

Aineiston analyysi

Tutkimuksen tilastolliset analyysit tehtiin SPSS 28.0 -ohjelmalla. Aineiston kuvailussa käytettiin frekvenssijakaumia, prosenttiosuuksia ja ristiintaulukointia. Eroja ympärivuorokautisen hoidon ja kotihoiton yksiköiden osaamisarvioiden sekä julkisen ja yksityisen sektorin yksiköiden välillä testattiin χ^2 -testillä. Merkitsevyytensä analyysissä käytettiin $p < 0.05$.

Eettiset näkökohdat

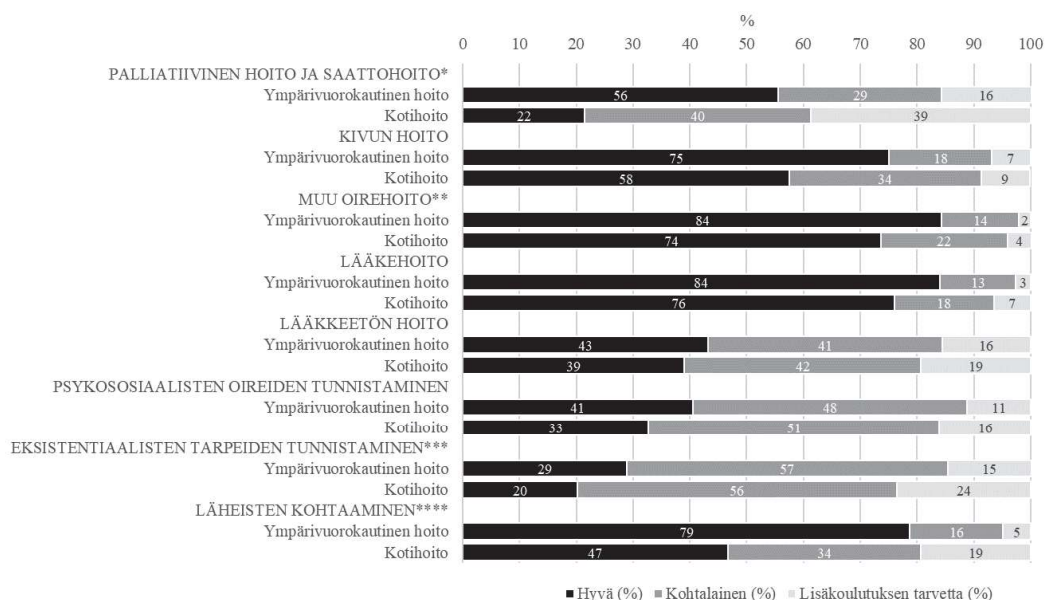
Vanhuspalvelujen tila -seurannalle ei ole tarvinnut hakea tutkimuseettisen toimikunnan puoltavaa lausuntoa, koska kysely kohdistui toimintayksikötasolle, ei yksittäisiin henkilöihin. Tutkijoilla oli käytössään pseudoanonymisoitu aineisto, josta vastanneen esihenkilön tiedot sekä toimintayksikön tiedot oli poistettu. Aineistoa käsiteltiin hyvää tutkimustapaa ja THL:n ohjeita noudattaen. Kyselyyn vastaaminen oli toimintayksiköille pakollista perustuen Vanhuspalvelulain toteutumisen seurantaan. Vastaajia informoitiin tulosten käyttötarkoituksesta saatekirjeissä.

Tulokset

Aineiston muodostivat vuoden 2020 osalta 2368 toimintayksikköä, joista 64,5% (n=1528) oli ympärivuorokautisen hoidon yksiköitä ja 35,5% (n=840) kotihoidon yksiköitä. Julkisen sektorin toimintayksiköitä oli ympärivuoro-

kautisen hoidon yksiköistä 63,5% ja kotihoidon yksiköistä 53,9% ($p < 0,001$). Yksiköistä toimintansa edellisen tiedonkeruun jälkeen eli alle vuotta aikaisemmin aloittaneita oli ympärivuorokautisessa hoidossa 6,2% ja kotihoidossa 5,2%. Ympärivuorokautisen hoidon yksiköistä 40,4% oli sellaisia, joissa yksikön vastuhenkilö oli vaihtunut alle kaksi vuotta sitten. Kotihoidossa vastaava luku oli 35,4% ($p = 0,015$). Vastaajista 82,7% arvioi, että toimintayksikön henkilöstön koulutus vastasi hyvin toimintayksikön palveluja tarvitsevien ikäihmisten määrää ja palvelutarvetta. Kotihoidossa vastaava luku oli 74,9% ($p < 0,001$).

Vuoden 2018 aineistossa oli mukana yhteensä 2366 toimintayksikköä, joista 68,3% (n=1617) oli ympärivuorokautisen hoidon yksiköitä ja 31,7% (n=749) kotihoidon yksiköitä. Julkisen sektorin yksiköiden osuus ympärivuorokautisen hoidon yksiköistä oli 57,5% ja kotihoidon yksiköistä 66,8% ($p < 0,001$). Muita taustatietoja ei selvitetty vuonna 2018.



* Palliatiivinen hoito ja saattohoito (kokonaisuutena)

** Muu oirehoito (csim. hengenahdistus, ummetus yms.)

*** Eksistentiaalisten ja henkisten/hengellisten tarpeiden tunnistaminen

**** Läheisten kohtaaminen kuoleman lähestyessä ja surutyössä

Kuvio 1. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaaminen ympärivuorokautisessa hoidossa (n=1528) ja kotihoidossa (n=840) eri osa-alueilla toimintayksiköiden esihenkilöiden arvioimana.

Osaaminen ympärivuorokautisessa hoidossa ja kotihoidossa

Esihenkilöiden arviot palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta vaihtelivat osaamisalueittain (Kuvio 1). Ympärivuorokautisessa hoidossa osaaminen arvioitiin useimmin hyväksi seuraavilla osa-alueilla: kivun hoito (75%), muu oirehoito (84%), lääkehoito (84%) sekä läheisten kohtaaminen (79%). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kokonaisuutena hyväksi arvioi hieman yli puolet vastaajista (56%). Eniten lisäkoulutuksen tarvetta oli psykososiaalisten oireiden (11%) ja eksistentiaalisten tarpeiden tunnistamisessa (15%) sekä lääkkeettömässä hoidossa (16%). Näillä osa-alueilla osaaminen arvioitiin myös yleisimmin kohtalaiselle tasolle.

Kotihoidossa osaaminen arvioitiin hyväksi yleisimmin kivun hoidossa (56%), muussa oirehoidossa (74%) ja lääkehoidossa (76%). Myös kotihoidossa psykososiaalisten oireiden (33%) ja eksistentiaalisten tarpeiden tunnistamisessa (20%) oli osa-alueista eniten lisäkoulutuksen tarvetta. Lisäksi palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kokonaisuutena arvioi hyväksi vain viidennes esihenkilöistä (22%). Lääkkeetön hoidon osaaminen arvioitiin yleisimmin kohtalaiseksi (42%). (Taulukko 1.)

Taustamuuttujien tarkastelussa havaittiin, että alle kaksi vuotta aikaisemmin aloittaneet esihenkilöt arvioivat kummassakin palvelutyypissä läheisten kohtaamiseen kuoleman lähestyessä ja surutyössä liittyvän osaamisen muita esihenkilöitä huonommaksi. Lisäksi ympärivuorokautisen hoidon puolella nämä esihenkilöt arvioivat myös lääkehoidon, palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kokonaisuutena, muun oirehoidon sekä kivun hoidon muita esihenkilöitä harvemmin hyväksi. Tulokset eivät kuitenkaan ole tilastollisesti merkitseviä.

Ympärivuorokautisen hoidon yksiköiden esihenkilöt arvioivat kaikilla palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisalueilla henkilöstönsä osaamisen paremmaksi kuin kotihoidon yksiköiden esihenkilöt ($p < 0,05$, $df=2$). Merkitävimmät erot arvioissa palvelutyyppien välil-

lä olivat läheisten kohtaamisessa kuoleman lähestyessä ja surutyössä sekä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisessa kokonaisuutena. Läheisten kohtaamisessa kuoleman lähestyessä ja surutyössä ympärivuorokautisen hoidon yksiköiden esihenkilöt arvioivat osaamisen hyväksi lähes 80% yksiköitä, mutta kotihoidossa hyvän arvon antoi vain alle puolet vastaajista (46%). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kokonaisarviossa hieman yli puolet (56%) ympärivuorokautisen hoidon yksiköiden esihenkilöistä arvioi osaamisen hyväksi, kun taas kotihoidossa tätä mieltä oli vain viidennes vastaajista (22%).

Erot osaamisessa julkisen ja yksityisen sektorin välillä

Yksityisen sektorin toimintayksiköissä osaaminen arvioitiin useammin hyväksi kaikilla osa-alueilla sekä ympärivuorokautisessa hoidossa että kotihoidossa (Taulukko 2). Eniten lisäkoulutuksen tarvetta kummallakin sektorilla oli palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisessa kokonaisuutena. Kotihoidon puolella erot yksityisten ja julkisten yksiköiden arvioissa olivat tilastollisesti merkitseviä ($p < 0,05$, $df=2$) muilla osa-alueilla paitsi palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa kokonaisuutena ($p=0,589$). Ympärivuorokautisen hoidon puolella erot olivat tilastollisesti merkitseviä ($p < 0,05$, $df=2$) muissa paitsi eksistentiaalisten tarpeiden tunnistamisessa ($p=0,82$), muussa oirehoidossa ($p=0,187$) ja palliatiivisessa hoidossa kokonaisuutena ($p=0,54$).

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kehittyminen

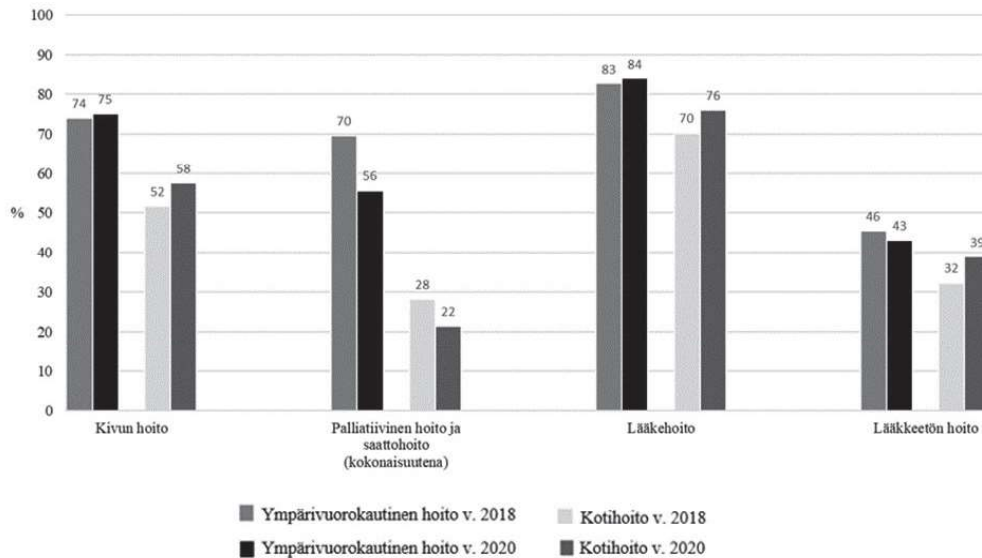
Muutosta palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisessa tarkasteltiin vuosina 2018 että 2020 seuraavien muuttujien osalta: lääkehoito, kivunhoito, lääkkeetön hoito sekä palliatiivinen hoito ja saattohoito kokonaisuutena (Kuvio 2). Osaamisen kehityksessä ei tapahtunut merkittäviä muutoksia kahden vuoden aikana kummassakaan pal-

Taulukko 1. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaaminen ympärivuorokautisessa hoidossa ja kotihoidossa eri osa-alueilla toimintayksiköiden esibenkilöiden arvioimana.

| | Ympäri vuorokautinen hoito (n=1528) % (n) | Kotihoito (n=840) % (n) | p-arvo χ^2 -testi |
|--|---|-------------------------------|---------------------------|
| Palliatiivinen hoito ja saattohoito (kokonaisuutena) | | | <0,001 |
| Hyvä | 55,6 (849) | 21,5 (181) | |
| Kohtalainen | 28,7 (438) | 39,8 (334) | |
| Lisäkoulutuksen tarvetta | 15,8 (241) | 38,7 (325) | |
| Kivun hoito | | | <0,001 |
| Hyvä | 75,1 (1148) | 57,7 (485) | |
| Kohtalainen | 18,0 (275) | 33,8 (284) | |
| Lisäkoulutuksen tarvetta | 6,9 (105) | 8,5 (71) | |
| Muu oirehoito (esim. hengenahdistus, ummetus yms.) | | | <0,001 |
| Hyvä | 84,3 (1288) | 73,6 (618) | |
| Kohtalainen | 13,6 (208) | 22,3 (187) | |
| Lisäkoulutuksen tarvetta | 2,1 (32) | 4,2 (35) | |
| Lääkehoito | | | <0,001 |
| Hyvä | 84,0 (1283) | 76,0 (638) | |
| Kohtalainen | 13,4 (205) | 17,5 (137) | |
| Lisäkoulutuksen tarvetta | 2,6 (40) | 6,5 (55) | |
| Lääkkeetön hoito | | | 0,036 |
| Hyvä | 43,2 (660) | 39,0 (328) | |
| Kohtalainen | 41,2 (630) | 41,7 (350) | |
| Lisäkoulutuksen tarvetta | 15,6 (238) | 19,3 (162) | |
| Psykososiaalisten oireiden tunnistaminen | | | <0,001 |
| Hyvä | 40,5 (619) | 32,7 (275) | |
| Kohtalainen | 48,3 (738) | 51,2 (430) | |
| Lisäkoulutuksen tarvetta | 11,2 (171) | 16,1 (135) | |
| Eksistentiaalisten ja henkisten /hengellisten tarpeiden tunnistaminen | | | <0,001 |
| Hyvä | 28,9 (441) | 20,2 (170) | |
| Kohtalainen | 56,5 (863) | 56,2 (472) | |
| Lisäkoulutuksen tarvetta | 14,7 (224) | 23,6 (198) | |
| Läheisten kohtaaminen kuoleman lähestyessä ja surutyössä | | | <0,001 |
| Hyvä | 78,7 (1202) | 46,7 (392) | |
| Kohtalainen | 16,4 (251) | 33,9 (285) | |
| Lisäkoulutuksen tarvetta | 4,9 (75) | 19,4 (163) | |

Taulukko 2. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaaminen julkisissa ja yksityisissä ympärivuorokautisen hoidon ja kotihoidon yksiköissä.

| | Ympärivuorokautinen hoito | | | Kotihoito | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|
| | Julkinen sektori (n=823) % (n) | Yksityinen sektori (n=705) % (n) | p-arvo χ^2 -testi | Julkinen sektori (n=533) % (n) | Yksityinen sektori (n=307) % (n) | p-arvo χ^2 -testi |
| Palliatiivinen hoito ja saattohoito (kokonaisuutena) | | | 0,54 | | | 0,589 |
| Hyvä | 55 (453) | 56,2 (396) | | 20,5 (109) | 23,5 (72) | |
| Kohtalainen | 29,8 (245) | 27,4 (193) | | 40,2 (214) | 39,1 (120) | |
| Lisäkoulutuksen tarvetta | 15,2 (125) | 16,5 (116) | | 39,4 (210) | 37,5 (115) | |
| Kivun hoito | | | 0,020 | | | <0,001 |
| Hyvä | 72,9 (600) | 77,7 (548) | | 51,4 (274) | 68,7 (211) | |
| Kohtalainen | 20,5 (169) | 15,0 (106) | | 37,5 (200) | 27,4 (84) | |
| Lisäkoulutuksen tarvetta | 6,6 (54) | 7,2 (51) | | 11,1 (59) | 3,9 (12) | |
| Muu oirehoito (esim. hengen-ahdistus, ummetus) | | | 0,187 | | | <0,001 |
| Hyvä | 82,7 (681) | 86,1 (607) | | 67,4 (359) | 84,4 (259) | |
| Kohtalainen | 15,1 (124) | 11,9 (84) | | 26,8 (143) | 14,3 (44) | |
| Lisäkoulutuksen tarvetta | 2,2 (18) | 2,0 (14) | | 5,8 (31) | 1,3 (4) | |
| Lääkehoito | | | 0,033 | | | <0,001 |
| Hyvä | 82 (675) | 86,2 (608) | | 69,4 (370) | 87,3 (268) | |
| Kohtalainen | 14,6 (120) | 12,1 (85) | | 22,7 (121) | 8,5 (26) | |
| Lisäkoulutuksen tarvetta | 3,4 (28) | 1,7 (12) | | 7,9 (42) | 4,2 (13) | |
| Lääkkeetön hoito | | | <0,001 | | | <0,001 |
| Hyvä | 38,4 (316) | 48,8 (344) | | 28,3 (151) | 57,7 (177) | |
| Kohtalainen | 43,3 (357) | 38,7 (273) | | 45,6 (243) | 34,9 (107) | |
| Lisäkoulutuksen tarvetta | 18,2 (150) | 12,5 (88) | | 26,1 (139) | 7,5 (23) | |
| Psykososiaalisten oireiden tunnistaminen | | | 0,038 | | | <0,001 |
| Hyvä | 37,5 (309) | 44,0 (310) | | 22,7 (121) | 50,2 (154) | |
| Kohtalainen | 50,5 (416) | 45,7 (322) | | 57,6 (307) | 40,1 (123) | |
| Lisäkoulutuksen tarvetta | 11,9 (98) | 10,4 (73) | | 19,7 (105) | 9,8 (30) | |
| Eksistentiaalisten ja henkisten /hengellisten tarpeiden tunnistaminen | | | 0,082 | | | <0,001 |
| Hyvä | 26,5 (218) | 31,6 (223) | | 12,4 (66) | 33,9 (104) | |
| Kohtalainen | 58,1 (478) | 54,6 (385) | | 59,7 (318) | 50,2 (154) | |
| Lisäkoulutuksen tarvetta | 15,4 (127) | 13,8 (97) | | 28,0 (149) | 16,0 (49) | |
| Läheisten kohtaaminen kuoleman lähestyessä ja surutyössä | | | 0,048 | | | <0,001 |
| Hyvä | 77,2 (635) | 80,4 (567) | | 40,9 (218) | 56,7 (174) | |
| Kohtalainen | 18,5 (152) | 14,0 (99) | | 35,8 (191) | 30,6 (94) | |
| Lisäkoulutuksen tarvetta | 4,4 (36) | 5,5 (39) | | 23,3 (124) | 12,7 (39) | |



Kuvio 2. Palliativiseen hoitoon ja saattohoitoon liittyvän hyväksi arvioitun osaamisen muutos kahden vuoden aikavälillä ympärivuorokautisessa hoidossa ($n=1617$, v. 2018 ja $n=1528$, v. 2020) ja kotihoidossa ($n=749$, v. 2018 ja $n=840$, v. 2020).

velutyypissä. Lääkehoidon ja kivun hoidon osaamisessa havaittiin pientä paranemista sekä ympärivuorokautisessa hoidossa että kotihoidossa. Lääkkeettömän hoidon kohdalla ympärivuorokautisen hoidon esihenkilöiden arviot heikkenivät hieman, kun taas kotihoidon puolella ne paranivat. Palliativisen hoidon ja saattohoidon osaamisen arvioissa näkyi selkeä heikkeneminen kummassakin palvelutyypissä. Muutosten tilastollista merkittävyyttä ei voitu tarkastella, koska tiedonkeruun teknisessä toteuttamisessa tapahtuneiden muutosten vuoksi vuosien 2018 ja 2020 aineistoja ei voitu yhdistää.

Pohdinta

Tulosten tarkastelua

Suuri joukko ympärivuorokautisen hoidon ja kotihoidon asiakkaista elää elämänsä viimeisiä vuosia. Palliativisen hoidon ja saattohoidon osaaminen on ympärivuorokautisen hoidon ja kotihoidon palveluissa työskenteleville hoitajille merkittävä osa hoitotyötä. Kaikilla iäkkäiden ihmisten palveluissa työskentelevillä sosiaali- ja terveydenhuollon ammat-

tilaisilla pitäisi olla riittävä perusosaaminen palliativisesta hoidosta ja saattohoidosta (Gamondi ym. 2013), jotta laadukas, ihmisen tarpeista lähtevä elämä pystytään turvaamaan kuolemaan saakka. Tässä tutkimuksessa tarkastelimme hoitohenkilöstön palliativisen hoidon ja saattohoidon osaamista ympärivuorokautisessa hoidossa ja kotihoidossa yksikön esihenkilöiden arvioimana.

Tutkimustuloksemme vahvistivat aikaisempia tuloksia siitä, että palliativisen hoitoon ja saattohoitoon liittyvää osaamista tulisi vahvistaa (esim. Unroe ym. 2015, Pivodic ym. 2018, Smets ym. 2018, Saarto ym. 2019b). Suurin osaamisvaje kohdistuu tutkimuksemme mukaan ympärivuorokautisessa hoidossa ja kotihoidossa psykososiaalisten oireiden tunnistamiseen, eksistentiaalisten ja henkisten/hengellisten tarpeiden tunnistamiseen sekä lääkkeettömään hoitoon. Kummassakin palvelutyypissä alle puolet yksiköiden esihenkilöistä arvioi osaamisen hyväksi näillä osa-alueilla. Sen sijaan lääkehoidon ja oirehoidon osaaminen olivat useimpien arvioiden mukaan hyvällä tasolla kummassakin palvelutyypissä. Ympäri vuorokautisessa hoidossa ja kotihoidossa olevilla iäkkäillä on lähes aina

yksi tai useampi kuolemaan johtava sairaus korkean iän aiheuttaman raihnaisuuden lisäksi. Myös kuoleman lähestyessä lääkkeellisen hoidon tarve oireiden hallinnassa yleensä kasvaa (Finne-Soveri ym. 2022). Hoitajien työhön kuuluu asukkaan/asiakkaan tilan jatkuva tarkkailu ja lääkehoidon toteuttaminen annettujen ohjeiden mukaisesti. Esihenkilöt saattavat kokea henkilöstön osaamisen näihin asioihin vahvempana, sillä usein niihin on luotu selkeät toimintamallit ja ohjeistukset yksiköissä. Lisäksi esihenkilöt vastaavat siitä, että henkilöstöllä on riittävä lääkehoidon osaaminen ja lääkeluvat kunnossa, joten koulutukseen on panostettu.

Hyvä palliatiivinen hoito ja saattohoito ei koostu pelkästään erilaisten oireiden hallinnasta, vaan kokonaisvaltaisesta elämänlaadun vaalimisesta, jossa kohtaaminen ja vuorovaikutus korostuvat. Hökän (2022) mukaan perusosaamiseen kuuluvat myös potilaan tukemisen ja kohtaamisen osaaminen. Psykososiaalisten ja eksistentiaalisten sekä henkisten ja hengellisten tarpeiden tunnistaminen ja täyttäminen korostuvat European Association for Palliative Care:n (EAPC) määrittelemissä palliatiivisen hoidon tärkeimmissä osaamiskohteissa (Gamondi ym. 2013). Näiden osa-alueiden osaamisessa todettiin tässä tutkimuksessa puutteita. Kuoleman läheisyys saattaa aiheuttaa ahdistusta ja nostaa esille kysymyksiä ja erilaisia tunteita itse kuolevalle henkilölle, heidän läheisilleen, mutta myös hoitajille. Kaikille asukkaille/asiakkaille yhtenäisiä toimintakäytänteitä on vaikea luoda, sillä ihmisten yksilölliset tarpeet, toiveet, elämäkatsomus ja kulttuuri määrittelevät annettavan avun ja tuen. Hoitajilta edellytetään herkkyyttä kuulla ja rohkeutta kohdata ihmisen hätä ja ahdistus sekä oma puutteellisuus. Osaamisen kehittyminen edellyttää paitsi koulutusta, mutta myös työn ja elämän mukanaan tuomaa kokemusta. Myös asenteet ovat läsnä kaikessa toiminnassa ja heijastuvat vuorovaikutukseen sekä haluun ja kykyyn toteuttaa hyvää hoitoa (Finne-Soveri ym. 2022).

Esihenkilöt arvioivat kivun hoidon osaamisen hyväksi yli puolessa yksiköistä kummasakin palvelutyypissä, mutta erityisesti kotihoidossa lisäkoulutuksen tarvetta oli silti paljon. Kipu on yleinen oire elämän loppuvaiheessa ja sitä esiintyy usealla iäkkäiden pitkäaikaishoidon asiakkaalla (Achterberg ym. 2010). Tutkimuksemme mukaan kivun hoidon osaaminen ei ympärivuorokautisen hoidon yksiköiden esihenkilöiden arvioiden mukaan ollut kehittynyt merkittävästi kahden vuoden aikana, vaikka kotihoidossa arviot olivatkin jonkin verran parantuneet. Puutteita kivun hoitoon liittyvässä osaamisessa on havaittu myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Pivodic ym. 2018). Varsinkin muistisairaiden henkilöiden kivun arviointi saattaa olla haastavaa ja edellyttää hoitajilta erityisiä taitoja. Finne-Soveri ym. (2018) vertasivat vaikeasti muistisairaiden potilaiden kivun hallintaa palvelutalojen ja laitoshoidon yksiköiden välillä. Tulosten perusteella palvelutalon asukkailla oli useammin epävakaa terveydentila, kipua sekä somaattisia ja psykiatrisia oireita ja lisäksi heidän akuuttipalvelujen käyttönsä oli runsaampaa ja kipulääkkeiden käyttö vähäisempää kuin laitoshoidon asukkailla. Tutkijoiden johtopäätöksenä oli, että tinkiminen palvelutalojen henkilöstöstä ja osaamistasosta sekä riittämättömät lääkäripalvelut kohdentavat kustannuksia akuuttipalveluihin ja johtavat inhimillisen kärsimyksen lisääntymiseen.

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaaminen kokonaisuutena arvioitiin hyväksi hie-man yli puolessa ympärivuorokautisen hoidon yksiköistä, mutta vain noin viidennes-sessä kotihoidon yksiköistä. Kotihoidossa lähes kaikki yksittäiset osa-alueet arvioitiin kokonaisuutta paremmaksi. Kotihoidossa yksittäisiä osa-alueita, kuten oirehoitoa tai lääkehoitoa, ei välttämättä samalla tavalla yhdistetä palliatiiviseen hoitoon, vaan osaksi päivittäistä toimintaa. Kotihoidon asiakkaat ovat yhä iäkkäämpiä ja monisairaita henkilöitä. On tärkeä ymmärtää, että palliatiivisen hoidon tarve kasvaa kroonisten sairauksien edetessä ja kuoleman lähestyessä. Hoitajien

on osattava tunnistaa, milloin tilanne edellyttää lääkärin konsultaatiota ja keskustelua mahdollisista hoitolinjauksista. Palliatiivisen hoidon kansallisen laatusuosituksen mukaan oikea-aikainen saattohoitopäätös on laadukkaan hoidon edellytys, joka mahdollistaa hoidon suunnittelun ajoissa sekä antaa potilaalle ja läheisille riittävästi aikaa lähestyvän kuoleman kohtaamiseen ja käytännön asioiden järjestämiseen (Saarto ym. 2022).

Tutkimuksessa tarkasteltiin myös palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kehitystä kokonaisuutena. Vuonna 2018 vastaajilta kysyttiin saattohoidon osaamista, mutta vuonna 2020 kysymys oli muotoiltu palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaaminen. Verrattaessa saattohoidon osaamisesta annettuja arvioita vuonna 2018 ja palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta vuonna 2020, on arvioissa havaittavissa merkittävää heikkenemistä. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kokonaisarvioon saattaa vaikuttaa se, että palliatiivisen hoidon käsite on verrattain tuore eikä sen sisältö välttämättä ole vastaajille täysin tuttu. Saattohoitoa ei myöskään aina mielletä osaksi palliatiivista hoitoa. Palliatiivinen hoito ja saattohoito määriteltiin kyselyssä ennen osaamiseen liittyvää kysymyspatteria WHO:n määritelmien mukaisesti (Sepúlveda ym. 2002, WHO 2020). Arviot merkittävästi heikentyneestä osaamisesta saattavat kuitenkin johtua käsitteisiin sisältyvistä merkityseroista, ja siksi voidaan pohtia, onko näiden eri vuosina hieman eri tavalla esitettyjen muotoilujen vertaaminen keskenään perusteltua.

Tarkasteltaessa eri palvelutyyppien vastauksia toisiinsa havaittiin esihenkilöiden arvioivan osaamisen paremmaksi ympärivuorokautisessa hoidossa kuin kotihoidossa kaikilla arvioiduilla osaamisen osa-alueilla. Iäkkäiden ihmisten yleisin kuolinpaikka on yhä sairaala, vaikka enenevässä määrin iäkkäitä kuolee ympärivuorokautisessa hoidossa (Forma ym. 2018). Kotona kuolemiset ovat vielä harvinaisia. Ympärivuorokautisessa hoidossa on perinteisesti hoidettu elämän loppuvaiheessa olevia iäkkäitä henkilöitä ja koulutukseen on

mahdollisesti myös panostettu enemmän kuin kotihoidossa. Kotihoidossa toimitaan asiakkaan luona useimmiten yksin, jolloin kollegalta oppimista ei tapahdu samalla tavalla kuin ympärivuorokautisessa hoidossa. Erityisen suuri ero palvelutyyppien välillä oli läheisten kohtaamisessa kuoleman lähestyessä ja surutyössä, jonka osalta kotihoidossa esiintyi paljon lisäkoulutuksen tarvetta tai osaaminen oli korkeintaan kohtalaista. Läheisten kohtaaminen on EAPC:n määritelmän mukaan yksi osa palliatiivisen hoidon ydinosaamista (Gamondi ym. 2013). Kotihoidossa omaiset ja muut läheiset ovat usein mukana hoidon ja hoivan toteuttamisessa, ja siksi vuorovaikutustaidot korostuvat. Kansallisena tavoitteena on mahdollistaa ihmisille loppuelämä ja kuolema heidän toivomassaan paikassa. Erityisesti kotihoidon palliatiivisen hoidon ja kotihoidon osaamista on vahvistettava, jotta tähän tavoitteeseen on mahdollista päästä.

Yksityisten toimintayksiköiden esihenkilöt arvioivat tässä tutkimuksessa osaamisen julkisia toimintayksiköitä paremmaksi. Jotkut yksityiset toimintayksiköt ovat saattaneet panostaa henkilöstön palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamiseen pitäen tätä kilpailuvalttina, ja tämä voi mahdollisesti näkyä tuloksissamme. Aikaisemmissa tutkimuksissa on kuitenkin havaittu, että kuntien itse tuottamassa palveluasumisessa päivystyspoliklinikan ja sairaalapalvelujen käyttö oli vähäisempää kuin ulkoistetuissa tai yksityisissä palveluissa (Saarto ym. 2019b). Yksityisistä pitkäaikaishoidon yksiköistä siirtymiä muualle on enemmän kuin julkisista yksiköistä ja siirtymien määrä kasvaa kuoleman lähestyessä (Forma ym. 2012). Yksityisten ja julkisten toimintayksiköiden vertailu edellyttää tarkempaa tutkimusta ennen kuin johtopäätöksiä voidaan tehdä.

Palliatiivisen hoidon järjestämisessä ollaan siirtymässä kolmiportaiseen malliin, jossa palliatiivisen hoidon palveluita tarjotaan potilaalle perus- ja erityistasoilla riippuen hoidon vaativuudesta (Saarto ym. 2017). Perustason palliatiivista hoitoa tarjotaan kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä, joissa hoidetaan

elämän loppuvaiheessa olevia ihmisiä, mutta jotka eivät ole erikoistuneet palliatiiviseen hoitoon. Ympäri vuorokautisen hoidon ja kotihoiton yksiköt kuuluvat perustasolle, ja niissä on sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen (Saarto ym. 2019b) mukaisesti osattava huolehtia palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutuksesta potilaille, joiden oirekuva on vakaa ja hoidon ja tuen tarve on ennakoitavissa. Hoitajien on myös pystyttävä tunnistamaan, milloin ihminen tarvitsee palliatiivisen hoidon ja saattohoidon erityistason palveluita. Ympäri vuorokautiseen hoitoon ja kotihoitoon erityistason palvelut voidaan toteuttaa esimerkiksi palliatiivisen kotisairaalan tuella.

Osaamisen kehittyminen on jatkuva prosessi. Osaamisen kartuttamista on myös kokeneemmalta kollegalta oppiminen. Läkäreiden laatukäsikirjan mukaan (Finne-Soveri ym. 2022) toimintayksikössä on hyvä olla käytössä myös kaikkia työntekijöitä koskeva osaamiseen perustuva toimintamalli, jonka päämääränä on asiakkaan omannäköinen hyvä elämä loppuun asti. Palveluiden laatua ja koko yksikön toimintaa parantaa suunnitelmallinen ja systemaattinen työntekijöiden osaamisen vahvistaminen. Yksiköt voivat myös pyrkiä muokkaamaan toimintakulttuuriaan ja -käytäntöjään kouluttautumista tukevaksi ja oppimisen mahdollistavaksi (Forsius ym. 2021). Myös tarpeenmukainen työnohjaus palliatiivista hoitoa tekeville ammattilaisille on hyvä varmistaa.

Osaamisen vahvistamista tarvitaan eri puolilla ja eri tasoilla palvelujärjestelmää. Palliatiivinen hoito ja saattohoito eivät nykytilanteessa sisälly riittävän hyvin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden perus- ja jatkokoulutusten opetussuunnitelmiin ja koulutukseen liittyy alueellista vaihtelua (Saarto ym. 2017, Saarto ym. 2019b). Esimerkiksi sairaanhoitajaopiskelijoista vain noin puolet kokee palliatiivisen hoidon osaamisensa riittäväksi (Hökkä 2022). Saarron ym. (2019) mukaan osaaminen muodostuu tutkintoon johtavasta perusopetuksesta täydentyen täydennyskoulutuksen ja erikoistumiskoulutuksen

kautta. Lisäksi osaamisen varmistamiseksi kaikille palliatiivista hoitoa toteuttaville ammattiryhmille pitäisi mahdollistaa systemaattinen lisä- ja täydennyskoulutus kaikilla järjestämisen tasoilla. THL:ssä on käynnistynyt yhden opintopisteen laajuinen Saattohoitopassi-täydennysverkkokoulutus, jonka tavoitteena on vahvistaa palliatiivisen hoidon perustasolla, kuten kotihoidossa ja ympäri vuorokautisessa hoidossa, työskentelevien osaamista ja mahdollistaa osaamisen varmistaminen valtakunnallisesti yhtenäisellä tavalla (THL 2022). Edupal-hankkeessa on luotu palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen osaamiskuvaukset sekä valtakunnalliset opetussuunnitelmasuositukset perus- ja tutkinnon jälkeiseen koulutukseen (Hökkä ym. 2021). Osaamisen kehittäminen kansallisella tasolla jatkuu mm. STM:n rahoittamissa Palliatiivisen hoidon palvelujen tuottaminen ja laadun parantaminen -ohjelman valtionavustushankkeissa.

Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksemme kattavuus oli hyvä: kysely kohdistettiin kaikille Manner-Suomen ympäri vuorokautisen hoidon ja kotihoiton toimintayksiköiden esihenkilöille ja sen vastausprosentit olivat kattavia. Tutkimus antaa yleiskuvan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta kansallisella tasolla ja tuloksia voidaan yleistää koko maata koskevaksi.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa se, että kysely kohdistettiin toimintayksiköiden esihenkilöille, joita pyydettiin arvioimaan henkilöstönsä osaamista. Tulokset perustuvat näin yksittäisen vastaajan arvioon. Melko suuri osa esihenkilöistä, varsinkin ympäri vuorokautisessa hoidossa, on myös vaihtunut viimeisen kahden vuoden sisällä. Tämä on saattanut vaikuttaa siihen, ettei esihenkilö tunne vielä tarpeeksi hyvin kaikkien työntekijöidensä osaamista ja saattaa arvioida henkilöstönsä osaamisen paremmaksi tai huonommaksi kuin se todellisuudessa on. Eri esihenkilöt voivat myös painottaa arvioissaan eri asioita. Jatkossa ky-

sely olisi syytä kohdistaa esihenkilöiden lisäksi myös yksittäisille työntekijöille.

Palliativista hoitoa ja saattohoitoa koskevat kysymykset perustuivat palliativisen hoidon ja saattohoidon asiantuntijaryhmän suosituksiin, alan kirjallisuuteen sekä kansallisen kehittämisen tavoitteisiin. Muodostettu kysymyspatteri vaikutti toimivalta ja antoi vastaukset tutkimuskysymyksiin. Vastausvaihtojen avulla saatiin esille, millaista osaamista toimintayksiköissä on sekä siihen liittyviä eroja. Tullevaisuudessa on kuitenkin tärkeää pohtia, kannattaisiko lisäkoulutuksen tarve kysyä omana kysymyksenään. Lisäkoulutuksen tarvetta voi ilmetä, vaikka osaaminen arvioitaisiinkin hyväksi. Kyselylomakkeessa oli kuvattu palliativisen hoidon ja saattohoidon määritelmät, mutta varsinkin palliativisen hoidon käsite on saattanut olla joillekin vastaajille vieras. Tutkimuksen tulokset tuovat kuitenkin ilmi ne palliativisen hoidon ja saattohoidon osa-alueet, joita on erityisesti syytä vahvistaa. Tulokset auttavat esihenkilöitä kehittämään laadukasta palliativista hoitoa ja saattohoitoa toimintayksiköissään ja kohdentamaan koulutusta osaamistarpeiden mukaan.

Johtopäätökset

Elämän loppuvaiheen hoidon osaaminen kaipaa vahvistusta iäkkäiden ympärivuoro-

kautisen hoidon ja kotihoidon yksiköissä. Eniten tarvetta lisäkoulutukselle on psykososiaalisten oireiden ja eksistentiaalisten tarpeiden tunnistamisessa sekä lääkkeettömässä hoidossa. Erityisesti kotihoidossa on puutteita palliativisen hoidon ja saattohoidon osaamisessa kokonaisuutena. Kotona ja kodinomaisissa olosuhteissa kuoleminen on lisääntymässä kansallisten tavoitteiden myötä, ja siksi osaamistasoa on parannettava, jotta iäkkäille voidaan tarjota laadukasta, tarpeittensa mukaista hoitoa elämänsä loppuvaiheessa siellä missä he asuvat.

Perustason osaamisen vahvistamiseen on panostettava kansallisesti, mutta myös toimintayksiköiden on huomioitava osaamisvajae omissa täydennyskoulutus suunnitelmassaan. Nykytilanteessa on tärkeää, että palliativisen hoidon ja saattohoidon toteuttamisen apuna toimii tähän erikoistunut yksikkö, kuten palliativinen kotisairaala, jolta hoitohenkilöstö saa tarvittaessa erityistukea ja neuvoja ympäri vuorokauden.

VASTUUALUEET

Tutkimuksen suunnittelu: PF, TH, HA, Aineiston analysointi: PF, HA, Käsikirjoituksen kirjoittaminen: PF, TH, Käsikirjoituksen kommentointi: HA

LÄHTEET

- Aaltonen M., Forma L., Rissanen P., Raitanen J. & Jylhä M. (2010) Transitions in health and social service system at the end of life. *European Journal of Ageing* 7, 91–100.
- Achterberg W., Gambassi G., Finne-Soveri H., Liperoti R., Noro A., Frijters D., Cherubini A., Dell'Aquila G. & Ribbe M. (2010). Pain in European long-term care facilities: Cross-national study in Finland, Italy and the Netherlands. *Pain* 148, 70–74.
- Connor S. (2020) *Global Atlas of Palliative Care*. Worldwide Palliative Care Alliance. <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>
- Finne-Soveri H., Forsius P., Hökkä M., Maula S., Surakka T. & Hammar T. (2022) *Laatukäsikirja elämän loppuvaiheen hoitoon iäkkäiden ihmisten palveluissa*. Ohjaus 6/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Finne-Soveri H., Jakovljevic D., Mäkelä M., Heikkilä R., Andreassen P., Kylänen M., Leppäaho S. & Hammar T. (2018) Vanhuksen kivun hallinta edenneessä muistisairaudessa toteutuu huomattavasti huonommin palvelutalossa kuin laitoksessa. *Lääkärilehti* 118(73), 1137–1142.
- Forma L., Jylhä M., Aaltonen M., Raitanen J. & Rissanen P. (2010) *Vanhuuden viimeiset vuodet – pitkäaikaishoito ja siirtymät hoitopaikkojen välillä*. Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 69. Kunnallisen alan kehittämissäätiö.
- Forma L., Aaltonen M., Pulkki J., Raitanen J., Rissanen P., Seinelä L., Valvanne J. & Jylhä M. (2018). Pitkäaikaishoito viimeisenä elinvuotena. Vertailussa suuret kaupungit ja muu Suomi 2002–2013. *Lääkärilehti* 38(73), 2086–2091.

- Gamondi C., Larkin P. & Payne S. (2013a) Core competencies in palliative care: an EAPC white paper on palliative care education: part 1. *European Journal of Palliative Care*, 20(2), 86–91.
- Haho, A. (2017) Palliativisen vaiheen syöpäpotilaiden eksistentiaalinen kärsimys. *Lääkärilehti* **33**(72), 1704–1710.
- Hänninen J. (2015) *Kuolevan kipu*. Sic! Lääketietoa Fimeasta 5 (4), 36–37. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130103/4_15%2036-37%20Kuolevan%20kipu.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hänninen J. & Rahko E. (2013) Oireiden hoito elämän loppuvaiheessa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* **129**(4), 433–439.
- Hökkä M., Martins Pereira S., Pölkki T., Kyngäs H. & Hernández-Marrero P. (2020) Nursing competencies across different levels of palliative care provision: A systematic integrative review with thematic synthesis. *Palliative Medicine* **34**(7), 851–870.
- Hökkä M. (2022) *Palliative care nursing competencies and undergraduate nursing students' views of palliative care education*. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Oulu
- Hökkä M. & Lehto J. (2021) *Jobdatus bankkeeseen: EduPal – palliativisen hoidon koulutuksen moniammatillinen kehittäminen*. Teoksessa: EduPal – Koulutusta kehittämällä parempaa palliativista hoitoa. (Toim.) Minna Hökkä, Juho Lehto, Sanna Heinonen ja Arja Suikkala. Kajaanin ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Raportteja ja selvityksiä B 125/2021.
- Mäenpää P., Lamminmäki A., Kaakinen P. & Hökkä M. (2021) Potilaiden ja läheisten kokemuksia lääkärin palliativisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* **58**, 182–190.
- Palliativinen hoito ja saattohoito*. Käypä hoito -suositus (2019) Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>. (29.6.2022)
- Pivodic L., Smets T., Van der Noortgate N., Onwuteaka-Philipsen B., Engels Y., Szczerbinska K., Finne-Soveri H., Froggatt K., Gambassi G., Deliens L. & Van den Block L. (2018). Quality of dying and quality of end-of-life care nursing home residents in six countries: An epidemiological study. *Palliative Medicine* **32**(10), 1584–1595.
- Saarto T. & asiantuntijatyöryhmä. (2017). *Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen*. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:4. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Saarto T., Finne-Soveri H. & asiantuntijatyöryhmät (2019a) *Palliativisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Alueellinen kartoitus ja suositusehdotukset laadun ja saatavuuden parantamiseksi*. Sosiaali- ja terveysministeriön muistioita ja raportteja 2019:14. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Saarto T., Finne-Soveri H. ja asiantuntijatyöryhmä (2019b) *Suositus palliativisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa: Palliativisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Saarto T., Lyytikäinen M., Ahtiluoto S., Junttila K., Lehto J., Finne-Soveri H., Hammar T. & Forsius P. (2022) *Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus*. Ohjaus 4/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Saske S., Kehusmaa S. & Alastalo H. (2021) *Vanhuspalvelujen tila toukokuussa 2021*. Ympäri vuorokautisen hoidon, kotihoidon ja tavallisen palveluasumisen asiakkaat ja henkilöstö. <https://www.slideshare.net/THLfi/vanhuspalvelujen-tila-toukokuussa-2021-ymparivuorokautisen-hoidon-kotihoidon-ja-tavallisen-palveluasumisen-asiakkaat-ja-henkilost>
- Sepúlveda C., Marlin A., Yoshida T. & Ullrich A. (2002) Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management* **24**(2), 91–96.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2021). *Selvitys sääntelytarpeista ja työryhmän näkemyksiä lainsäädännön muuttamisesta: Elämän loppuvaiheen hoitoa, itsemääräämisoikeutta, saattohoitoa ja eutanasiaa koskevan lainsäädäntötarpeen asiantuntijatyöryhmän loppuraportti*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2021:23. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5667-4>.
- Ten Koppel M., Pasman H.R.W., van der Steen J.T., van Hout H.P.J., Kylänen M., Van den Block L., Smets T., Deliens L., Gambassi G., Froggatt K., Szczerbinska K. & Onwuteaka-Philipsen B.D. (2019). PACE. Consensus on treatment for residents in long-term care facilities: perspectives from relatives and care staff in the PACE cross-sectional study in 6 European countries. *BMC Palliative Care* **18**(73).
- Tilastokeskus (2021). *Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt*. ISSN=1799–5051. Helsinki: Tilastokeskus. http://www.stat.fi/til/ksyyt/2020/ksyyt_2020_2021-12-10_tau_001_fi.html. (14.6.2022)
- Unroe K., Cagle J., Lane K., Callahan C. & Miller S. (2015). Nursing Home Staff Palliative Care Knowledge and Practices: Results of a Large Survey of Frontline Workers. *Journal of Pain and Symptom Management* **50**(5), 622–629.
- Vattula K., Rajala M., Kuivila H-M., Hökkä M., & Kaakinen P. (2020) Lähihoidajien kokemukset palliativisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. *Hototiede* **32**(2), 122–133.
- World Health Organization (2020) *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. (7.9.2022)

Pirita Forsius, TtM, tutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, PL 30, 00271 Helsinki, pirita.forsius@thl.fi

Teija Hammar, TtT, johtava asiantuntija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, PL 30, 00271 Helsinki, teija.hammar@thl.fi

Hanna Alastalo, FT, johtava tutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, PL 30, 00271 Helsinki, hanna.alastalo@thl.fi