

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / Terveystenhoitaja

Maarit Luukka

VIERELLÄ KULKIEN, NOSTAEN, AUTTAEN

OMAHOITAJUUDEN KEHITTÄMINEN SAATTOHOIDOSSA LAHDEN KAUPUNGINSAIRAALAN OSASTO L62:LLA

Opinnäytetyö 2012

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

LUUKKA, MAARIT

VIERELLÄ KULKIEN, NOSTAEN, AUTTAEN

Omahoitajuuden kehittäminen saattohoidossa Lahden kaupunginsairaalan osasto L62:lla

Opinnäytetyö

51 sivua + 8 liitesivua

Työn ohjaaja

Lehtori Asta Niemi

Toimeksiantaja

Lahden kaupunginsairaala, Osasto L62

Marraskuu 2012

Avainsanat

kuolema, saattohoito, omahoitajajärjestelmä, palliativinen hoito

Tämän tutkimuksen aiheena on omahoitajuus saattohoidossa. Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia hoitajien näkemyksiä omahoitajuudesta saattohoidossa Lahden kaupunginsairaalan osasto L62:lla. Tutkimuksen tarkoituksena oli myös löytää hyvää omahoitajuutta estäviä tekijöitä sekä omahoitajuutta tukevia tekijöitä osasto L62:lla. Tutkimuksen tuloksia on tarkoitus käyttää omahoitajuuden kehittämisessä osastolla. Tutkimus toteutettiin strukturoituna kyselynä. Lisäksi kyselyssä oli kolme avointa kysymystä. Tutkimuksen kohteena olivat osastolla työskentelevät hoitajat. Vakituisten hoitajien lisäksi osastolla toimii sijaisia, joilla oli myös mahdollisuus tutkimusaikana osallistua kyselyyn. Tutkimusjoukko oli 21 vastaajaa, joista lomakkeen palautti 13 vastaajaa. Vastaajajoukko edusti kattavasti osastolla työskenteleviä hoitajia. Kysely suoritettiin maaliskuussa 2012 tutkimusosastolla. Strukturoitujen kysymysten vastauksista muodostettiin suoria jakaumia ja avointen kysymysten vastaukset luokiteltiin strukturoitujen kysymysten vastausten kanssa samojen teemojen mukaan.

Tutkimustuloksista ilmeni, että Lahden kaupunginsairaalan osasto L62:n työskentelevillä hoitajilla on hyvä käsitys siitä, mitä omahoitajuus saattohoidossa tarkoittaa. Toimivan omahoitajuuden katsottiin nostavan hoidon tasoa ja onnistunut omahoitajuus koettiin palkitsevana. Vaikka hoitajat kokivat omaavansa valmiuksia saattohoitopotilaan omahoitajuuteen, omahoitajan roolista kaivattiin selkeämpää kuvaa ja tehtävistä yhtenäisiä käytäntöjä. Omahoitajuutta estävinä tekijöinä tutkimuksessa tulivat esille kiire, lyhyt hoitoaika, osaston fyysisten tilojen puutteet, työvuorojen toimimattomuus sekä koulutuksen puute omahoitajuuden ja saattohoitotyön kokonaisvaltaisen osaamisen vahvistajana. Omahoitajuutta tukevinä tekijöinä nousivat esille hoitajien oman osaamisen lisäksi kollegiaalisuus, työnohjaus ja vapaaehtoistyöntekijät. Omahoitajuutta tukevana tekijänä nähtiin myös tiedon saanti oman potilaan hoitoon liittyvistä asioista ja hoitolinjoista päättämisen mahdollisuus.

Tämä tutkimus tuotti omahoitajuuden kehittämiseen käytettävää tietoa tutkimusosastolla. Tieto on hyödynnettävissä myös vastaavanlaisissa, saattohoitotyötä tekevissä yksiköissä, joissa on käytössä omahoitajajärjestelmä.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Health Care

LUUKKA, MAARIT

Walking Side by Side, Raising and Helping
Development of Primary Nursing in Terminal Care in Lahti
City Hospital, Ward L62

Bachelor's Thesis

51 pages + 8 pages of appendices

Supervisor

Asta Niemi, Senior lecturer

Commissioned by

Lahti City Hospital, Ward L62

November 2012

Keywords

death, terminal care, primary nursing, palliative care

The goal of this Bachelor's thesis was to study primary nursing in terminal care. The target was to examine nurses' views on primary nursing in terminal care at ward L62 for palliative care in Lahti City Hospital. The purpose was also to find out factors preventing good primary nursing as well as factors supporting it on ward L62. The results of this thesis are to be used in developing primary nursing at the ward. The material was collected by structured questionnaires with an addition of three open questions. The target group was the staff nurses at the ward. In addition there were substitutes, who also had a chance to take part in the inquiry during their employment. The questionnaires were sent to 21 answerers, 13 of which returned them. The answerers represented comprehensively the nurses working at the ward. The inquiry was carried out during March 2012 at the ward to be examined. Direct distributions were formed of the answers, and the answers to the other questions were categorized in the same themes as these.

The results indicated that the nurses working at ward L62 at Lahti City Hospital had an adequate view on the contents of primary nursing in terminal care. Well-functioning primary nursing was regarded to improve the quality of nursing and successful primary nursing was experienced very rewarding. Even though the nurses had the experience of readiness to primary nursing in terminal care, a clearer picture of their role in various assignments was required. As factors preventing primary nursing were mentioned haste, short nursing periods, defects of the accommodation in the ward, nonfunctional shifts and lack of education as an intensifier of comprehensive pragmatics in primary nursing and terminal care. Factors supporting primary nursing were collegiality the nurses' own pragmatics, work coaching and voluntary workers. Getting information about one's own patient's matters and the possibility of determining the nursing policy were considered as factors supporting primary nursing.

This thesis gave information for developing primary nursing at the ward examined. The information can also be used in similar units of palliative care, with a system with primary nursing at use.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	6
2	SAATTOHOITO SUOMESSA	7
	2.1 Saattohoidon määritelmä	7
	2.2 Saattohoidon nykykäytännöt	7
	2.3 Saattohoito prosessina	10
	2.3.1 Omaiset osana saattohoitoa	13
	2.3.2 Hoitoympäristö	14
	2.3.3 Moniammatillinen työryhmä	15
	2.3.4 Saattohoidon osaaminen	16
	2.3.5 Saattohoidossa jaksaminen	18
3	OMAHOITAJUUS SAATTOHOIDOSSA	19
	3.1 Omahoitajuus ja yksilövastuinen hoitotyö käsitteenä	19
	3.2 Hoitosuhde, henkinen tuki	20
	3.3 Omahoitaja ja potilaan läheiset	22
4	SAATTOHOITO OSASTO L62:LLA	23
5	TUTKIMUSKYSYMYKSET	24
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	24
	6.1 Aineiston keruu, kohderyhmä ja analysointi	24
	6.2 Tutkimuksen luotettavuus	26
	6.3 Tutkimukseen liittyvät eettiset kysymykset	28
7	TUTKIMUSTULOKSET	29
	7.1 Taustatietoja vastaajista	29
	7.2 Hoitajien näkemys omahoitajuudesta saattohoidossa	29
	7.2.1 Hyvä omahoitajuus, hoitosuhde, kuolemasta puhuminen	29
	7.2.2 Omaiset osana hoitoa	31
	7.2.3 Potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen	32

7.3 Hyvän omahoitajuuden toteutumista tukevia sekä vaikeuttavia tekijöitä saattohoidossa osastolla L62	32
7.3.1 Hoitoyhteisön tuki, vuorovaikutus ja vapaaehtoistyöntekijät	32
7.3.2 Osastonhoitajan tuki omahoitajuuden toteuttamiseksi	34
7.3.3 Osaston puitteet ja toimintatavat omahoitajuuden tukena	35
7.3.4 Omahoitajan käsitys osaamisestaan, koulutustarpeestaan ja jaksamisestaan saattohoitotyössä	38
8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	40
LÄHTEET	46
LIITTEET	
Liite 1. tutkimuslupa-anomus	
Liite 2. kysymyslomakkeen saatekirje	
Liite 3. kysymyslomake: taustatiedot	
Liite 4. kysymyslomake	

1 JOHDANTO

Kuolema on elämän luonnollinen päätepiste. Jokainen ihminen joutuu kohtaamaan elämässään joko läheisen, omaisen tai tuttavan kuoleman. Hoitotyötä tekevät kohtaavat kuoleman työssään, työpaikasta riippuen, useita kertoja vuodessa ja saattohoitotyötä tekevät muita useammin, jopa päivittäin.

Harva asia pysäyttää ihmisen niin kuin kuolema. Myös kuolevan potilaan hoito koskettaa vahvasti niin läheisiä kuin hoitajia. Kuolevan ihmisen riittämätön kivun hoito ja puutteellinen kärsimyksen lievittäminen koetaan epäinhimillisinä. Omaiset ja läheiset kuolevan potilaan vierellä voivat joskus kokea saavansa huonoa kohtelua. Toisaalta useilla omaisilla on kokemus onnistuneesta saattohoidosta. Tällaiset vastakkaiset kokemukset ovat nostaneet saattohoidon myös yleiseen keskusteluun. Hoitopaikasta riippumaton, kuolevan ihmisen inhimillinen hoito, omaisten lämmin kohtaaminen sekä surussa tukeminen tulisikin olla kaikkien tasavertainen oikeus ja itsestänselvyys.

Keväällä 2009 käytiin sosiaali- ja terveysministeriössä keskustelu saattohoidon kehittämisestä Suomessa. Tämän keskustelun seurauksena julkaistiin uudet saattohoitosuositukset kesäkuussa 2010. Ne edellyttävät koko maassa kuolevan ihmisen entistä laadukkaampaa ja suunnitelmallisempaa hoitoa hoitopaikasta riippumatta. Suositusten toteutumista edistetään käynnistämällä keskustelua hyvän saattohoidon merkityksestä. (Pihlainen 2010, 7.)

Suomessa saattohoitoa tarvitsee vuosittain noin 15 000 potilasta. Tulevaisuudessa ikäännyvän väestön määrällinen lisääntyminen sekä syöpähoitojen kehittyminen tulevat lisäämään saattohoidon tarvetta. Saattohoitoa toteutetaan potilaan tarpeiden ja toiveiden mukaisesti potilaan kotona, palvelutaloissa, vanhainkodeissa ja muissa asumisyksiköissä, terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastoilla sekä saattohoitokodeissa. Saattohoitoon erikoistuneiden saattohoitokotien rinnalle on sekä kunnissa että sairaanhoitopiireissä perustettu hoitolaitosten yhteyteen yksikköjä, jotka järjestävät saattohoitoa alueensa potilaille. (Pihlainen 2010, 11, 16.) Perusterveydenhoito voi tukea kotona tapahtuvaa saattohoitoa. Lasten saattohoito on aina erikoissairaanhoidon vastuulla. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.)

Lahden kaupungin perusterveydenhuollon sisällä on saattohoitoa antava kaupunginsairaalan palliatiivisen hoidon osasto L62. Osasto on vanhusten palveluiden ja kuntoutuksen alainen yksikkö, ja sen toimintaa ohjaavat Lahden kaupungin strategiasta johdetut arvot, joita ovat kehittämishalukkuus, kestävä kehitys, yhteisöllisyys ja vastuullisuus. Näihin arvoihin sisältyvät osaston omat arvot: ihmisarvo, tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus, inhimillisyys sekä perhekeskeisyys. Osaston toiminta perustuu yksilövastuiseen hoitotyön periaatteisiin pohjautuvaan tiimityöhön. Jokaisella potilaalla on nimetty omahoitaja. Yksilövastuinen hoitotyö ja omahoitajuus on otettu osasto L62:lla kehittämisen painopistealueeksi. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kartoittaa omahoitajuuden kehittämiskohteita saattohoidossa osasto L62:lla ja tuloksia on tarkoitus käyttää omahoitajuuden kehittämisessä osastolla.

2 SAATTOHOITO SUOMESSA

2.1 Saattohoidon määritelmä

Saattohoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan kuolevan potilaan hoitoa siinä tilanteessa, kun potilaan sairauteen ei enää ole hoitomenetelmiä. Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa. Palliatiivinen hoito on sairauden oireenmukaista hoitoa. (Toppinen 2004, 33.)

Palliatiivisen hoidon kesto saattaa olla jopa vuosia, kun saattohoidossa potilaan elinajan ennuste on enää viikkoja tai enintään kuukausia. Palliatiivisen hoidon yhteydessä kuolemaa pidetään luonnollisena tapahtumana. Saattohoidon tavoitteena on, että ihminen saa kuolla mahdollisimman turvallisesti, kivuttomasti, arvokkaasti ja rakkautta saaden. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008; Leino 2008, 17.)

2.2 Saattohoidon nykykäytännöt

Jokaisella Suomessa asuvalla henkilöllä on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Se ja muut potilaan oikeudet määritellään laissa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.) Kaikkien potilaiden on saatava terveystalveluja yhdenvertaisesti. Potilaalla on lain mukaan oikeus hyvään kohteluun siten, että hänen

ihmisarvoaan, vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilaan äidinkieli, yksilölliset tarpeet ja kulttuuri on otettava huomioon hänen hoidossaan ja kohtelussaan. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää myös potilaan itsemääräämisoikeutta. Hoidon on tapahduttava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Hoidon aloittamiseksi hankitaan aina, kun se on mahdollista, potilaan tai hänen laillisen edustajansa, lähiomaisensa tai muun läheisensä suostumus. Potilaan tulee saada tiedot terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hoitoonsa liittyvistä seikoista.

Lain 4. §:n mukaan terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559) määrittelee terveydenhuollon ammattihenkilöstön ammattiin liittyvät eettiset velvollisuudet. 15. §:n mukaan ammattitoiminnan päämääränä on potilaiden terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja kärsimysten lievittäminen. Terveydenhuollon ammattihenkilöllä on velvollisuus ottaa huomioon, mitä potilaan oikeuksista säädetään.

Muita juridisia säädöksiä, jotka vaikuttavat kuolevan potilaan hoitoon ja kuolemaan ovat Suomen ratifioima kansainvälinen ihmisoikeussopimus (erityisesti Euroopan Neuvoston ihmisoikeussopimus 63/1999), Euroopan neuvoston ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva sopimus 2009, Suomen perustuslakiin kirjatut perusoikeudet (731/1999), Kansanterveyslaki (66/1972), Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989), Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kuoleman toteamisesta (27/2004) ja Laki kuoleman hetken jälkeisistä toimista ja vainajaksi toteamisesta (459/1973, asetus 948//1973 ja 27/2004). (Grönlund & Huhtinen 2011, 32.)

Sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset ovat vastuussa saattohoitopotilaiden hyvän hoidon yhdenvertaisesta organisoimisesta ja toteuttamisesta. Saattohoitoa toteutetaan potilaan tarpeiden ja toiveiden sekä mahdollisuuksien mukaan siellä, missä potilas asuu ja elää tai on jo hoidossa: kotona, palvelutaloissa, vanhainkodeissa ja muissa asu-

misyksiköissä, terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastoilla tai saattohoitokodissa. Perusterveydenhoito voi tukea kotona tapahtuvaa saattohoitoa. Lasten saattohoito on aina erikoissairaanhoidon vastuulla. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.) Potilaan kannalta merkityksellistä on se, että hoito on lähellä omaisia ja ystäviä. Näin turvataan omaisten ja läheisten mahdollisuus osallistua loppuvaiheen hoitoon potilaan toivomalla tavalla. (Pihlainen 2010, 24; Hänninen & Anttonen 2008, 23 – 24; Anttonen 2008, 50.)

Saattohoitokodit ovat parantumattomasti sairaiden, jo kuolemaa lähestyvien, potilaiden hoitopaikkoja (Sand 2003, 37). Suomessa saattohoitoon erikoistuneita saattohoitokoteja on viisi: Helsingissä, Tampereella, Hämeenlinnassa ja Turussa. Uusin saattohoitokoti, yksityinen Karjalakoti, on perustettu Lappeenrantaan syksyllä 2011. (Grönlund & Huhtinen 2011, 79.) Suomessa tarvittaisiin yksi saattohoitopaikka 15 000 asukasta kohden. Tämä merkitsee 350 saattohoitopaikan lisätarvetta. (Holli 2009; Hänninen.) Saattohoitokotien määrän kasvattaminen ei kuitenkaan tunnu järkevältä ratkaisulta hoidon saannin varmistamiseksi. Sen sijaan saattohoidon toteuttamista jo olemassa olevissa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa pidetään tulevaisuudessa parempana vaihtoehtona. Saattohoitokotien osaaminen ja niiden tekemä kehittämistyö on merkittävää, ja sitä voidaan hyödyntää hoidon järjestämisessä ja kehittämisessä sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä. (Pihlainen 2010, 3, 33 – 34; Holli 2009.)

Keväällä 2009 käytiin sosiaali- ja terveysministeriössä keskustelu saattohoidon kehittämisestä Suomessa. Tämän keskustelun seurauksena julkaistiin kesäkuussa 2010 Hyvä saattohoito Suomessa -asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset. Ne edellyttävät koko maassa kuolevan ihmisen entistä laadukkaampaa ja suunnitelmallisempaa hoitoa hoitopaikasta riippumatta. Suosituksien toteutumista edistetään käynnistämällä keskustelua hyvän saattohoidon merkityksestä. (Pihlainen 2010, 7.) Sairaanhoitopiireiltä, suurilta kaupungeilta ja joiltakin sosiaalialan edustajilta pyydettyissä palautteissa valtakunnallisiin suosituksiin oltiin tyytyväisiä ja niiden katsottiin edistävän alueellisesti yhteneväisiä ja tasa-arvoisia käytäntöjä (Pihlainen 2010, 3, 33 – 34).

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä on tehnyt Käypä hoito -suositukset (2008) siitä, kuinka saattohoitoa tulee Suomessa toteuttaa. Myös WHO:n on myös määritellyt kuolevan

potilaan hoidolle päämäärät. Näissä suosituksissa kuolema nähdään elämän luonnollisena päätepisteenä ja saattohoidon perustana on potilaan ihmisarvo. Keskeistä on sairauden sekä lähestyvän kuoleman aiheuttamien oireiden ja niistä johtuvan kärsimyksen lievitys. Kuolevalle tulee tarjota psyykkistä ja henkistä tukea. Kuolevan potilaan jäljellä olevasta elämästä pyritään tekemään mahdollisimman hyvä ja aktiivinen. Omaisia ja läheisiä tuetaan potilaan sairauden aikana ja kuoleman jälkeen. (Hänninen & Anttonen 2008, 27.)

2.3 Saattohoito prosessina

Saattohoitopäätös on lääketieteellinen päätös, jossa parantavasta hoidosta siirrytään oireidenmukaiseen hoitoon. Hoitopäätöksen tekee aina lääkäri yhteisymmärryksessä potilaan tai hänen edustajansa kanssa. Hoitolinjauksista keskustellaan potilaan ja, mikäli potilas sallii, hänen omaistensa kanssa. (Eho, Hänninen, Kannel, Pahlman & Halla 2003, 6; Pihlainen 2010.) Saattohoitopäätös tulee kirjata potilasasiapapereihin, jossa se siirtyy potilasta hoitavaan yksikköön. Lyhenne DNR (do not resuscitate) tai muu lyhyt merkintä elvytyskiellosta ei ole saattohoidon aloittamisesta kertova merkintä. (Hänninen & Anttonen 2008, 23 – 24; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.)

Saattohoito on uudelleen suuntautuvaa hoitoa. Siihen siirtyminen ei tarkoita sitä, että kaikesta hoidosta oltaisiin luopumassa. Tämä tulee tehdä potilaalle sekä hänen läheisilleen ymmärrettäväksi hoitopäätöstä tehtäessä. Saattohoitovaiheessa hoidon tavoitteena on pitää potilaan elämänlaatu mahdollisimman hyvänä ja elämänarvoisena. (Hänninen 2003a, 109; Mattila 2010, 38 – 40.) Jokaisen ihmisen elämä ja kuolema ovat ainutkertaisia ja yksilöllisiä. Sand on tehnyt väitöskirjan ”Sateenkaaren päästä löytyy kultaa”- tutkimus suomalaisesta saattohoidosta (2003). Tutkimuksessa tarkastellaan, mitä tehtäviä ihmisellä on kuoleman lähestyessä, millaista hoitamista saattohoitoyhteisöt arvostavat, millaisia ympäristöjä saattohoitokodit ovat sekä mitä potilaat ja heidän omaisensa saattovaiheen hoidolta odottavat. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että saattohoito on sekä potilaan yksilöllisesti huomioon ottavaa että perhekeskeistä. Kuolevan potilaan hoitotyön tuleekin lähteä potilaan yksilöllisistä fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalisista, hengellisistä ja henkisistä tarpeista. (Lipponen 2006, 7; Leino 2008, 18; Hänninen & Anttonen 2008, 25; Anttonen 2008, 51 - 52; Hänninen 2003a, 107.) Suunnitelmallista hoitoa varten potilaan tarpeet tulee selvittää potilasta kuunnellen. Kun potilas tulee kuulluksi, hän tuntee myös osallistuvansa hoitoaan kos-

keviin asioihin. Potilaan kokema oman elämän hallinta vähentää myös toisista riippuvaiseksi tulemisen aiheuttamaa ahdistusta. (Grönlund & Huhtinen 2011,19; Fenwick 2004,1.)

Hoitoneuvottelu on tilaisuus, jossa potilaan yksilöllisiä hoidon tarpeita ja tavoitteita määritellään. Hoitoneuvottelu tulisi järjestää ainakin yhden kerran kullekin potilaalle. Omahoitajalla on keskeinen asema hoitoneuvottelun järjestäjänä. Hoitoneuvotteluun osallistuvat potilas, hänen tärkeät läheisensä sekä hoitavat työntekijät. Hoitoneuvottelussa keskustellaan potilaan kokonaistilanteesta sekä kuunnellaan ja kysytään potilaan lisäksi myös omaisten odotuksia ja toiveita hoidolta. (Pihlainen 2010; Grönlund & Leino 2008, 37 – 42; Grönlund & Huhtinen 2011, 105.) Potilaan tahtoa kuultaessa potilaan hoitotahto ja itsemääräämisoikeus toteutuvat. Mikäli potilas ei itse kykene ilmaisemaan tahtoaan, kaikki hoitoon liittyvät päätökset tehdään ensisijaisesti potilaan hyvän hoidon perusteella ja ne perustuvat aine lääke- ja hoitotieteelliseen näyttöön. (Pihlainen 2010; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.) Hoitoneuvottelussa käsitellyt ja sovitut hoitolinjaukset kirjataan potilaan hoitosuunnitelmaan. Hoito toteutetaan potilaan, omaisten ja moniammatillisen työryhmän yhteistyönä. Hoidon jatkuvuus varmistetaan ja hoitoa arvioidaan jatkuvasti. Hoitosuunnitelma päivitetään potilaan voinnin ja tilanteen mukaan. (Pihlainen 2010; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.)

Tavallisimpia kuolevan potilaan oireita ovat kipu, hengenahdistus, pahoinvointi, väsymys, ruokahaluttomuus, suun kuivuminen, laihtuminen, yskä, ummetus, ahdistuneisuus, masentuneisuus ja unettomuus (Anttonen & muut 2011; Surakka 2001, 44; Pihlainen 2010; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008). Kipu on yksi kuolevan potilaan monista elämää vaikeuttavista tekijöistä. Fyysinen kipu voi olla hyvin monimuotoinen ja siksi kivun arviointi ei aina ole helppoa, eikä kuolevan elimistö ei aina pysty käyttämään hyväkseen parhaitakaan hoitoja. Ensisijainen kivunhoitolääkitys on vahvat opioidit. Luottamuksellinen ja turvallinen hoitosuhde merkitsee paljon kivunhoidossa. Kuolevan potilaan oireisiin kuuluu myös hengenahdistus viimeisten elinviikkojen aikana. Potilas kokee sen hengästymisenä ja vaikeutena hengittää ja siitä johtuen hän voi kokea pelkoa tukehtumisesta. Saattohoitopotilaalla on usein nestekertymää keuhkoissa ja vatsaontelossa, jotka vaikeuttavat hengitystä. Myös elimistön kuihtumisesta seuraa hengitysheikkoutta ja vaikeaa anemiaa. Vaikeutuvaa hengitystä voidaan helpottaa eri tavoin: lääkehoidolla, nestepunktiolla, happilisällä, sekä asentohoidolla. Yskä ja limaisuus kuuluvat myös saattohoitopotilaan oireisiin. Limaisuutta voidaan helpot-

taa lääkkeillä, asentohoidolla ja imemällä sitä pois suusta ja ylänielusta. Suun kuivuminen ja kipu suussa ovat yleisiä oireita saattohoitopotilailla. Kuolevalla potilaalla syljen koostumus voi muuttua ja syljen erittyminen vähetä. Myös lääkkeet lisäävät suun kuivumista. Suun kipua voivat aiheuttaa myös suun tulehdukset ja infektiot. Suun hoitamiseen ja kostuttamiseen on kiinnitettävä huomiota. Kuolevan potilaan oireisiin kuuluu ummetus, ja myös sitä on aktiivisesti hoidettava ja ehkäistävä. Ruokahaluttomuutta ja laihtumista ei yleensä ole enää tarpeellista suonensisäisellä ravitsemuksella ja nesteytyksellä hoitaa. Kuolemaa lähestyvän potilaan kiinnostus syömistä ja juomista kohtaan vähenee. Myös nielemisvaikeus ja limaisuus hankaloittavat syömistä. Mahasuolikanavan toimimattomuus aiheuttaa ruokahaluttomuuden ja ummetuksen lisäksi myös pahoinvointia ja oksentelua. Pahoinvointia voi aiheuttaa myös potilaan sairaus tai lääkehoidon sivuvaikutukset sekä paljon muitakin syitä potilaan sairaudesta johtuen. (Grönlund & Huhtinen 2011, 112 – 118; Heikkinen ym. 2004, 56 – 64; Hänninen 2003b, 44 – 227.)

Saattohoitovaiheessa oleva potilas on usein masentunut ja ahdistunut. Hän kokee ahdistusta kuoleman konkretisoitumisesta, vaikka sitä on usein edeltänyt pitkä sairastamisaika. (Suni 2003, 105 – 106.) Siksi sairauden etenemisestä ja kuoleman lähestymisestä puhuminen on kuolevan potilaan hoidossa tärkeää. Potilaalla tulee olla riittävästi mahdollisuuksia keskustella sairaudestaan ja lähestyvästä kuolemasta. (Mattila 2006, 41.) Eettiseen hoitotyöhön kuuluu toivon ylläpitäminen. Vaikka tässä vaiheessa toivoa paranemisesta ja elämän jatkumisesta ei enää ole, potilas voi silti toivoa muita tärkeiksi kokemiaan asioita. Hän voi esimerkiksi toivoa läheisten läsnäoloa tai lempiruokia, saunaan pääsemistä tai sellaista kuoleman jälkeistä elämää, jossa ei ole kärsimystä. (Grönlund & Huhtinen 2011, 18.) Näitä potilaan toiveita tulee pyrkiä täyttämään mahdollisuuksien mukaan.

Kuoleman hetkellä potilasta tulee hoitaa arvokkaasti ja hänen ihmisarvonsa säilyttäen. Läheisten ihmisten osallistumista kuoleman hetkeen tulee rohkaista ja tukea. (Anttonen ym. 2011.) Kuolleen ruumiilla on oma koskemattomuutensa ja arvokkuutensa, ja ruumista tulee käsitellä sen mukaisesti. Omaisten tulee saada jättää jäähyväiset rauhassa haluamallaan tavalla. (Grönlund & Huhtinen 2011, 25.) Hyvä saattohoito on myös ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa. Hyvällä hoidolla on vaikutusta jälkeenjäävien terveyteen ja kykyyn selviytyä myöhemmin elämässä eteen tulevista kriiseistä. (Häihälä, Lehtipuu-Vuokola & Surakka 2008.)

2.3.1 Omaiset osana saattohoitoa

Ridanpää (2006) on tehnyt pro gradu -tutkielman kuolevan hoitotyötä koskevista kirjallisista ohjeista. Tutkielman tulosten mukaan kuolevan hoitotyöhön sisältyy kuolevan potilaan ja hänen läheistensä hoito. Ihmistä ei tule hoitaa perhetaustastaan ja yhteisöstään irrallisena, vaan osana sitä. Myös Sandin (2003) tutkimuksessa perheen merkitys korostuu hoitamisen voimavarana. Saattohoitovaiheessa olevalle potilaalle omaisilta ja läheisiltä saatu lohdutus, lämpö ja rakkaus antavat tukea ja toivoa, jotka lisäävät potilaan elämän laatua. (Grönlund & Huhtinen 2011, 81; Heikkinen ym. 2004, 71.) Siksi läheisillä tulee olla mahdollisuus osallistua potilaan saattohoitoon omien mahdollisuuksiensa ja potilaan tahdon mukaan. Hoitoon osallistuminen helpottaa myös läheisten surutyötä. (Pihlainen 2010, 30 – 31; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008; Mattila 2010, 43.)

Läheisen sairastuminen ja lähestyvä kuolema aiheuttavat monenlaisia tunteita. Läheisiltä vaaditaan toisaalta luopumista, mutta toisaalta tahtoa pitää yllä toivoa. (Leino 2008, 22; Mattila 2010, 65.) Luopumiseen liittyy aina surua, joka voi ilmetä erilaisina voimakkaina ja pelottavinakin tunteina kuten järkytyksenä, kieltämisenä, ahdistuneisuutena, vihana ja syyllisyytenä. Tällaiset tunteet pelästyttävät herkästi potilasta ja hänen omaisiaan. (Grönlund & Leino 2008, 37.)

Omaisten hoitoon osallistuminen edellyttää hoitohenkilöstöltä perhelähtöistä toimintatapaa, sillä hoitohenkilöstön ja omaisten suhde vaikuttaa paljon hoidon onnistumiseen. On tärkeää, että läheisille välittyy sellainen tunne, että heidän läsnäoloaan arvostetaan ja sitä pidetään potilaan kannalta tärkeänä. (Kärpäniemi & Hänninen, 2004, 269; Pihlainen 2010, 32; Heikkinen ym. 2004, 71.) Kuolevan perhe tarvitsee tukea ja ammattihenkilöstön tehtävä on tarjota heille ymmärrystä ja selventää heille potilaan tilannetta. Hoitajalla tulee olla valmiuksia keskustella läheisten kanssa taudin etenemisestä, kuolemasta, luopumisesta sekä surusta. (Anttonen ym. 2011; Kärpäniemi & Hänninen, 2004, 269; Schmitt 2008, 67.)

Läheisiä tulee tukea myös kuoleman hetkellä. Heille pitää antaa riittävästi aikaa ja mahdollisuuksia vainajan rauhalliseen hyvästelyyn ja siihen mahdollisesti liittyviin rituaaleihin. (Grönlund & Huhtinen 2011, 140, 169; Anttonen ym. 2011.) Potilaan kuoleman jälkeen omaiset tarvitsevat vielä hoitajan aikaa. Hoitajalla tulisi olla mahdolli-

suus irrottautua rauhalliseen keskusteluun heidän kanssaan ja antaa tietoa siitä, miten kuoleman jälkeen toimitaan. Heille annetaan kirjallinen materiaali hautajaisjärjestelyistä ja kerrotaan myös, milloin ja mistä he saavat kuolintodistuksen. Vainajan henkilökohtaiset tavarat luovutetaan omaisille. Omaisille ja läheisille tarjotaan mahdollisuutta olla yhteydessä hoitopaikkaan myös potilaan kuoleman jälkeen. (Anttonen 2008, 54; Anttonen ym. 2011.)

2.3.2 Hoitoympäristö

Saattohoitoon siirtyminen merkitsee sairaalle ihmiselle ja hänen läheisilleen merkittävää siirtymävaihetta elämässä. Saattohoitoyksikköön siirtymisen tulisikin olla rauhallinen ja turvallinen. Siksi hoitoympäristöllä, jossa potilasta hoidetaan, on merkitystä. Potilaan tulee voida kokea, että hän on tullut sellaiseen paikkaan, jossa hänestä välitetään ja huolehditaan. (Pinomaa 2000, 36; Heikkinen ym. 2004, 52.) Kuoleva ihminen kokee usein itsensä turvattomaksi, levottomaksi, alakuloiseksi, surulliseksi, masentuneeksi ja avuttomaksi. Hänen ympärillään tulisi olla riittävästi tilaa, jossa hän voi rauhassa valmistautua kuolemaan. (Pihlainen 2010, 17.) Kuoleman lähestyessä ihminen tekee tilinpäätöstä elämästään. Hän kohtaa siihen liittyvät tunteet, surun kuolemasta ja elämästä sekä läheisistä luopumisista. Näitä asioita jokainen ihminen purkaa omalla tavallaan läheistensä ja hoitohenkilöstön kanssa. Läheisillä tuleekin olla mahdollisuus olla potilaan vierellä ilman vierailuaikoja ja mahdollisuus myös yöpyä kuolevan vierellä. (Anttonen 2008, 53 - 54.)

Fyysisesti kaunis hoitoympäristö ja asianmukaiset tilat tukevat kuolevan potilaan hoitoa. Fyysisen ympäristön rinnalla yhtä merkittävä osa hoitoympäristöä on psyykinen ympäristö. Psykkisellä hoitoympäristöllä tarkoitetaan hoitoyksikön ilmapiiriä. Myönteinen ilmapiiri syntyy hoitohenkilökunnan käyttäytymisestä, asiallisuudesta, ystävällisyydestä ja kärsivällisyydestä omaisia ja potilaita kohtaan. Myönteisessä ilmapiirissä kuolemaa ei tarvitse torjua eikä paeta ja tunteita voi vapaasti ilmaista. Tällainen ilmapiiri vapauttaa hoitohenkilökunnan aitoon ja rehelliseen läsnäoloon kuolevan vierelle. Omaisat voivat rauhassa ja kiireettä jättää jäähyväisiä kuolevalle läheiselleen. (Anttonen 2008, 53 - 54; Pihlainen 2010, 17.)

Osastonhoitaja on avainasemassa kehittäessään hoitotyötä osastollaan. Hänellä on myös vastuu yksikkönsä toiminnan kehittämisestä. Osastonhoitajan johdolla ja aloit-

teesta hoitoyhteisö voi lähteä yhdessä parantamaan kuolevan potilaan hoidon laatua miettimällä hoidon peruslähtökohtia. Osastonhoitaja luo työyhteisössään myös myönteistä ilmapiiriä kuolemasta puhumiseen. (Anttonen 2008, 50 – 55.) Hoitavan henkilökunnan osaaminen, riittävä henkilökunnan määrä, henkilökunnan osallistuminen sekä työssä jaksaminen ovat merkittäviä tekijöitä hoitoympäristön myönteisen ilmapiirin syntymisessä ja kuolevan potilaan hoidossa (Grönlund & Huhtinen 2011, 62 – 63).

2.3.3 Moniammatillinen työryhmä

Kuolevan potilaan hoitotyö on moniammatillista tiimityötä. Siellä, missä moniammatillisuus toimii, myös saattohoito toimii parhaiten. (ETENE 2004.) Moniammatillinen yhteistyö korostuu kuolevan potilaan hoidon yksilöllisessä suunnittelussa ja toteutuksessa. Lääkäriin, hoitohenkilökunnan, omahoitajan, sosiaalityöntekijän, fysioterapeutin, ravitsemussuunnittelijan, psykologin, sairaalateologin ja kipupoliklinikan työntekijöiden moniammatillinen yhteistyö, yhdessä perheen kanssa, pyrkii takaamaan potilaalle parhaan mahdollisen hoidon. (Grönlund & Huhtinen 2011, 112 -113, 121; Heikkinen ym. 2004, 51 – 52.)

Vapaaehtoiset työntekijät täydentävät osaltaan moniammatillista työryhmää. Koulutetut vapaaehtoistyöntekijät eivät kuitenkaan voi korvata terveydenhuollon ammattihenkilöitä, eikä heillä ole vastuuta hoidon toteuttamisesta. Heillä voi kuitenkin olla merkittävä asema omaisten tukemisessa ja potilaan vierellä olossa. (Eho ym. 2003; Pihlainen 2010; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.) Simolinin ja Tarvaisen (2009) opinnäytetyössä kuolevan potilaan ja hänen omaisensa kohtaamisesta vapaaehtoistyöntekijän näkökulmasta vapaaehtoiset kokivat kuolevan potilaan kohtaamisen helpoksi. He, jotka pitivät potilaan välitöntä kohtaamista liian haastavana, tekivät sellaisia työtehtäviä, joissa ei ollut välitöntä kontaktia potilaiden kanssa. Potilaan psyykinen ja fyysinen tila vaikuttivat vapaaehtoisten kohtaamiskokemukseen. Helpoksi kohtaaminen koettiin orientoituneen ja psyykkisessä tasapainossa olevan potilaan kanssa ja haastavaksi silloin, kun potilas oli kivulias ja levoton. Omaisten kohtaaminen koettiin toverilliseksi vertaistuen antamiseksi.

2.3.4 Saattohoidon osaaminen

Saattohoito vie hoitajan elämän peruskysymysten äärelle. Kokemukset ja tunteet tässä työssä ovat usein hämmentäviä ja yllättäviä. Näiden tunteiden opissa hoitaja kasvaa ihmisenä ja saa kokemusta saattohoitotyöhön. Hoitotyön arvojen käsitteleminen kasvattaa osaamisen lisäksi työn kunnioittamista. (Snellman 2008, 105.) Kuolevan potilaan hoitaminen edellyttää ennen kaikkea ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamista. Se tarkoittaa hoitajalta empaattista, luottamuksellista ja eläytyvää asennoitumista potilaan tilanteeseen. (Lindqvist 2003, 153; Heikkinen ym. 2004, 43.)

Saattohoitotyö on vaativaa työtä, jossa hoitajan tulee kyetä monipuolisesti arvioimaan omaa osaamistaan ja määritellä osaamisensa kehittämistarpeita. Tärkeää on jatkuva tavoitteellinen oppiminen ja opitun jakaminen. Hoitotyön tekijän tulee kyetä arvioimaan ja soveltamaan tietoaan ja taitojaan potilaan kärsimykseen ja sitä aiheuttavien oireiden hoitamiseen, psyko-sosiaalisiin, fyysisiin, henkisiin, hengellisiin, eksistentiaalisiin ja kulttuurisiin tarpeisiin ja toiveisiin sekä niiden ymmärtämiseen ja huomiointiin hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Hoitajalla tulee olla taitoa ja tietoa lähestyvän kuoleman merkkien havainnointiin, kykyä toimia systemaattisesti kuoleman hetkellä ja tukea omaisia potilaan kuoleman jälkeen. Hänellä tulee olla perustietoa etenevistä, kuolemaan johtavista sairauksista, kuten syövästä, COPD:sta, neurologisesta sairaudesta, dementoivista sairauksista, AIDSista, sydämen vajaatoiminnasta ja munuaisten vajaatoiminnasta. Osaamista on myös hoitajan kyky toimia muutoksissa aloitteellisesti. (Anttonen ym. 2011; Pihlainen 2010, 31.)

Hoitajan tulee kyetä luomaan turvallinen yhteistyösuhde potilaaseen. Kuuleminen ja omiin tunteisiin luottaminen ovat työvälaineitä, kun hoitosuhdetta rakennetaan. Kuolemaan liittyvistä asioista puhuminen on osa saattohoitotyötä ja siihen hoitajalla tulee olla valmiuksia sekä rohkeutta. Hoitajan tulee kestää ja kyetä refleктоimaan sekä käsittelemään avoimesti potilaan vaikeita tunteita, kuten vihaa, syyllisyyttä, kateutta, riittämättömyyttä ja surua kuoleman edessä. (Anttonen ym. 2011.) Potilaan tunteet kuoleman edessä ovat usein hämmentäviä ja arkoja. Hoitaja voi osaamisensa ja kokemuksensa avulla kertoa potilaalle ja omaisille, että ahdistus ja suru luopumisessa ovat normaaleja, hyväksyttäviä tunteita ja niistä on hyvä puhua. Surun salliminen ja suremisen mahdollistaminen on tärkeää. (Mattila 2010, 41 – 42.) Potilaan puheen sisältämien vihjeiden ohittaminen on hoitajan keino selviytyä vaikeaksi kokemistaan tilan-

teista. Hoitajan voi olla helpompaa vedota kiireeseen ja henkilökemioiden toimimattomuuteen, kuin myöntää oma puutteellisuutensa. Päiväjärjestyksen ja tiettyjen toimintaperiaatteiden ohjaama hoitaja esineellistää helposti potilaan ja unohtaa hänen yksilölliset tarpeensa. Asettuessaan tietäjän rooliin hoitaja lisää potilaan hämmennystä ja turvattomuutta. (Lipponen 2006, 68, 171.)

Suomi on muuttunut monikulttuuriseksi yhteiskunnaksi. Maassamme on paljon erilaisia etnisiä ryhmiä, joilla on kulttuuristamme poikkeavat taustat, arvot, ajattelutavat ja käytännöt. Eri kulttuureissa on erilaisia käsityksiä potilaan oikeudesta tietää oma tilansa, perheen ja omaisten asemasta suhteessa potilaaseen sekä siitä, kenen kanssa eri tilanteissa asioista kommunikoidaan ja päätetään. Suhtautuminen kivun hoitoon ja kuolemaan voi olla myös erilainen. (Anttonen ym. 2011.) Hoitotyötä tekevien tulisi koulutuksen kautta saada tietoa myös eri uskontokuntien ja muiden katsomuksellisten yhteisöjen näkemyksistä ja tavoista sekä ajatuksista ja käytännöistä suhteessa kuolemaan ja kuolemiseen (ETENE 2004; Ridanpää 2006).

Hoitohenkilökunnalla olisi tarve saada nykyistä enemmän koulutusta kuoleman kohtaamiseen. Koulutuksella on tärkeä merkitys hoitajalle jatkuvan kuoleman kohtaamisessa ja kestämisessä sekä erilaisten tunteiden hallitsemisessa. (ETENE 2004.) Saattohoidon koulutuksessa yksi painopiste on omien tunteiden oppimisessa, niiden tunnistamisessa ja tiedostamisessa. Sitä kautta kehittyy ammattitaito tukea potilasta ja hänen omaisiaan. (Palmu 2004, 170.) Anttonen (2008, 55) mukaan kuolevan hoitotyössä työn tuomat kokemukset sekä kyky niiden tunnistamiseen mahdollistavat saattohoitotyön erityisosaamisen kehittymisen.

Saattohoitotyötä tekevä toimii moniammatillisessa tiimissä jäsenenä. Hänen on osattava hyödyntää muiden ammattiryhmien osaamista (fysioterapeutti, psykologi, pappi, ravitsemusterapeutti, sosiaalityöntekijä) potilaan hyvän hoidon toteuttamiseksi. Hoitajan tulee kyetä myös kehittämään yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä. (Anttonen ym. 2011.)

2.3.5 Saattohoidossa jaksaminen

Saattohoitotyö on raskasta työtä, joka vaatii tekijöiltään henkisiä ja fyysisiä voimavaroja. Terveessä työyhteisössä työntekijät jaksavat tehdä tätä raskasta työtä asianmukaisesti, arvokkaasti ja empaattisesti. (Grönlund & Huhtinen 2011, 204.) Hoitohenkilökunnan työhyvinvointi on hoidon herkkyyden ja intuition säilymisen edellytys, ja sen vuoksi heidän jaksamistaan on tärkeä tukea ja kehittää. Saattohoitotyötä tekevälle työryhmälle tulisikin tarjota säännöllistä täydennyskoulutusta ja työnohjausta jaksamista ja osaamista tukemaan. (Pihlainen 2010; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008; ETENE 2004.)

Kuolevan potilaan hoitaminen vaikuttaa saattohoitotyötä tekevän hoitajan tunnemaailmaan laajasti ja syvästi. Hoitajan oma suhde kuolemaan tulee koetelluksi kuolevia hoitaessa. (Kärpäniemi 2008, 109.) Palmun (2004, 189) mukaan tunnekuormittuminen onkin saattohoitotyössä keskeinen jaksamista uhkaava elementti. Huonosti jaksavat hoitajat eivät kykene vaativaan hoito- ja tukemistyöhön, jota kuoleman läheisyydessä hyvin usein tarvitaan. Ammattitaitoa on sietää kuolemaan liittyvää pelkoa, kammoa ja kärsimystä itsessään, potilaassa sekä potilaan läheisissä. (Anttonen ym. 2011; Suni 2003, 107.) Jos hoitajaa ahdistaa kuoleman väijäämättömyys, hänen on vaikea puhua siitä ja hän voi vältellä sitä. Hoitajan omat tunteet voivat nousta esille, hän voi hämmentyä ja kokea kuoleman epäoikeudenmukaiseksi. Hän voi kokea jopa vihaa ja toivottomuutta. Kyvyttömyys auttaa aiheuttaa hoitajassa avuttomuuden tunteen ja surevien hädän ja tuskan näkeminen ahdistaa. (Mattila 2006, 41 – 42; Grönlund & Huhtinen 2011, 192.) Hoitajan onkin opittava tunnistamaan oman jaksamisen rajat. Kyky tunnistaa omat pelot ja kyky käsitellä niitä ovat taitoja, joita tarvitaan saattohoitotyössä. Oman kuolemanpelon käsittely esimerkiksi tutussa työyhteisössä auttaa jaksamista. (Kärpäniemi 2008, 109.) Myös hoitotyössä on tarpeellista saada onnistumisen kokemuksia. Hyvän palautteen saaminen onnistumisista antaa voimia. (Snellman 2008, 106 – 107.) Ei pidä unohtaa, että kuolevan potilaan hoitoon kuuluu myös huumori, joka lievittää jännittyneitä ja raskasta ilmapiiriä. Huumoria suvaitsematon ilmapiiri voi olla painostava potilaalle, omaisille ja työntekijöille. (Pinomaa 2000, 43.)

Työyhteisössä toteutetulla työnohjauksella on ratkaiseva vaikutus niin työn tekemiseen kuin työyhteisön ilmapiiriin. Työnohjauksen tarkoitus on tukea myös jokaisen

hoitajan ammatillista kehitystä ja oman ammatti-identiteetin rakentumista sekä jaksamista monipuolisest. Vuorovaikutteinen, toinen toistaan tukeva työnohjaus on täydentävä tapahtuma, jossa työntekijän tunteet, mielikuvat, ajattelu, reflektiivisyys, etiikka ja moraali kehittyvät ja täydentyvät. Nämä taidot luovat perustaa hyvälle eläytymiselle ja empaattiselle ymmärtämiselle. Saattohoidon työnohjaus on parhaimmillaan, kun sen puitteissa kyetään omien ja toisten tunteiden tiedostamiseen ja tunnistamiseen sekä niiden sietämiseen. Työnohjauksessa keskustellaan myös hoitosuhteista ja niissä esiin nousseista hoitajan hellyyden, kiintymyksen, avuttomuuden, häpeän, syyllisyyden, masennuksen, ahdistuksen, vihan, idealisaation ja kaikkivoipaisuuden tunteista. (Palmu 2004, 189; Siltala 2008, 86 – 89.)

Hoitoyhteisön ilmapiiri kuvastaa työntekijöiden jaksamista. Yhteisen jaksamisen kannalta on välttämätöntä, että hoitoyhteisössä pidetään keskinäistä tukemista tärkeänä. Yhtenäisillä ja yhdessä sovitulla toimintatavoilla yksittäinen hoitaja ei jää ilman taustatukea hoitotyössä. Hoitoyhteisössä hyvä hoitokulttuuri muodostuu tiedostetuista kuoleman, kuoleamisen ja kuolleen kohtaamisen perusasioista. Sitä tukee hoitohenkilökunnan mahdollisuudesta pysähtyä ja rauhoittua käsittelemään yhdessä koettua. Avoin työtovereiden välinen keskustelu on ajan mittaan työyhteisön jäsenten paras tuki. (ETENE 2004; Grönlund & Huhtinen 2011, 200, 204; Pinomaa 2000, 43.) Osastonhoitaja voi järjestää tilaisuuksia, jossa voidaan yhdessä purkaa työn mukanaan tuomia tunteita. Aina ei tarvita pitkiä istuntoja ja työnohjausta, vaan lyhytkin keskustelu työyhteisössä voi palvella tätä tarkoitusta. Osastonhoitaja on hoitohenkilökunnan tärkeä kannustaja ja tukija, joka osoittaa kiinnostusta ja välittämistä heidän pärjäämisestään. (Anttonen 2008, 54 – 55.) Hyvän palautteen saaminen antaa voimaa ja yhdessä iloittaminen rakentaa yhteisöllisyyttä. On hyvä saada tuntee oma roolinsa työyhteisössä arvostetuksi ja luotetuksi. Tämän kaltaisen arvion saaminen rohkaisee ilmaisemaan omia tunteita ja vahvistaa ammatillisuutta. (Snellman 2008, 106 – 107.)

3 OMAHOITAJUUS SAATTOHOIDOSSA

3.1 Omahoitajuus ja yksilövastuinen hoitotyö käsitteenä

Yksilövastuisen hoitotyön käsitettä käytetään hoitotyön jakomallista, jossa on sovittu työalueet, jotka potilaan hoidossa ovat omahoitajalle kuuluvia tehtäviä. Yksilövastui-

nen hoitotyö viittaa toisaalta myös hoitofilosofiaan, jossa korostuvat hoidon laatu ja periaatteet. (Virtanen 2002, 24; 16 - 22; Munnukka 1993, 18 – 20.)

Munnukka (1993, 99) määrittelee yksilövastuisen hoitotyön potilaan ja omahoitajan yhdenvertaisena yhteistyösuhteena. Tässä yhteistyösuhteessa työskennellään potilaan senhetkisen terveyden edistämiseksi. Potilas elää omaa elämäntilannettaan ja omahoitaja tuo oman ammattitaitonsa potilaan käytettäväksi. Yhteistyösuhteesta potilas voi turvautua ja luottaa omahoitajaansa. Munnukka on väitöskirjansa ”Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön” pohjalta luonut teesit potilaan ja omahoitajan yhteistyösuhteesta yksilövastuisessa hoitotyössä. Niiden ensimmäisenä asiana on, että potilas kokee kivun, kärsimyksen ja kuoleman tai niiden pelon tietoisena siitä, että häntä ei hylätä. Potilas tuntee olevansa arvokas ja hyväksytty siten, että hän voi ottaa vastaan apua ja lohdutusta. Potilas voi myös luottamuksellisessa suhteessa jatkuvasti prosessoida tietoisuutta itsestään. Potilas kykenee hallitsemaan elämäänsä, jolloin hän saa tarvittavia voimia elämään sekä kuolemaan. (Munnukka 1993, 99.)

Hjerppe (2008) on tehnyt pro gradu -tutkielman yksilövastuisen hoitotyön toteutumisesta omahoitajien arvioimana. Tutkimuksen tulosten perusteella yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen perustuu omahoitajuuden toteutumiseen. Potilaskohtaisen kirjaamisen, vastuullisen hoitotyön, eettisten periaatteiden, yhteistyön sekä kokonaishoidon toteuttamisen ja arvioinnin kautta omahoitajat kokevat toteuttavansa hoitotyötä yksilövastuisesti.

Omahoitaja koordinoi muiden hoito- ja yhteistyötahojen työtä potilaan asianajajana. Omahoitajan tehtävänä on olla yhteistyössä potilaan omaisten kanssa ja huolehtia siitä, että he pääsevät osallistumaan toiveidensa ja kykyjensä mukaan hoitoprosessiin, jos potilas niin haluaa. Kun omahoitaja ei ole työvuorossa, potilasta hoitaa omahoitajaa korvaava hoitaja. Korvaava hoitaja hoitaa potilasta hoitosuunnitelman mukaan yhteistyössä muun hoitohenkilökunnan kanssa. (Åstedt-Kurki, Paavilainen & Pukuri, 2007; Pukuri 2002, 64.)

3.2 Hoitosuhde, henkinen tuki

Nimetty omahoitaja turvaa saattohoidossa olevan potilaan hoidon jatkuvuuden. Omahoitaja toimii potilaansa hoidon koordinaattorina, koska hän tuntee parhaiten potilaansa taustan ja kokonaistilanteen. Omahoitaja on potilaan asianajaja, joka valvoo poti-

laan oikeuksien ja aseman toteutumista. Saattohoidossa tämä konkretisoituu, koska kuoleman lähestyessä monesti uupunut ja ahdistunut potilas tarvitsee turvallisen ja luotettavan kanssakulkijan. (Grönlund & Huhtinen 2011, 121.)

Harmonisen hoitosuhteen kokemus on arvokas sekä hoitajalle että potilaalle. Potilaan arvostaminen ja kuuleminen sekä hoitajan omiin tunteisiin luottaminen ovat niitä tärkeitä työvälaineitä, joilla hoitosuhdetta rakennetaan. (Snellman 2008, 106.) Omahoitajan tärkein työväline on siis hänen oma persoonansa. Ammattitaitoiseksi saattohoitajaksi opitaan vähitellen käytännön hoitotilanteissa tapahtuvan oman oivaltamisen, työhön sitoutumisen ja ihmisenä kasvamisen myötä. Hoitosuhteen toimivuutta kannattelee ihmisenä olemisen käsitys. (Lipponen 2006, 170 - 171; Heikkinen ym. 2004, 44; Surakka 2008, 27 – 33.) Lipponen tutkii väitöskirjassaan ”Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä” kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhdetta. Lipponen väitöskirjassaan käyttämä saattohoitoa kuvaava ajatus ”kun ei ole enää mitään tehtävissä, on vielä paljon tehtävissä”, konkretisoituu osaltaan omahoitajan ammattitaitoisessa toiminnassa saattohoitosuhteessa.

Saattohoitosuhteessa hoitaja on läsnä potilasta varten. Hän ymmärtää potilasta tietonsa, empatiansa, kokemuksensa ja intuitionsa avulla ja hyväksyy potilaan ainutkertaisena henkilönä. Hoitotyön keskeisinä menetelminä saattohoidossa ovat läsnäolo, kuuntelu, rauhoittaminen ja lohduttaminen. (Heikkinen ym. 2004, 43; Anttonen ym. 2011; National Cancer Institute 2012.) Luottamuksellisessa ja turvallisessa hoitosuhteessa potilas uskaltaa ottaa kuolemaan liittyvät asiat puheeksi. Keskustelu kuolemasta on tarpeellista ja luvallista. On kuitenkin hyvä tiedostaa, että jokainen potilas puhuu ja käsittelee kuolemaa oman kykynsä mukaan. Kaikki potilaat eivät halua tai kykene jakamaan omaan kuolemiseen liittyviä asioita. (Snellman 2008, 100; Mattila 2006, 41; Hodo & Buller 2012.)

Potilaan elämäntilanteen ja taustan ymmärtäminen on keskeistä kuolevan potilaan hoidossa, ja tässä korostuu omahoitajan merkitys. Potilaaseen tutustuminen auttaa omahoitajaa saamaan käsityksen hänen persoonallisuudestaan ja kokemuksistaan ennen sairastumista sekä siitä, kuinka sairaus on muuttanut hänen elämänsä. (Grönlund & Leino 2008, 39; Heikkinen ym. 2004, 133 – 134.) Potilaan elämän kokemusten ymmärtäminen auttaa hoitajaa arvostamaan potilasta ja tukemaan potilasta tämän

omista lähtökohdista käsin. Keskustelu ja muisteleminen helpottavat usein myös päivittäisiä hoitotoimenpiteitä. (Lipponen 2006, 170.)

Lipposen (2006) mukaan jo ensivaikutelma omahoitajasta synnyttää tunteen läheisyydestä tai etäisyydestä. Läheinen, myötäelävä hoitosuhde on dialoginen, ja sille on ominaista vastavuoroisuus ja tasavertaisuus. Kun potilas kokee, että häntä arvostetaan ja kunnioitetaan, se synnyttää luottamuksen. (Lipponen 2006, 171.) Saattohoidossa henkilökohtaisten ja luottamuksellisen keskustelun merkitys korostuu. Ymmärtävät, empaattiset keskustelut parantavat potilaan elämänlaatua ja vähentävät osaltaan potilaan pelkoja ja ahdistusta. Myötäelävällä omahoitajalla on myös valmius ymmärtää potilaansa puhumattomuutta häntä syyllyttämättä. (Heikkinen ym. 2004, 134 – 135; Grönlund & Huhtinen 2011, 59.)

3.3 Omahoitaja ja potilaan läheiset

Saattohoidossa omahoitajajärjestelmä tukee potilaan lisäksi myös omaisia. Koska omaiset ovat saattohoidossa usein merkittävä voimavara, heidän tulee saada sekä tietoa että tukea. He ovat tärkeässä asemassa kertomaan potilaan aiemmin ilmaisemia toiveita hoidostaan. Omahoitajan osuus tiedon kuljettajana lääkärin ja omaisten välillä on tärkeä. (Heikkinen ym. 2004, 134 – 135; Anttila 2011; Schmitt 2008, 66.)

Omahoitaja voi toimia välittäjänä myös potilaan ja hänen läheistensä välillä. Hän voi olla auttamassa elämän vaikeiden asioiden avaamisessa ja puhumisessa. Omahoitajan on kuitenkin hyvä muistaa, että täydellistä avoimuutta ei aina voi saavuttaa. Perheenjäsenten suhteisiin liittyvien ongelmien ratkaisu ei myöskään ole hoitajan vastuulla. Perheellä ja potilaalla on halutessaan oikeus pitää salaisuutensa, ja tämä tulee omahoitajan ja muiden hoitoon osallistuvien hyväksyä. (Grönlund & Huhtinen 2011, 59; Grönlund & Leino 2008, 38.)

Usein hoidon päättyessä omaiset tuntevat suurta kiitollisuutta potilaan hoitoon osallistuvia kohtaan. Sand (2003) korostaa, että kiitoksen antaminen ja saaminen on erittäin tärkeää ja keskeistä kuolevien hoidossa. Kiittäminen kuuluu kulttuuriimme. Se liittyy osana eroamiseen, luopumiseen ja suremiseen. Kiitoksella päätetään myös hoitosuhde.

4 SAATTOHOITO OSASTO L62:LLA

Lahden kaupunginsairaalan osasto L62 on palliatiivisen hoidon osasto, joka on ollut toiminnassa vuodesta 2005 lähtien. Osaston perustehtävänä on luoda potilaille turvallinen ja hyvä oireenmukainen hoito sekä taata inhimillinen ja ihmisarvoa kunnioittava kuolema. Vuonna 2011 osastolla hoidettiin 327 potilasta ja heistä kuoli 246. Osastolla on 23 potilaspaikkaa. Fyysisen ympäristön muodostaa neljä yhden hengen huonetta, kahdeksan kahden hengen huonetta sekä kaksi kolmen hengen huonetta. Yksi huone on osoitettu perhehuoneeksi. Osastolla on käytettävissä yksi huone omaisten käyttöön ja yhteinen päiväsalu ruokailemista ja oleskelemista varten niin potilaille kuin heidän läheisilleen.

Osastolla työskentelee lääkäri, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, 11 sairaanhoitajaa ja 10 perus- tai lähihoitajaa. Henkilökuntaan kuuluu myös 4 sairaala-apulaista ja puolipäiväinen osastonsihtööri. Fysioterapeutin, puheterapeutin sekä psykologin ja sosiaalityöntekijän palvelut ovat käytettävissä. Potilaiden elämäntarkkailuun ja hengellisiin asioihin vastaavat sekä evankelisluterilaiset sairaalapapit että muiden seurakuntien papisto. Osastolla toimii koulutettuja vapaaehtoistyöntekijöitä. He eivät osallistu varsinaiseen potilastyöhön, mutta voivat olla potilaan ja omaisten tukena ja seurana tai osallistua osaston muihin tehtäviin, kuten esimerkiksi kaappien täyttämiseen ja omaisten kahvitarjoilun järjestämiseen. Osaston henkilökunta osallistuu erilaisiin koulutuksiin. Henkilökunnalle järjestetään säännöllistä työhönohjausta ja osastokokouksia pidetään keskimäärin kerran viikossa. (Toimintakertomus 2011.)

Osaston toiminta-ajatuksena on parantumattomasti sairaan potilaan ja hänen läheistensä tukeminen. Hoito on yksilöllisiä tarpeita huomioivaa, kipuja lievittävää palliatiivista hoitoa sekä saattohoitoa. Saattohoidon tavoitteena on potilaan ja omaisten kokemus hyvästä kuolemasta. (L62:n toimintasuunnitelma 2012.)

Osastolla on käytössä yksilövastuinen parityö sekä omahoitajajärjestelmä. Omahoitajuutta tuetaan kollegiaalisesti. Sairanhoitaja - perushoitaja-pari vastaa toistensa omasta potilaasta eri työvuoroissa ollessaan. Jokainen hoitaja toimii pääsääntöisesti kahden potilaan omahoitajana kerrallaan ja työssä ollessaan myös muiden kuin omien potilaidensa hoitajana. Sijaiset toimivat sijaistamansa hoitajan potilaiden korvaavana omahoitajana.

Omahoitajalla on päävastuu potilaan kokonaishoidosta ja hän laatii potilaalle hoitosuunnitelman. Omahoitajalla on vastuu yhteistyöstä ja hoitosuhteen luomisesta myös omaisten kanssa. Hän kannustaa ja rohkaisee omaisia osallistumaan potilaan hoitoon mahdollisuuksiensa mukaan. Omaisten kanssa pyritään keskustelemaan säännöllisesti ja kiireettömästi. Omahoitaja toimii oman potilaansa edunvalvojana ja viestinviejänä omaisten, hoitohenkilöstön sekä eri yhteistyötahojen kanssa. (L62:n perehdytyskäsio.)

5 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tavoitteena on kartoittaa keittämiskohteita omahoitajuudesta saattohoidossa Lahden kaupunginsairaalan osasto L62:lla.

1. Mikä on hoitajien näkemys omahoitajuudesta saattohoidossa?
2. Mitkä tekijät tukevat omahoitajuutta saattohoidossa?
3. Mitkä tekijät vaikeuttavat omahoitajuuden toteutumista saattohoidossa?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Aineiston keruu, kohderyhmä ja analysointi

Tutkimuksen pohjana oli saattohoidosta ja omahoitajuudesta tehty tutkimusaineisto ja kirjallisuus, jonka pohjalta kysymyslomake on laadittu. Mittarit on otettu myös saman aineiston pohjalta. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisella tutkimusotteella. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeisiä ovat johtopäätökset aiemmista tutkimuksista ja perehtyminen tutkimuskirjallisuuden avulla teoriataustaan. Sen pohjalta muodostuu hypoteeseja, joiden paikkansapitävyys testataan. Havaintoaineiston on myös sovelluttava määrälliseen mittaamiseen. Tutkimukselle määritellään perusjoukko, josta otos otetaan ja johon tutkimuksen tulos pätee. (Hirsjärvi ym. 2009,139 – 142; Tuomi 2007, 95.)

Otos muodostuu havaintoyksiköistä. Havaintoyksikkö on se joukko, josta halutaan tietoa. Otanta tarkoittaa menetelmää, jolla otos otetaan perusjoukosta. Kokonaisotanta tarkoittaa että koko perusjoukko otetaan mukaan tutkimukseen. Kokonaistutkimus kannattaa tehdä silloin, jos otoskooksi tulisi yli puolet perusjoukosta, ja siksi kokonaisotantaa käytetään tavallisesti pienissä tutkimusaineistoissa. (Vilka 2007, 52.) Tässä tutkimuksessa käytettiin kokonaisotantaa. Kysymyslomakkeet vietiin osastolle ja kerrottiin sekä suullisesti että kirjeellä hoitajille mahdollisuudesta ja toiveesta osallistua tutkimukseen. Kaikilla osastolla työskentelevillä hoitajilla, niin vakituisilla kuin sijaisilla, oli mahdollisuus täyttää lomake ja vastata kysymyksiin.

Yksi tapa aineiston keräämiseen on tehdä kysely. Kysely on aineiston keräämisen tapa, jossa kysymysten muoto on standardoitu eli vakioitu. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetään usein survey-tutkimusta. Survey-tutkimuksessa otetaan otos, jolta kerätään tietoa strukturoidussa muodossa. Vakiointi tarkoittaa, että kaikilta kyselyyn vastaavilta kysytään samat asiat, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla. Aineiston pohjalta tutkittavaa ilmiötä pyritään selittämään, kuvailemaan ja vertailemaan. (Vilka 2007, 28; Hirsjärvi ym. 2009, 134.) Tähän tutkimukseen tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella (liite 4), jossa on strukturoituja kysymyksiä sekä kolme avointa kysymystä. Avoimet kysymykset olivat: millaista koulutusta koet tarvitsevasi omahoitajuuden tukemiseksi; mikäli omahoitajuudessa on mielestäsi kehitettävää, miten kehittäisit sitä ja minkä koet esteeksi hyvän omahoitajuuden toteutumiseksi. Strukturoidut monivalintakysymykset sallivat vastaajien vastata samaan kysymykseen siten, että vastauksia voidaan vertailla. Avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden sanoa vapaasti ja omin sanoin, mitä mieltä he tosiasiaassa ovat. (Hirsjärvi ym. 2009, 201.) Strukturoitujen kysymysten vastausvaihtoja oli viisi: täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, jokseenkin eri mieltä ja täysin eri mieltä. Pienen aineiston vuoksi analysointivaiheessa vastausvaihtoehtoja yhdistettiin siten, että vastausvaihtoehtoja oli kolme: samaa mieltä, ei samaa eikä eri mieltä ja eri mieltä.

Tutkimuslomakkeet vietiin osastolle 2.3.2012. Niiden mukana oli saatekirje (liite 2), jossa lomakkeet pyydettiin palauttamaan 25.3.2012 mennessä palautuslaatikkoon. Palautuspäivänä osastolle jätettiin vielä kirje, jossa kerrottiin mahdollisuudesta palauttaa vastauslomakkeet palautuslaatikkoon vielä viikon ajan. Lopullisesti palautuslaatikko haettiin osastolta pois 31.3.2012. Vastauslomakkeita ei ole käytetty muuhun tarkoitukseen kuin tähän opinnäytetyöhön.

Määrällisessä tutkimuksessa tutkimusaineiston kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko ovat tutkimuksen ydinasioita. Aineiston käsittely alkaa, kun kyselyllä, haastattelulla tai havainnoinnilla kerätty aineisto on saatu koottua. Ensimmäisenä lomakkeilta saadusta aineistosta tarkistetaan onko niissä puutteita tai virheitä. Tämän jälkeen tiedot syötetään ja tallennetaan sellaiseen muotoon tietokoneelle, että niitä voidaan tutkia numeraalisesti käyttäen apuna taulukko- tai tilasto-ohjelmia. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineistosta muodostetaan muuttujia ja aineisto järjestetään laaditun muuttujaluokituksen mukaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 221 – 222; Vilkka 2007, 106.) Aineisto luokiteltiin tutkimuskysymysten mukaan. Myös avoimet kysymykset ryhmiteltiin samojen teemojen alle ja niitä käsiteltiin samojen otsikoiden alla kuin strukturoitua aineistoa. Tuomen (2007, 95) mukaan pienten (alle 20 havaintoa) aineistojen raportoinnissa voidaan käyttää frekvenssejä. Tutkimustuloksista laskettiin suorat frekvenssijakaumat, jotka tuloksina ja taulukoina havainnollistettiin tutkimustulosten raportoinnissa.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Virheiden välttämiseksi huolimatta tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat kaikissa tutkimuksissa ja sen vuoksi luotettavuus pyritään aina arvioimaan. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta voidaan tarkastella validiteetin ja reliabiliteetin näkökulmista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152.)

Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa tutkimuksessa käytetyn tutkimusmenetelmän ja mittareiden kykyä tuottaa tarkoitettuja tuloksia. Reliabiliteettiin vaikuttaa se, miten onnistuneesti otos edustaa perusjoukkoa, mikä on tutkimuksen vastausprosentti, miten huolellisesti havaintoyksikköjen kaikkia muuttujia koskevat tiedot on syötetty sekä millaisia mittausvirheitä (esim. lomakkeen kysymykset ja vastausvaihtoehdot) tutkimukseen sisältyy. (Vilkka 2007, 149 – 150; Hirsjärvi ym. 2009, 231; Heikkilä 2008, 30.)

Tutkimuksen validiteetti puolestaan tarkoittaa tutkimuksen kykyä mitata sitä, mitä tutkimuksella on tarkoituskin mitata. Tutkimuksen validiteetissa arvioitavana on, miten tutkija on onnistunut käsitteellistämään teorian arkikielelle ja muotoilemaan mittarin kysymysten sekä vastausvaihtoehtojen sisältö. Tutkimuslomakkeen kysymysten tulisi myös kattaa koko tutkimusongelma. (Vilkka 2007, 149 – 150; Hirsjärvi ym. 2009, 231; Heikkilä 2008, 30.) Tässä tutkimuksessa mittarin kykyä vastata tutkittavia asioita on

pyrityt varmistamaan esitestaamalla kyselylomake. Kyselylomake tulisikin aina testata ennen varsinaisen aineiston keräämistä. Lomakkeen kommentointi ei ole testaamista, vaan testaaminen tarkoittaa koekyselyn suorittamista. Testaajina voivat olla asiantuntijat, esim. perusjoukkoon kuuluvat tai vastaavat henkilöt. (Vilka 2007, 78.) Kyselylomake esitettiin sekä osastolla aiemmin työtä tehneillä hoitajilla että muualla hoidotyötä tekevillä hoitajilla. Sen lisäksi on toimittu tiiviissä yhteistyössä oppilaitoksen nimeämän ohjaajan sekä työelämän ohjaajan kanssa epäkohtien havaitsemiseksi. Esitetauksen pohjalta lomakkeen kysymyksiä tarkennettiin ja selkeytettiin. Erityisesti lomakkeen pituutta ja vastaamisen käytetyn ajan kohtuullisuutta testattiin ja sen pohjalta joitakin samaa asiaa mittaavia kysymyksiä jätettiin pois. Tutkimuslomakkeen joko kysymyksen tarpeellisuutta tulee arvioida, jotta turhia kysymyksiä, joiden informaatioarvo on pieni, ei esitettäisi. (Heikkilä 2008, 32.)

Palautuneiden lomakkeiden lukumäärää verrataan perusjoukon kokoon. Tämän jälkeen tarkastellaan, onko lomakkeissa puutteita tai virheellisyksiä. Vasta sen jälkeen voidaan laskea prosentteina vastanneiden määrä perusjoukosta. (Vilka 2007, 60.) Vastausprosentin ollessa 62 % ja, kun hylättyjä vastauksia ei ollut yhtään, voidaan tämän tutkimuksen kokonaisluotettavuutta pitää kohtalaisena. Ohjeistuksesta huolimatta yhdestä vastauslomakkeesta puuttui vastaajan taustatiedot. Tämän vuoksi varsinaista kyselylomaketta ei kuitenkaan hylätty, koska tämän ei katsottu vaikuttavan tutkimuksen kokonaisluotettavuuteen.

Aineistoa tarkastellessa on tärkeä arvioida aineiston kato. Kato tarkoittaa puuttuvien tietojen määrää tutkimuksessa. Kato ei useinkaan ole ongelma tutkimuksessa, jos ryhmiä koskeva kato esiintyy suhteellisesti, se on satunnaisesti jakautunut tai vähäinen. (Vilka 2007, 107.) Otosjoukko edustaa hyvin osastolla toimivaa hoitohenkilöstöä, joten sitä voidaan pitää hyvänä.

Tässä tutkimuksessa on pyritty objektiivisuuteen sekä rehellisyyteen. Tutkimuskysymykset on tehty saattohoitoa koskevasta kirjallisuudesta. Mäkisen mukaan lähdekritiikki on tutkijan väline tiedon luotettavuuden arviointiin. (Mäkinen 2006, 128.) Lähdeaineistoa on arvioitava kirjoittajan tunnettavuuden ja arvostettavuuden mukaan. Lähteen ikä ja lähdetiedon alkuperä on hyvä selvittää ja sen uskottavuutta ja totuudellisuutta arvioida. (Hirsjärvi ym. 2009, 113 – 114.) Lähdemateriaalia valitessa näihin asioihin on pyritty kiinnittämään huomiota.

Tässä tutkimuksessa on pyritty noudattamaan hyvää tieteellistä tutkimustapaa ja ottamaan huomioon luotettavuutta heikentävät tekijät. Siitä huolimatta voi olla tekijöitä, jotka voivat heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Vilkan (2007, 153) mukaan systemaattinen virhe voi johtua kadon lisäksi myös siitä, että vastaajat eivät ole rehellisiä vastatessaan kysymyksiin, kaunistelevat tai vähättelevät asioiden tilaa.

6.3 Tutkimukseen liittyvät eettiset kysymykset

Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää tutkimuksen teossa hyvää tieteellistä käytäntöä. Jo tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu. Tutkimuskohdetta valitessa tulee miettiä kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Tutkimusaihetta valitessa tulisi huomioida aiheen yhteiskunnallinen merkittävyys. (Hirsjärvi ym. 2009, 24 - 25.) Hyvän saattohoidon osaaminen Suomessa on noussut julkiseen keskusteluun ja uudet valtakunnalliset suositukset on tehty sen toteuttamiseksi. Lks:n osasto 62:lla toteutetaan saattohoitoa ja osasto haluaa kehittää saattohoitotyön osaamista edelleen. Saattohoidossa omahoitajuus on erityisen tärkeää potilaan kokonaisvaltaisen hoitamisen ja potilaan kuoleman lähestymisestä johtuvan turvattomuuden ja ahdistuksen helpottamiseksi. Tämän tutkimuksen tuloksia on tarkoitus käyttää saattohoitotyöhön olennaisena osana kuuluvan omahoitajuuden kehittämiseen osastolla. Tutkimusaihe on valittu yhdessä työelämän edustajan kanssa.

Tutkimukseen osallistuminen on aina vapaaehtoista. Vapaaehtoisuus ja mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta ovat turvattava kaikessa tutkimustoiminnassa. Tutkittavan on tiedettävä myös, mikä on tutkimuksen luonne. Tutkittavalle on kerrottava aineiston säilyttämisestä ja tulosten julkaisemisesta. Nämä seikat voidaan kertoa tutkimukseen osallistuville esimerkiksi saatekirjeessä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177 - 178.) Osastolla työskenteleville hoitajille kerrottiin sekä suullisesti että saatekirjeessä (liite2) tutkimuksen luonteesta ja vapaaehtoisuudesta siihen osallistumisessa.

Anonymiteetti on keskeinen huomioitava asia tutkimustyössä. Tämä tarkoittaa että tutkimustietoja ei luovuteta kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle. Jos aineisto on pieni, osallistujien anonymiteetti voidaan turvata kuvaamalla heidän taustatietonsa keskiarvoina, ei vaihteluväleinä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään usein alkuperäisilmauksia verifioimaan saatuja tutkimustuloksia. Tällöin on tärkeä arvioida onko esimerkiksi murrekieliset alkuperäisesimerkit syytä kääntää yleiskielelle tunnistettavuuden vuoksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179 - 180.) Tämä otettiin

huomioon avointen kysymysten vastausten raportoinnissa käytetyissä suorissa lainauksissa. Saatekirjeessä kerrottiin, että tutkimukseen jokainen osallistuu nimettömänä eikä tutkimusaineistoa käytetä muuhun tarkoitukseen kuin tähän opinnäytetyöhön. Tutkimustyön kaikissa vaiheissa on pyritty siihen, että tutkittavien anonyymiteetti säilyisi. Tutkimusaineisto on säilytetty tutkijan kotona, siihen ei ole muilla pääsyä, ja se hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Tieteessä tulee toimia avoimesti. Tutkimustulokset tulee julkaista kontrollin, kritiikin ja kehitystyön mahdollistamiseksi. (Mäkinen 2006, 121.) Tämä opinnäytetyö on julkinen ja se toimitetaan valmistuttuaan myös tutkimusosastolle.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Taustatietoja vastaajista

Kohderyhmä oli 21 henkilöä, lomakkeen palautti 13 vastaajaa. Vastausprosentti oli 62 %. Vastanneiden joukko edusti kattavasti kaikkia osastolla työskenteleviä hoitajia. Vastanneissa oli sekä perus-, lähi- että sairaanhoitajia. Vastaajien jakauma oli 20 vuotiaista yli 50-vuotiaisiin. Työkokemusta hoitoalalta vastaajilla oli alle viidestä vuodesta yli 20 vuoteen. Vastaajissa oli sekä osaston vakituisia hoitajia että sijaisena toimivia hoitajia.

7.2 Hoitajien näkemys omahoitajuudesta saattohoidossa

Vastauksia hoitajien näkemyksestä on käsitelty teemoittain: hyvä omahoitajuus, hoitosuhde, kuolemasta puhuminen, omaiset osana hoitoa sekä potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Avointen kysymysten vastaukset on ryhmitelty samojen teemojen mukaan.

7.2.1 Hyvä omahoitajuus, hoitosuhde, kuolemasta puhuminen

Kaksitoista vastaajaa (N=13) olivat sitä mieltä, että toimiva omahoitajuus nostaa hoidon tasoa. Sopivana määränä omia potilaita yhtä aikaisesti pidettiin kahta potilasta. Ainoastaan yksi vastaaja ilmoitti sopivaksi määräksi yhden potilaan ja yksi vastaaja 1

- 2 potilasta. Vastaajien mielipiteitä omahoitajalle kuuluvista tehtävistä on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1. Hoitajien näkemys omahoitajalle kuuluvista tehtävistä (frekvensseinä)

Väittäjä	samaa mieltä	ei samaa, eikä eri mieltä	eri mieltä	yht.
Omahoitajan tehtävä on huolehtia potilaan ”siviiliasioista (esim. ihmissuhdeasiat) potilaan niin toivoessa.	5	3	5	13
Omahoitajan on tunnettava potilaan elämäntarina.	6	2	5	13
Mielestäni päivärytmi osastolla on ensisijainen hoitotyötä ohjaava tekijä.	8		5	13
Omahoitajuus on potilaan fyysisen sairauden hoitoa.	3	3	7	13
Hoitoneuvotteluun osallistuminen kuuluu omahoitajan tehtäviin.	12	1		12
Omahoitajan tehtävä loppuu potilaan kuolemaan.	6	3	4	13
Kuoleman jälkeiset ”muistelukahvit” kuuluvat omahoitajuuteen.	8	2	3	13

Vastaajista kaikki pitivät tärkeänä, että sekä potilas itse että hänen omaisensa tietävät, kuka on potilaan omahoitaja. Myös potilaan ensikohtaamista kaikki vastaajat pitivät merkityksellisenä. Kaikki vastaajat olivat myös joko samaa tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että uuden potilaan omahoitajuus on heille aina mieluista. Hoitoneuvotteluun osallistumisen omahoitajan tehtävänä näki kaksitoista (N=13) vastanneista.

Väittämiin omahoitajan tehtävistä tuli vastauksissa hajontaa. Kolme vastaajista oli samaa tai jokseenkin samaa mieltä, että omahoitajuus on potilaan fyysisen sairauden hoitoa, seitsemän oli eri tai jokseenkin eri mieltä ja kolmella oli asiaan neutraali kanta. Oman potilaan ”siviiliasioiden” hoitamisen potilaan sitä toivoessa (esim. ihmissuhdeasiat), omahoitajan tehtäväksi koki vastaajista viisi.

Osaston päivärytmi on potilaan hoitotyötä ensisijaisesti ohjaava tekijä kahdeksan vastaajan mielestä. Kuusi vastaajista oli sitä mieltä, että omahoitajan on tunnettava potilaan elämäntarina. Viisi vastanneista oli eri mieltä ja kahdella oli tähän neutraali kanta. Vastanneista hoitajista kuusi oli sitä mieltä, että omahoitajan tehtävä loppuu potilaan kuolemaan, neljä oli eri mieltä ja kolmella oli tähän neutraali kanta. Potilaan kuoleman jälkeen osastolla järjestettävälle ”muistelukahveille” osallistumisen omahoitajan tehtävänä näki vastaajista kahdeksan, kolme oli eri mieltä ja kahdella oli neutraali kanta.

Vastaajista 12 (N=13) oli sitä mieltä, että kuolemasta keskustelu kuuluu omahoitajan tehtäviin. Kaikki vastaajat olivat joko samaa tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että kuolemasta on aika puhua silloin, kun potilas itse tekee aloitteen siitä. Kuitenkin siitä, onko kuolemasta keskustelun aloittaminen omahoitajan tehtävä, ainoastaan neljä vastaajista vastasi olevansa samaa mieltä.

7.2.2 Omaiset osana hoitoa

Omaisten koettiin kuuluvan tärkeänä osana saattohoitopotilaan kokonaishoitoon. Kaikki vastaajat olivat siitä samaa tai jokseenkin samaa mieltä. Omaisten läsnäolo nähtiin potilaan hoitoa tukevana. Tätä mieltä oli kymmenen vastaajaa (N=13). Kolme vastaajista ilmoitti kuitenkin omaisten läsnäolon hankaloittavan potilaan hoitoa. Kahdentoista vastaajan mielestä omaisten tukeminen on tärkeä osa omahoitajuutta ja yksitoista keskusteli mielellään oman potilaansa omaisten kanssa. Yhteydenpidon omaisiin omahoitajan tehtäväksi koki vastanneista kahdeksan, neljä oli eri mieltä ja yhdellä oli neutraali kanta. Yksitoista vastaajaa koki tärkeänä omaisten toiveiden huomioimisen potilaan hoidossa. Avointen kysymysten vastauksissa nousi myös ongelmakohtia omaisten hoitoon osallistumisessa:

Omaisten ”liian suuri” avuntarve on pois potilaalta.

Omaisten hankala suhtautuminen/ luottamuksen puute hoitotyössä.

Potilaan ja omaisten psyykinen tukeminen jää joidenkin (potilaiden) kohdalla liian vähäiseksi.

Kiire ja kiivas työtahti heikentävät mahdollisuuksia omaisten huomiointiin.

7.2.3 Potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen

Vastanneista kaksitoista (N=13) oli samaa tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että potilaan itsemääräämisoikeutta tulee aina kunnioittaa ja että potilaan erityistoiveet, sekä toiveet hoidon suhteen, on tärkeää toteuttaa. Vastaajista yksitoista oli sitä mieltä, että potilaan mielipiteitä hoidon suhteen tulisi kuunnella nykyistä enemmän. Kaksitoista vastaajaa oli sitä mieltä, että potilaan omat tavarat tuovat potilaalle viihtyisyyttä. Kolme vastaajista oli kuitenkin sitä mieltä, että potilaan omat tavarat ja esineet potilashuoneessa haittaavat hoitotyötä.

Vastanneista 7 (N=13) oli sitä mieltä, että potilaan tulisi saada valita omahoitajansa pidemmissä saatoissa ja hoitajiin tutustumisen jälkeen. Avointen kysymysten vastauksissa nousi esille, että omahoitajan ja potilaan hoitosuhde ei aina ole toimiva:

Potilaan ja hoitajan suhde ei aina toimi, kemiat eivät kohtaa.

7.3 Hyvän omahoitajuuden toteutumista tukevia sekä vaikeuttavia tekijöitä saattohoidossa osastolla L62

Vastauksia omahoitajuutta tukevista tekijöistä ja omahoitajuutta vaikeuttavista tekijöistä on käsitelty teemaryhmien mukaan: hoitoyhteisön tuki ja vuorovaikutus, vapaaehtoiset työntekijät; osastonhoitajan tuki omahoitajuuden toteuttamiseksi; osaston puitteet ja toimintatavat omahoitajuuden tukena sekä omahoitajan käsitys omasta osaamisestaan, koulutustarpeestaan ja jaksamisestaan saattohoitotyössä. Avointen kysymysten vastaukset on luokiteltu samojen teemojen mukaan.

7.3.1 Hoitoyhteisön tuki, vuorovaikutus ja vapaaehtoistyöntekijät

Vastaajista 10 (N=13) koki saavansa riittävästi tukea muulta hoitohenkilöstöltä omahoitajuuden toteuttamiseksi. Avointen kysymysten vastauksissa kuitenkin henkilöstön vuorovaikutuksessa koettiin kehitettävää:

Henkilökunnan on opittava luottamaan toisiinsa.

Osaston sisäiset suhteet esim. ”skismat” parin kanssa voivat haitata yhteistyötä.

Esteet tiedon siirrossa ja kommunikoinnissa

Hyvä itsetuntemus on pohja avoimeen vuorovaikutukseen ja rehelliseen kommunikaatioon ihmisten välillä, jolloin vääriltä tulkinnoilta ja väärinymmärryksiltä vältytään. Siitä syntyy luottamus ja ilman sitä ei ole hyvää omahoitajuutta.

Kaikki vastaajat pystyivät jakamaan työyhteisössä työn tuomia vaikeita kokemuksia. Kaksi vastaajaa ei kuitenkaan kokenut saavansa riittävästi omaa jaksamista tukevaa tukea työyhteisöltä, neljällä oli neutraali kanta asiaan.

Vastaajista neljä (N=13) koki, että hän ei omahoitajana tule riittävästi kuulluksi oman potilaansa hoidon asiantuntijana. Kahdeksan vastaajaa oli tästä asiasta eri, tai joksikin eri mieltä ja yhdellä vastanneista oli neutraali kanta. Kuitenkin kymmenen vastaajaa oli sitä mieltä, että heillä oli riittävästi mahdollisuuksia olla päättämässä oman potilaansa hoitolinjauksista. Kolmella oli neutraali kanta väittämään. Yksitoista vastaajista koki saavansa riittävästi tietoa potilaansa hoidosta, kyetäkseen vastaamaan potilaan ja hänen läheistensä kysymyksiin.

Kuusi (N=12) vastanneista koki saavansa riittävästi tukea moniammatilliselta työryhmältä (esim. pappi, fysioterapeutti, psykologi) omahoitajuuden tukemiseksi. Viisi (N13) vastanneista koki kuitenkin, että ei saa riittävästi tukea kyetäkseen vastaamaan potilaansa henkiseen ahdistukseen.

Vapaaehtoisia työntekijöitä osastolle lisää toivoi 10 vastaajaa. Kahden vastaajan (N=13) mielestä vapaaehtoistyöntekijät eivät ole välttämättömiä toimijoita. Yhden vastaajan mielestä vapaaehtoistyöntekijöistä on enemmän haittaa kuin hyötyä potilaiden hoidossa, viidellä oli tähän väittämään neutraali kanta ja seitsemän vastaajaa oli asiasta eri mieltä. Kolmen vastaajan mielestä vapaaehtoistyöntekijät tukevat merkittävästi omahoitajuutta. Taulukossa 2 on esitetty hoitajien näkemyksiä hoitoyhteisön vuorovaikutuksesta ja työyhteisön tuesta osastolla omahoitajuutta edistävinä tekijöinä.

Taulukko 2. Hoitajien näkemys hoitoyhteisön vuorovaikutuksesta ja työyhteisön tuesta omahoitajuutta edistävinä tekijöinä (frekvensseinä)

Väittäjä	samaa mieltä	ei samaa, eikä eri mieltä	eri mieltä	yht.
En tule riittävästi kuulluksi potilaani hoidon asiantuntijana.	4	1	8	13
Minulla on riittävästi mahdollisuuksia olla päättämässä oman potilaani hoitolinjauksista.	10	3		13
Saan riittävästi tietoa potilaani hoidosta kyetäkseen vastaamaan potilaan ja hänen läheistensä kysymyksiin.	11	1	1	13
Saan riittävästi tukea muulta hoitohenkilöstöltä omahoitajuuden toteuttamiseen.	10	1	2	13
Moniammatillinen työryhmä tukee riittävästi omahoitajuutta (esim.pappi, fysioterapeutti, psykologi).	6	3	3	12
Pystyn jakamaan työyhteisössä työn tuomia vaikeita kokemuksia.	13			13
Saan riittävästi omaa jaksamistani tukevaa tukea työyhteisöltä.	7	4	2	13

Avointen kysymysten vastauksissa tuli kehittämissuhteita omahoitajuuden kehittämiseksi:

Omahoitajaa tulee kunnioittaa ja kuunnella oman potilaan asiantuntijana.

Omahoitajaa on muistettava informoida kaikissa potilaan hoitoon liittyvissä asioissa.

7.3.2 Osastonhoitajan tuki omahoitajuuden toteuttamiseksi

Kuusi vastaajista (N=13) koki saavansa tukea omahoitajuuteen osastonhoitajalta.

Kolme vastaajista oli eri tai joksikin eri mieltä osastonhoitajan tuen saamisesta.

Neljän vastaajan (N=12) mielestä työvuorot tukevat omahoitajuuden toteutumista, neljä vastaajaa oli asiasta eri mieltä ja neljällä oli neutraali kanta.

Koulutukseen pääsy osastolla oli neljän (N=12) vastaajan mielestä tasapuolista, kaksi oli eri mieltä asiasta ja kuudella oli tähän neutraali kanta. Yhdentoista vastaajan mielestä sijaiset eivät saa riittävästi perehdyttämistä omahoitajuudesta osastolla. Hoitajien käsityksiä osastonhoitajalta omahoitajuuteen saamastaan tuesta on esitetty taulukossa 3.

Taulukko 3. Hoitajien käsitys osastonhoitajalta saamastaan tuesta omahoitajuuden toteutumiseksi (frekvensseinä)

Väittäjä	samaa mieltä	ei samaa, eikä eri mieltä	eri mieltä	yht.
Työvuorot tukevat omahoitajuuden toteuttamista.	4	4	4	12
Osastonhoitaja tukee omahoitajuuttani.	6	4	3	13
Koulutukseen pääsy on osastolla tasapuolista.	4	6	2	12
Sijainen saa riittävästi perehdyttämistä omahoitajuudesta osastolla.		2	11	13

7.3.3 Osaston puitteet ja toimintatavat omahoitajuuden tukena

Kymmenen vastaajaa (N=13) olivat sitä mieltä, että osaston nykyiset fyysiset tilat eivät tue omahoitajuutta. Vain kahden vastaajan mielestä tilat tukevat omahoitajuuden toteutumista. Viiden vastaajan mielestä hoito osastolla ei ole riittävän kokonaisvaltaista (psykkinen, fyysinen, sosiaalinen ja hengellinen). Seitsemän vastaajaa koki pystyvänsä vastaamaan riittävästi potilaan erityistoiveisiin (esimerkiksi ruoka, vaatteet, huonejärjestelyt). Taulukossa 4 on esitetty vastaajien mielipiteitä siitä, kuinka osaston hoitoympäristö ja toimintatavat tukevat omahoitajuutta.

Taulukko 4. Hoitajien mielipide siitä, kuinka hoitoympäristö ja toimintatavat osastolla tukevat omahoitajuutta (frekvensseinä).

Väittäjä	samaa mieltä	ei samaa, eikä eri mieltä	eri mieltä	yht.
Osaston fyysiset tilat tukevat omahoitajuuden toteutumista.	2	1	10	13
Pystyn riittävästi vastaamaan potilaan erityistoiveisiin (esim. ruoka, vaatteet, huonejärjestelyt).	7	3	3	13
Hoidon saanti on tasavertaista osastolla omahoitajasta riippumatta.	4	2	7	13
Minulla ei aina työvuorossa ollessani ole mahdollisuutta hoitaa omaa potilastani.	6	1	6	13
Omahoitajaa pitäisi pystyä vaihtamaan tarvittaessa.	12	1		13
Korvaava omahoitajuus toimii osastolla hyvin.	7	2	4	13
Potilaan hoito osastolla ei ole riittävän kokonaisvaltaista (psykkinen, fyysinen, sosiaalinen ja hengellinen).	5	2	6	13
Nykyinen omahoitajapari-työskentely on toimiva.	9	1	3	13
Uuden potilaan omahoitajan valintakäytäntö on nykyisellään hyvä.	7	3	3	13

Neljä vastaajista (N=13) oli samaa tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että hoidon saanti on tasavertaista osastolla omahoitajasta riippumatta. Seitsemän vastaajaa oli eri mieltä potilaan hoidon tasavertaisesta saamisesta. Vastaajista kuusi oli sitä mieltä, että heillä ei ole aina työvuorossa ollessaan mahdollisuutta hoitaa omaa potilastaan, kuusi vastaajista oli asiasta eri mieltä. Yhdeksän vastaajan mielestä nykyinen omahoitajapari-työskentely on toimiva. Kolme oli asiasta eri mieltä. Avointen kysymysten vastauksissa kehitettäväksi asiaksi hyvän omahoitajuuden toteutumiseksi tuli ehdotus:

Omahoitaja-työparin vahvistaminen: mahdollistaa työparin kanssa yhteisen potilaan hoitoviivojen tarkentamiseen aika säännöllisin välein, esim. 1 x 2 /vko. (palaveri tai neuvottelu).

Uuden potilaan omahoitajan valintakäytäntö on nykyisellään hyvä seitsemän vastaajan (N=13) mielestä. Korvaava omahoitajuus toimii osastolla hyvin seitsemän vastaajan mielestä. Kahdentoista vastaajan mielestä omahoitajaa pitäisi pystyä vaihtamaan tarvittaessa. Avointen kysymysten vastauksissa nousi omahoitajuutta estäviä tekijöitä osaston toimintatavoista johtuen:

Nykyisellään osaston työnkuva on hyvin tehtäväkeskeinen, joten kokonaisvaltaisesti ei pääse hoitamaan edes omaa potilasta jollei ole ns. lääkehoitaja.

Hoitosuunnitelmat tulisi olla enemmän ajan tasalla. (2)

Lomat, vapaat, lyhyt hoitoaika ja ajoittainen hoitajapula ovat esteinä hyvän omahoitajuuden toteutumisessa.

Perehdytys ja yhteisten pelisääntöjen läpikäyminen.

Jokaisella työntekijällä on omaa erikoisosaamista, sitä ei ole tuettu ja otettu käyttöön.

Hyvää omahoitajuutta estäviksi tekijöiksi avointen kysymysten vastauksissa nousi myös hoitajien asenne:

Joillakin hoitajilla tuomitseva suhtautuminen ns. itse aiheutettuihin sairauksiin omahoitajana ollessa.

Jokainen hoitaisi työvuoron aikana omat potilaansa alusta loppuun (syöttäminen, pesut, lääkkeet ja muut päivittäiset asiat, tällöin kirjaaminen olisi helppoa ja nopeaa kun tietää lääkityksen ja ”päivän kunnon”, on helpompi keskustella myös potilaan ja läheisten kanssa.

Oma potilas koetaan rasitteena.

Kirjalliset työt koetaan rasitteena.

7.3.4 Omahoitajan käsitys osaamisestaan, koulutustarpeestaan ja jaksamisestaan saattohoitotyössä

Kahdellatoista vastaajalla (N=13) oli useita kokemuksia onnistuneesta omahoitajasuhteesta. Epäonnistumisiakin omahoitajana oli kokenut viisi vastaajaa. Kymmenen vastaajaa koki omaavansa riittävästi osaamista tukemaan kuolevaa potilasta. Avointen kysymysten vastauksissa nousi omahoitajuutta estäviä tekijöitä:

Vain sitä voi antaa toiselle mitä itsellä on, on se sitten vaikka pelko tai väsymys.

Lähin este omahoitajuuden toteutumisessa on oma asenne ja itsessä olevat rajoitteet.

Kaksitoista vastaajaa koki, että heillä on riittävästi edellytyksiä kohdata potilaan tunteita. Kymmenen vastaajaa (N=12) oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että hänellä on kyky omahoitajana tunnistaa potilaan masennus. Potilaan hengellisiin tarpeisiin vastaamiseen riittävästi valmiuksia koki omaavansa viisi vastaajista. Vastaajista yksitoista koki keskustelun kuolemasta olevan itselleen luontevaa. Keskustelun omaisten kanssa vaikeaksi koki kolme (N=13) vastaajista. Eri kulttuurista tulevan potilaan omahoitajuuden koki vaikeaksi neljä vastaajaa.

Omahoitajuuden tehtäväkuva oli selkeä vastaajista yhdeksälle (N=13). Kuitenkin yhdeksän vastaajan mielestä osastolla ei anneta riittävästi koulutusta omahoitajuudesta. Avointen kysymysten vastauksissa seitsemän vastaajaa koki tarvitsevansa lisäkoulutusta omahoitajuudesta:

: *Omahoitajan rooliin kuuluvat asiat potilaan hoidossa ovat hiukan epäselvät osastolla.*

Omahoitajuuden koulutuksen järjestäminen, nimenomaan saattohoidon, sitä ei ole.

Kaikkien hoitajien tulisi ymmärtää omahoitajuuden merkitys/tärkeys.

Koulutusta omahoitajuudesta ja työnkuvasta osasto L62:lla, sekä hoitajan että potilaan näkökulmasta.

Kaikki vastaajat kokivat omahoitajan ja potilaan välisen hyvän hoitosuhteen palkitsevana. Taulukossa 5 on esitetty vastaajien käsitystä osaamisestaan ja jaksamisestaan omahoitajana.

Taulukko 5. Hoitajien käsitys omasta osaamisestaan ja jaksamisestaan omahoitajana (frekvensseinä)

Väittämä	samaa mieltä	ei samaa, eikä eri mieltä	eri mieltä	yht.
Minulla on riittävästi edellytyksiä kohdata potilaan tunteita.	12	1		13
Minulle on luontevaa keskustelu kuolemasta.	11	1	1	13
Minulla on kykyä omahoitajan tunnistaa potilaan masennus.	10	1	1	12
Minulla on riittävä osaaminen tukemaan kuolevaa potilasta.	10	1	2	13
Minusta on vaikea tomia omahoitajana eri kulttuurista tulevalle potilaalle.	4	4	5	13
Minulla on riittävästi valmiuksia vastata potilaani hengellisiin tarpeisiin.	5	3	5	13
Olen kokenut epäonnistumisiakin omahoitajana.	5	4	4	13
En ole päässyt riittävästi tarvitsemaani koulutukseen.	5	2	6	13
Osastolla annetaan riittävästi koulutusta omahoitajuudesta.	1	3	9	13
Omaisten suru ahdistaa minua.	4	2	7	13
Olen kokenut uupumusta työssäni omahoitajana.	5	2	6	13
Työnohjaus ei ole mielestäni välttämätöntä.	3	1	9	13
Työnohjaus on välttämätön edellytys, otta jaksan työssäni.	8	3	2	13

Kaksi vastaajista (N=13) miettii oman potilaansa asioita myös vapaa-ajallaan. Omaisten surun koki ahdistavaksi neljä vastaajaa, seitsemän oli eri mieltä ja kahdella oli neutraali kanta. Viisi vastaajaa oli kokenut uupumusta työssään omahoitajana. Työn-ohjauksen välttämättömäksi edellytykseksi työssä jaksamiseen koki kahdeksan vastaajaa. Kolmen vastaajan mielestä työnohjaus ei ole välttämätöntä. Avoimissa kysymyksissä omahoitajuutta kehittävä asiana nousi esille myös työnohjaus:

Yksilötyönohjaus voisi avata solmuja ja luoda todellista Me-henkeä.

Yhdeksän vastaajaan mielestä saattohoitotyön tekeminen vaatii erityistä koulutusta. Vain yksi vastaaja oli erimielinen erityisen koulutuksen tarpeesta. Viisi vastaajaa (N=13) ei ollut päässyt mielestään riittävästi tarvitsemaansa koulutukseen. Kuusi oli eri mieltä tarvitsemaansa koulutukseen pääsystä. Avointen kysymysten kysymyksessä koulutustoiवेesta vastauksia tuli runsaasti erilaisista koulutustarpeista. Koulutusta toivottiin seuraaviin: *yksilövastuinen hoitotyö; palliatiivinen hoito, saattohoito; koulutusta, jonka avulla voi vastata potilaan henkisiin ja hengellisiin tarpeisiin; omaisten tukeminen ja kohtaaminen, lapsen surun kohtaaminen; potilaan itsemääräämisoikeus; ihmissuhdetaitojen kehittäminen.* Fyysisestä hoidosta koulutustarvetta toivottiin: *hävähoido, ihminen fyysisenä ja psyykkisenä kokonaisuutena, kivunhoitokoulutusta.*

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyön tavoitteena oli tutkia hoitajien näkemystä omahoitajuudesta saattohoidossa. Sen tarkoituksena oli myös löytää hyvää omahoitajuutta estäviä tekijöitä sekä omahoitajuutta tukevia tekijöitä osasto L62:lla.

Tämän tutkimuksen perusteella Lahden kaupunginsairaalan osasto L62:n hoitajilla on hyvä käsitys siitä, mitä omahoitajuus saattohoidossa tarkoittaa. Heidän mielestään toimiva omahoitajuus nostaa hoidon tasoa. Vastaajilla oli useita kokemuksia onnistuneesta omahoitajuudesta ja se oli koettu palkitsevana. Hoitajilla oli myös selkeä käsitys saattohoidon merkityksestä, ja he kokivat omaavansa taitoa toimia kuolevan potilaan hoitajana (vrt. Hjerppe 2008). Hoitajien mielestä potilaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa. Heidän mielestään potilaiden mielipiteitä hoidostaan tulisi kuunnella nykyistä enemmän.

Vaikka hoitajilla oli hyvä käsitys siitä, mitä omahoitajuus saattohoidossa tarkoittaa, vastauksissa tuli hyvin esille se, että omahoitajuuden toimenkuva osastolla ei ollut kaikille selkeä. Omahoitajuudesta osastolla kaivattiin selkeämpää kuvaa ja tehtävistä yhtenäiset käytännöt. Avoimen kysymyksen vastauksissa hyvää omahoitajuutta estävinä tekijöinä nousi esille, että potilaan ja hoitajan suhde ei aina toimi ja oma potilas voidaan kokea jopa rasitteena. Myös hoitajan asenne, oma pelko ja jaksaminen estävät hyvää omahoitajuutta. Tutkimustuloksen mukaan omahoitajaa pitäisikin pystyä tarvittaessa vaihtamaan (vrt. Lipponen 2006). Jopa sitä pidettiin mahdollisena, että potilas saisi itse valita omahoitajansa pidemmissä saatoissa.

Saattohoitovaiheessa kuoleva ja hänen läheisensä kuuluvat edelleen yhteen ja tarvitsevat toisiaan. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan hoitajien mielestä potilaan läheisten tukeminen on osa omahoitajuutta ja heidän mielestään myös läheisten toiveet potilaan hoidosta ovat tärkeitä ottaa huomioon. (vrt. Ridanpää 2006; Sand 2003). Tutkimuksessa nousi esiin, että kiire heikentää mahdollisuutta omaisten huomiointiin. Kiireessä ei ennätä kuulostella omaisten ja potilaiden mielialaa ja lyhyissä hoitosuhteissa omaisia ei ehdi riittävästi tukea. Toisaalta omaisten liian suuri tuen tarve on pois potilaiden hoidosta. Osastolla tulisi yhdessä pohtia mistä kiire, tai kiireen tunne johtuvat ja millä keinoilla niitä voitaisiin estää.

Surevat läheiset tarvitsevat tukea ja neuvoja vielä potilaan kuoleman jälkeen. Tätä varten osastolla on olemassa käytäntö omaisten kanssa juotavista muistelukahveista, joilla yhdessä muistellaan vainajaa ja kuunnellaan läheisten tuntemuksia sekä annetaan ohjeistusta hautajaisjärjestelyjä varten. Omahoitajan osallistuminen muistelukahveille on osa omahoitajuutta. Osaston käytännön mukaan potilaan kuoltua läheisille tarjotaan mahdollisuutta tarvitessaan olla yhteydessä osastolle, ja silloin tuttu omahoitaja on luontevin keskustelukumppani surevalle omaiselle. Omahoitajan tuen merkityksestä läheisille potilaan kuoleman jälkeen olisi hyvä keskustella, koska tutkimuksessa tuli esille että kaikkien mielestä muistelukahvit eivät kuulu omahoitajan tehtäviin ja omahoitajuuden koettiin päättyvän potilaan kuolemaan. Omahoitajuus on potilaan saattamista kuolemaan, mutta se on myös omaisten tukemista kuolevan viereltä elämään.

Saattohoito ei ole pelkkää kuolevan ihmisen perustarpeista huolehtimista ja lääkinällistä kivun hoitoa, vaan siihen kuuluu ihmisen kaikki fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen, henkiseen ja hengelliseen alueeseen liittyvät tarpeet. Tutkimustulosten mukaan

käytännössä kaikkien tarpeiden täyttäminen toteutuu usein vain teoriassa. Tutkimuksen vastauksista ilmenee, että potilaiden henkinen tukeminen jää nykyisellä käytännöllä liian vähälle. (vrt. Hjerppe 2008). Vastauksissa tuli esille, että osa hoitajista pitää osaston päivärytmiä potilaan hoitotyötä ensisijaisesti ohjaavana tekijänä. Vastauksen voi tulkita myös siten, että hoitajat kokevat omahoitajuuden nykyisillä resursseilla sellaiseksi, että se mahdollistaa pääosin vain fyysisen hoidon. Avointen kysymysten vastauksissa nousi esille kokonaisvaltaisen hoitamisen esteenä hoitajan liian tehtäväkeinen työnkuva. Siitä johtuen potilaan kokonaisvaltainen hoitaminen ei ole mahdollista, jollei hoitaja ole ns. lääkehoitajana. Kokonaisvaltaisen hoitamisen merkitystä olisi siis syytä kirkastaa ja keskustella yhdessä keinoista kokonaisvaltaisemman hoidon toteutumiseksi.

Moniammatillinen yhteistyö on edellytys saattohoidon hyvälle toteutumiselle. Yhteistyötä kaivattiin potilaan henkisen ahdistuksen helpottamiseen. Eri kulttuurista tulevien potilaiden omahoitajuus koettiin myös vaikeaksi. Hoitajia tulee edelleen kannustaa moniammatilliseen yhteistyöhön. Eri ammattiryhmien hyödynnettävyys tulisi olla jokaisen hoitohenkilöstöön kuuluvan tiedossa sekä yhteystiedot helposti löydettävissä.

Yhteistyö esimiehen ja työtovereiden kanssa koettiin omahoitajuutta edistävänä tekijänä (vrt. Hjerppe 2008). Osastonhoitajalta tukea toivottiin enemmän. Työyhteisö koettiin voimavaraksi omahoitajuuden toteuttamisessa ja sen merkitys työn tuomien vaikeiden kokemusten purkupaikkana nähtiin tärkeäksi. Avointen kysymysten vastauksissa hyvää omahoitajuutta estävänä tekijöinä mainittiin kuitenkin osaston sisäisissä suhteissa luottamuksen puutetta ja eri syistä johtuvaa kommunikaatiovaikeutta.

Vapaaehtoiset työntekijät koettiin pääosin myönteisiksi toimijoiksi ja omahoitajuutta tukevaksi tekijäksi (vrt. Sand 2003). On hyvä, että osastolla on toimintasuunnitelman mukaan tarkoitus jatkaa vapaaehtoistyötä ja toteuttaa vapaaehtoistyöntekijöiden kurssi syksyllä 2012.

Tutkimustulosten mukaan hoitajien mielestä palliatiivisella osastolla työskenteleminen vaatii erityistä koulutusta saattohoitotyön tekemiseen. Koulutuksen tarve ja sen tasavertainen saanti nousivat tutkimuksessa vahvasti esille (vrt. Ridanpään 2006; Hjerppe 2008). Koulutukseen pääsy osastolla ei kaikkien vastaajien mielestä ollut tasapuolista. Erityisesti omahoitajuudesta toivottiin koulutusta. Lisäksi omahoitajan ammatillista osaamista tukevat koulutukset, joissa annetaan erilaisia tiedollisia ja taidollisia val-

miuksia lisäämään hoitajien ammattitaitoa, nousivat koulutustarpeesta kysyttäessä esille. Avointen kysymysten vastauksissa nousi esille, että hoitajien erikoisosaamista ei ole hyödynnetty ja tuettu tarpeeksi. Kaikki eivät osanneet ilmaista kantaansa koulutukseen pääsystä kysyttäessä. Tämä selittynee sillä, että vastaajissa oli myös sijaisia, joita kaikki koulutukset eivät koske.

Tutkimuksen tuloksista ilmeni selvästi, että osastolla toimivat sijaiset eivät saa riittävästi perehdytystä omahoitajuudesta. Osastolla sijaisina toimivien hoitajien perehdyttämiseen tulisikin kiinnittää enemmän huomiota. Vaikka Huhtisen (2005) mukaan hoitaja saakin kokea hämmentyneisyyttä, puutteellisuutta ja vaikeutta läsnäolossa kuolevan potilaan vierellä, koulutuksen avulla saa tukea ja oppia kuoleman ja kuolevan kohtaamisen kestämiseen ja erilaisten tunteiden hallitsemiseen. ETENE (2004, 13) on kiinnittänyt huomiota kuolevia potilaita hoitavan hoitohenkilökunnan koulutuksen tarpeeseen niin potilaan inhimillisen hoidon, kuin hoitajan jaksamisen näkökulmista. Se toteakin, että saattohoidon perus-, jatko- ja täydennyskoulutus ei ole riittävää nykyisellään.

Osa tämän tutkimuksen vastaajista oli kokenut uupumusta työssään omahoitajana. Työnohjaus koettiin tärkeäksi työssä jaksamisen edellytykseksi ja siksi onkin hyvä, että työnohjausta osastolla on tarkoitus jatkaa. Avointen kysymysten vastauksissa nousi esille myös vaihtoehtona yksilötyönohjaus työyhteisön eheyttäjänä.

Omahoitajan mahdollisuus olla päättämässä potilaansa hoitolinjauksista sekä tiedon saaminen potilaan hoitoon liittyvistä asioista olivat tutkimustulosten mukaan omahoitajuutta tukevia tekijöitä osastolla. Kuitenkin samat asiat nousivat esille myös kehitettävänä asioina avointen kysymysten yksittäisissä vastauksissa. Avointen kysymysten vastauksissa tuli strukturoitujen tulosten kanssa muitakin ristiriitaisia vastauksia. Samoista asioista on nähty sekä omahoitajuutta edistäviä, että estäviä tekijöitä.

Vastausprosentti jäi tässä tutkimuksessa alhaiseksi ja se jättää pohdittavaksi olisiko tulos ollut erilainen, mikäli otannasta olisi saatu suurempi. Vaikka vastausten määrä oli tähän tutkimukseen riittävä, voidaan pohtia, olisiko suurempi vastausprosentti saavutettu, mikäli kysymyslomake olisi annettu jokaiselle hoitajalle suoraan nimellä osoitettuna. Aineiston katoa on voinut lisätä myös se, että tutkija on tuttu työyhteisössä ja vastaajat kokevat arkuutta käsialan tunnistamisessa lomakkeelta. Tutkimuksen luotet-

tavuutta voi heikentää myös se, että vastaajien joukossa on voinut olla lyhyemmissä sijaisuuksissa toimivia hoitajia. Heillä ei välttämättä ole vahvaa omaa kokemusta omahoitajuudesta osastolla. Saadun tutkimustuloksen perusteella voidaan kuitenkin todeta, että tutkimusosastolla on tarvetta omahoitajuuden kehittämiseen ja työkuvan selkiyttämiseen. Tämä tutkimus tuotti tietoa, jota voidaan hyödyntää kehittämistyössä.

Tutkimustuloksissakin esiin nousseita epäkohtia näyttää olevan jo tiedostettu, ja niihin on osaston toimintasuunnitelman tavoitteissa pyritty vaikuttamaan. Toimintasuunnitelman tavoitteilla potilaan ja omaisten hyvä hoito, asiakaslähtöinen hoitotyö, johtamiskoulutus esimiehille, kannustava, avoin ja suvaitseva ilmapiiri, ystävällisyys työkaveria kohtaan sekä koulutuksiin osallistuminen ja hiljaisen tiedon siirtäminen, voidaan koettuihin omahoitajuutta estäviin tekijöihin vaikuttaa. Kehittämistavoitteiden toteutumista on syytä seurata sekä niiden toteutumista arvioida. Koetut omahoitajuutta edistävät tekijät on syytä ottaa huomioon ja niitä kaikin keinoin vahvistaa.

Tämä opinnäytetyöprosessi on ollut paljon työtä vaativa, mutta antoisa. Valmiin opinnäytetyön lisäksi työn tekeminen on opettanut, miten tutkimustyöprosessi etenee. Opinnäytetyön edistymistä on edistänyt ohjauksen joustavuus niin työelämässä kuin ohjaavan opettajan toimesta.

Tutkimuksen tulokset jättävät pohtimaan omahoitajan ja saattohoidon toteuttamista kunnallisen perusterveydenhoidon yksiköissä, koska niissä arvojen lisäksi myös taloudelliset resurssit ohjaavat toimintaa. Taloudellisilla resursseilla on vaikutusta hoitohenkilöstön määrään, hoivayksikön ympäristöön ja käytäntöihin, hoitajien koulutukseen pääsemiseen ja potilaan erityistoiveiden toteuttamiseen. Nämä tekijät nousivat tässäkin tutkimuksessa hyvää omahoitajuutta estävinä tekijöinä esille. Nämä ovat asioita, joihin ei yksinomaan saattohoitotyötä tekevässä yksikössä pystytä vaikuttamaan. Niiden toteutuminen vaatii laajempaa yhteiskunnallista keskustelua, taloudellista panostamista ja saattohoitosuosittelujen sisäistämistä hyvän saattohoidon toteuttamiseksi.

Taloudellisten resurssien vastapainoksi on kuitenkin hyvä muistaa Pelkosen (2005) viisaus, jonka mukaan palliatiivinen hoito ja kuolevan potilaan kohtelu ovat lääkintätaidon humanisuuden koetinkivi ja jokaisen hoitoyksikön hoidon laadun tärkein mittari. Ne kertovat, miten yksikössä välitetään toisesta ja suhtaudutaan sairaan ihmisen kärsimyksiin. Tiede, tieto ja tekniset taidot ovat muuttuvia ja jatkuvasti kehittyviä,

mutta hyvän tavoittelu ja toisesta ihmisestä välittäminen ovat pysyviä, oleellisia arvoja kuolevan hoitotyössä. Osaavat, työssään oppineet ja ihmisinä kasvaneet työntekijät ovatkin saattohoitotyötä tekevien yksiköiden vahvuustekijöitä. Kuolevan potilaan omahoitajan tärkein työväline on hänen oma persoonansa. Ammattitaito kasvaa vähitellen käytännön hoitotyössä tapahtuvan oivaltamisen, työhön motivoitumisen ja ihmisenä kasvamisen myötä. Potilaan ja omahoitajan suhteessa kannatteleva voima on tasavertaisuus, inhimillisyys ja empaattisuus. (Lipponen, 2006). Vaikka tässä tutkimuksessa fyysisen ympäristön ei nähty tukevan omahoitajuutta, edistävinä tekijöinä koettiin myönteinen kokemus omahoitajuudesta, kollegiaalisuus ja hoitohenkilöstön vahva kokemus omasta ammattitaidostaan.

Lahden kaupunginsairaalassa toteutetaan työnkiertoa. Olisi mielenkiintoista tutkia, kuinka saattohoitotyön osaamista voidaan tällä keinolla siirtää sairaalan muille osastoille. Koulutus ja sen tarve nousivat voimakkaasti esille tässä tutkimuksessa. Jatkokutkimusaiheena voisi olla se, kuinka paljon yksittäisen hoitajan koulutuksen kautta saatu tieto siirtyy osaston muulle henkilöstölle ja käytäntöön.

LÄHTEET

- Anttila S. 2011. Saattohoitoon kohdistetut kantelut. Artikkelinä Palliatiivinen hoito – lehdessä 12/2011.
- Anttonen, M. 2008. Kuolevan potilaan hoitotyön johtaminen. Teoksessa: Grönlund E., Anttonen M., Lehtomäki S. & Agge E. Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito, Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. s. 49 – 57.
- Anttonen, S., Lehtomäki, S. & Murtonen, I. 2011. Palliatiivisen hoitotyön asiantuntijuuden kriteerit. Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry.
- Eho, S., Hänninen, J., Kannel, V., Pahlman, I. & Halila, R. 2003. Saattohoito – Valta-kunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio.
- ETENE. 2004. Kuolemaan liittyvä eettiset kysymykset. ETENEn 2. kesäseminaari. Korjattu 2. painos. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Fenwick, P. 2004. Dying: a spiritual experience as shown by Near Death Experiences and Deathbed Visions.
- Grönlund, A. & Leino T. 2008. Hoitoneuvottelu – saattohoidon tärkeä työväline. Teoksessa: Grönlund E., Anttonen M., Lehtomäki S. & Agge E. Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito, Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, s. 35 – 48.
- Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. 1. painos. Helsinki: Edita.
- Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito, haaste moniammatilliselle yhteistyölle. 1. painos. Porvoo: WSOY.
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hirsjärvi S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hjerppe, M. 2008. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen omahoitajien arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.

Hodo, A. & Buller, L. 2012. Managing care at the end of life. *Nursing Management*. 43(8): 28 - 33, August 2012.

Holli, K. 2009. Jokaisella on oikeus palliatiiviseen hoitoon. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2009; 125(7): 705 - 6. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo97967&p_haku=palliatiivinen%20hoito [Viitattu 30.12.2012].

Häihälä, E., Lehtipuu-Vuokola, L. & Surakka, T. 2008. Pirkanmaan Hoitokodissa omaisten tukeminen on osa hyvää saattohoitoa. *Sairaanhoitaja-lehti* 9/2008. Saatavissa: <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajalehti> [Viitattu 9.3.2012].

Hänninen, J. & Anttonen M. 2008. Saattohoitopäätös ja hoitolinjauksen merkitys potilaan hoidossa. Teoksessa: Grönlund E., Anttonen M., Lehtomäki S. & Agge E. *Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, s. 23 – 35.

Hänninen, J. 2003a. Kuolevan kohtaaminen, hoito ja hoiva. Teoksessa: Suni A-L. & Hänninen J. *Kun tuuli käy*. Helsinki: Kirjapaja Oy.

Hänninen, J. 2003b. Saattohoitopotilaan oireiden hoito. *Duodecim*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Hänninen, J. Kenelle saattohoitoa. Blogi: Ylilääkärin päivitykset. Saatavissa: <http://www.terho.fi> [Viitattu 9.3.2012].

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY pro Oy.

Kuolevan potilaan oireiden hoito. 2008. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Käypä hoito – suositus. Päivitetty 28.1.2008. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50063?hakusan a=kuolevan%20potilaan%20hoito#s19> [Viitattu 28.12.2011].

Kärpänniemi, R. 2008. Sairaanhoidaja ja hengelliset kysymykset kuolevan hoidossa. Teoksessa: Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. s.109 – 117.

Kärpänniemi, R. & Hänninen, P. 2004. Omaisten tukeminen. Teoksessa: Palliatiivinen hoito. 2., uudistettu painos. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Leino, T. 2008. Elämän tukemista elämän lopussa. Teoksessa: Minkkinen, A. Saattohoito – elämää ennen kuolemaa, Pirkanmaan Hoitokodin 20-vuotisjuhlakirja. Tampere, s.15 – 24.

Lindqvist, M. 2003. Ole hyvä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.

Lipponen, V. 2006. Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Mattila, K.-P. 2006. Kuolemaan liittyvä eksistentiaalinen toivo ja ahdistus. Teoksessa: Hänninen, J. Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 38 – 47.

Mattila, K.-P. 2010. Asiakkaana ihminen. Työnä huolenpito ja auttaminen. Jyväskylä: PS-kustannus.

Munnukka, T. 1993. Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

National Cancer Institute at the National Institutes of Health. End-of-Life Care for People Who Have Cancer. Reviewed: 05/10/2012.

Palmu, M. 2004. Koulutus ja työnohjaus saattohoitotyötä tekevien tukena. Teoksessa: Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. Saattohoito, haaste moniammatilliselle yhteistyölle. 1. painos. Porvoo: WSOY, s. 189 – 190.

Pelkonen, R. 2005. Hyvän elämän asialla. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2005;121(2): 232-5. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo97967&p_haku=palliatiivinen%20hoito [Viitattu 30.12.2011].

Perehdytyskansio, Lks osasto L62. Yksilövastuinen parityö.

Pihlainen, A. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa, Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6 Helsinki

Pinomaa, A.-L. 2000. Rakastava hoito. Teoksessa: Aalto, K. Saattohoito. Kolmas, uudistettu painos. Helsinki: Kirjapaja Oy, s. 23 - 43.

Pukuri, T. 2002. Yksilövastuinen hoitotyö ja sen mittaaminen. Teoksessa: Munnukka, T. & Aalto, P. Minun hoitajani, näkökulmia omahoitajuuteen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, s. 56 - 72.

Ridanpää, S. 2006. Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.

Sand, H. 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa, tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Schmitt, F. 2008. Kuoleva potilas ja perhe. Teoksessa: Grönlund E., Anttonen M., Lehtomäki S. & Agge E. Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito, Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto ry, s. 59 – 69.

Siltala, P. 2008. Työnohjaus kuoleman kohtaamisessa. Teoksessa: Grönlund E., Anttonen M., Lehtomäki S. & Agge, E. Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito, Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto ry, s. 85 – 95.

Simolin, T. & Tarvainen S.-L. 2009. Kuolevan potilaan ja hänen omaisensa kohtaaminen – vapaaehtoistyöntekijän näkökulma. Opinnäytetyö. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.

Snellman, T. 2008. Tunteet ja kokemukset kuolevan hoidossa. Teoksessa: Grönlund E., Anttonen M., Lehtomäki S. & Agge E. Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito, Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, s. 97 – 107.

Suni A-L. & Hänninen J. 2003. Kun tuuli käy. Helsinki: Kirjapaja Oy.

Surakka, T. 2001. Kuolemaan liittyvä eettiset kysymykset. ETENE:n 2. kesäseminaari. Korjattu 2. painos. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Surakka, T. 2008. Yksilövastuinen hoitotyö Pirkanmaan Hoitokodissa. Teoksessa: Minkkinen A. Saattohoito – elämää ennen kuolemaa, Pirkanmaan Hoitokodin 20-vuotisjuhlakirja. Tampere, s. 27 - 33.

Toimintakertomus 2011. Palliativisen hoidon osasto L62. Lahden kaupunginsairaala. Vanhusten ja kuntoutuksen vastuualue.

Toimintasuunnitelma 2012. Palliativisen hoidon osasto L62. Lahden kaupunginsairaala. Vanhusten ja kuntoutuksen vastuualue..

Toppinen, P. 2004. Elämän lopun kysymyksiä. ETENE:n selvitys terveydenhuollon käytössä olevista saattohoito-ohjeista. ETENE:n 2. kesäseminaari. Korjattu 2. painos. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Virtanen, M. 2002. Yksilövastuisen hoitotyön ihmiskäsitys. Teoksessa: Munnukka, T. & Aalto, P. Minun hoitajani, näkökulmia omahoitajuuteen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, s. 9 – 30.

Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E. & Pukuri, T. 2007. Omahoitaja mahdollistaa potilaan ja perheen hyvän hoitamisen. Sairaanhoitaja-lehti 11/2007. Saatavissa: <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajalehti> [Viitattu 9.3.2012].



TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Terveysala Kuusankoski

Vastaanottaja Ylihoitaja Riitta Vainionmäki
Osastonhoitaja Martti Hänninen

Teen hoitotyön koulutusohjelmaan, *terveydenhoitajan* opintoihin kuuluvan 15 op:n opinnäytetyön aiheesta "OMAOITAJUUS SAATTOHOIDOSSA"

Omahoitajuus ja yksilövastuinen hoitotyö ovat otettu kehittämisen painopistealueiksi osasto L62:lla. Tutkimustulokset hyödynnetään kehittämistyössä.

Tutkimuksessa on tarkoitus tutkia omahoitajuutta hoitajan näkökulmasta. Tutkimuskohteina ovat siis osasto L62:n hoitajat.

Tutkimus toteutetaan kyselykaavakkeella.

Pyydän lupaa aineiston kokoamiseen. Sitoudun käyttämään aineistoa vain tutkimustehtävän selvittämiseen ja siten, että tutkimukseen osallistuneiden anonymiteetti säilyy. Valmiin opinnäytetyön toimitan (sopimuksen mukaan) luvanantajayhteisölle.

Paikka Lahti Päivämäärä: 22.11.11

Opinnäytetyön tekijä:

Maarit Luukka
Onnelantie 20, 15100 Lahti
0445200040
maarit.luukka@kolumbus.fi

Lupa myönnetty
Lupa evätty

Muuta huomioitavaa:

Paikka: Lahti Päivämäärä: 22.11.11

(allekirjoitus)

YL Riitta Vainionmäki

seuraavien ehtojen: TUTKIMUSLUPANITZMA
JA
KYSELYLOMAKE-ET-
DOTUS YH VAINIONMÄELL
NÄHTÄVÄKSI ENNEN
TOIMITUSTA.

Liite 2/4

2.3.2012

Hei osasto L62:n vakituiset ja sijaisina toimivat hoitajat!

Opiskelen Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa terveydenhoitajaksi. Teen opinnäytetyön Lks:n osasto L62:lle. Aiheena on ”Omahoitajuus Saattohoidossa”. Opinnäytetyön toteutan hoitajien näkökulmasta. Tutkimustuloksia on tarkoitus käyttää omahoitajuuden kehittämiseen osastolla.

Tutkimuksessa selvitän hoitajien käsitystä omahoitajuudesta. Tutkimusaineiston tuloksilla haen mahdollisia tekijöitä, jotka estävät omahoitajuuden riittävää toteutumista. Tutkimuksen tarkoituksena on myös löytää osastolla omahoitajuutta tukevat tekijät.

Pyydän teitä vastaamaan kyselylomakkeeseen 25.3. mennessä. Lomakkeen voitte palauttaa kansliassa olevaan laatikkoon.

Kyselyyn vastataan nimettömänä ja vastauksia käytetään ainoastaan opinnäytetyöhöni. Kyselylomakkeet hävitän opinnäytetyön valmistuttua.

Kyselyihin vastaaminen on vapaaehtoista. Jokainen vastaus on kuitenkin erittäin tärkeä osa opinnäytetyötäni ja omahoitajuuden kehittämistä osastollanne. Mahdollisimman suuri vastausten määrä antaa luotettavamman lopputuloksen.

Valmiin opinnäytetyön toimitan käyttöönnne.

Kiitän jo etukäteen vastauksistanne ja yhteistyöstä!

Maarit Luukka

TAUSTATIEDOT

Laita rasti itseesi sopivan taustatiedon kohdalle.

Ikä	20-30	_____
	30-40	_____
	40-50	_____
	yli 50	_____

Koulutus	perushoitaja	_____
	lähihoitaja	_____
	sairaanhoitaja	_____

Työsuhte L62:lla	alle 5 vuotta	_____
	5-10 vuotta	_____
	yli 10 vuotta	_____

Työkokemus hoito- alalla yhteensä	alle 5 vuotta	_____
	5 - 10 vuotta	_____
	10 - 20 vuotta	_____
	yli 20 vuotta	_____

Vakituinen	_____
------------	-------

Sijainen	_____
----------	-------

Sopivin määrä omapotilaita kerrallaan on:	1	2	3
---	---	---	---

Rastita lähinnä mielipidettäsi oleva vaihtoehto. Laita rasti ensiksi mieleesi tulleen vaihtoehdon kohdalle.

Väittäjä	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	en samaa enkä eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
1. Kuolemasta keskustelu kuuluu omahoitajan tehtäviin.					
2. Omaiset kuuluvat tärkeänä osana potilaan kokonaishoitoon.					
3. Minulla on useita kokemuksia onnistuneesta omahoitajasuhteesta.					
4. On tärkeää, että potilaan omaiset tietävät, kuka on hänen omahoitajansa.					
5. Omahoitajan tehtävä on huolehtia potilaan "siviiliasioista" (esim. ihmishuoneasiat) potilaan niin toivoessa.					
6. Omaisten kanssa keskusteleminen on minulle vaikeaa.					
7. Omahoitajan on tunnettava potilaan elämäntarina.					
8. Potilaan hoito osastolla ei ole riittävän kokonaisvaltaista (psykkinen, fyysinen, sosiaalinen ja hengellinen).					
9. Toimiva omahoitajuus nostaa hoidon tasoa.					
10. Potilaan omat tavarat ja esineet potilashuoneessa haittaavat hoitotyötä.					
11. Toivon lisää vapaaehtoistyöntekijöitä osastolle.					
12. Yhteydenpito omaisiin on ensisijaisesti omahoitajan tehtävä.					
13. Omahoitajan tehtävä on aloittaa potilaan kanssa keskustelu kuolemasta.					
14. Omaisten tukeminen on tärkeä osa omahoitajuutta.					
15. En tule riittävästi kuulluksi potilaani hoidon asiantuntijana.					
16. Työvuorot tukevat omahoitajuuden toteuttamista.					
17. Minulle on riittävästi mahdollisuuksia olla päättämässä oman potilaani hoitolinjauksista.					
18. Saan riittävästi tietoa potilaani hoidosta kyetäkseen vastaamaan potilaan ja hänen läheistensä kysymyksiin.					
19. Omaisten läsnäolo tukee potilaan hoitoa.					
20. Minulla on riittävästi edellytyksiä kohdata potilaan tunteita.					

Rastita lähinnä mielipidettäsi oleva vaihtoehto. Laita rasti ensiksi mieleesi tulleen vaihtoehdon kohdalle.

Väittäjä	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	en sama enkä eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
21. Mielestäni päivärytmi osastolla on ensisijainen hoitotyötä ohjaava tekijä.					
22. Potilaan erityistoiveiden toteuttaminen on tärkeää.					
23. Potilaan itsemääräämisoikeutta tulee aina kunnioittaa.					
24. Uuden potilaan omahoitajuus on minulle aina mieluista.					
25. Mietin oman potilaani asioita myös vapaa-ajallani.					
26. Omahoitajuus on potilaan fyysisen sairauden hoitoa.					
27. Potilaan tulee tietää kuka on hänen omahoitajansa.					
28. Olen kokenut epäonnistumisiakin omahoitajana.					
29. Pystyn jakamaan työyhteisössä työn tuomia vaikeita kokemuksia.					
30. Olen kokenut uupumusta työssäni omahoitajana.					
31. Osastonhoitaja tukee omahoitajuuttani.					
32. Saan riittävästi tukea muulta hoitohenkilöstöltä omahoitajuuden toteuttamiseen.					
33. Osaston fyysiset tilat tukevat omahoitajuuden toteutumista.					
34. Pystyn riittävästi vastaamaan potilaan erityistoiveisiin. (esim. ruoka, vaatteet, huonejärjestelyt)					
35. Työnohjaus ei ole mielestäni välttämätöntä.					
36. Potilaan tulisi saada valita omahoitajansa pidemmissä saatoissa hoitajiin tutustumisen jälkeen.					
37. Nykyinen omahoitajapari-työskentely on toimiva.					
38. Saan riittävästi omaa jaksamistani tukevaa tukea työyhteisöltä.					
39. Omaisten suru ahdistaa minua.					
40. En saa riittävästi tukea kyetäkseen vastaamaan potilaani henkiseen ahdistukseen.					

Rastita lähinnä mielipidettäsi oleva vaihtoehto. Laita rasti ensiksi mieleesi tulleen vaihtoehdon kohdalle.

Väittäjä	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	en samaa enkä eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
41. En ole päässyt riittävästi tarvitsemaani koulutukseen.					
42. Hoitoneuvotteluun osallistuminen kuuluu omahoitajan tehtäviin.					
43. Vapaaehtoistyöntekijät eivät mielestäni ole välttämättömiä.					
44. Vapaaehtoistyöntekijöistä on enemmän haittaa kuin hyötyä potilaiden hoidossa.					
45. Potilaan toiveita ei mielestäni tarvitse pyrkiä toteuttamaan.					
46. Keskustelen mielelläni potilaani omaisten kanssa.					
47. Minulle on luontevaa keskustelu kuolemasta.					
48. Omaisten läsnäolo hankaloittaa potilaan hoitoa.					
49. Työnohjaus on välttämätön edellytys, jotta jaksan työssäni.					
50. Vapaaehtoistyöntekijät tukevat merkittävästi omahoitajuutta.					
51. Minulla ei aina työvuorossa ollessani ole mahdollisuutta hoitaa omaa potilastani.					
52. Minulla on kykyä omahoitajana tunnistaa potilaan masennus.					
53. Omahoitajan tehtävä loppuu potilaan kuolemaan.					
54. Moniammatillinen työryhmä tukee riittävästi omahoitajuutta (esim. pappi, fysioterapeutti, psykologi).					
55. Minulla on riittävästi valmiuksia vastata potilaani hengellisiin tarpeisiin.					
56. Sijainen saa riittävästi perehdyttämistä omahoitajuudesta osastolla.					
57. Osastolla annetaan riittävästi koulutusta omahoitajuudesta.					
58. Potilaan toiveet hoidon suhteen ovat tärkeitä toteuttaa.					
59. Hoidon saanti on tasavertaista osastolla omahoitajasta riippumatta.					
60. Koulutukseen pääsy on osastolla tasapuolista.					

Rastita lähinnä mielipidettäsi oleva vaihtoehto. Laita rasti ensiksi mieleesi tulleen vaihtoehdon kohdalle.

Väittäjä	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	en samaa enkä eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
61. Omaisten toiveet on tärkeä ottaa huomioon potilaan hoidossa.					
62. Omahoitajaa pitäisi pystyä vaihtamaan tarvittaessa.					
63. Korvaava omahoitajuus toimii osastolla hyvin.					
64. Omahoitajan tehtäväkuva on minulle selkeä.					
65. Minulla on riittävä osaaminen tukemaan kuolevaa potilasta.					
66. Kuolemasta on aika puhua silloin, kun potilas itse tekee aloitteen siitä.					
67. Uuden potilaan omahoitajan valintakäytäntö on nykyisellään hyvä.					
68. Potilaan ensikohtaaminen on erittäin merkityksellinen.					
69. Minun on vaikea puhua kuolemasta.					
70. Kuoleman jälkeiset muistelukahvit kuuluvat omahoitajuuteen.					
71. Saattohoito-osastolla työskenteleminen vaatii erityistä koulutusta saattohoitotyöhön.					
72. Hyvä hoitosuhde on palkitseva.					
73. Potilaan mielipiteitä hoidon suhteen tulisi kuunnella nykyistä enemmän.					
74. Potilaan omat esineet tuovat viihtyisyyttä potilaalle.					
75. Minusta on vaikea toimia omahoitajana eri kulttuurista tulevalle potilaalle.					

Vastaa vapaalla ilmaisulla seuraaviin kysymyksiin.

Millaista koulutusta koet tarvitsevasi omahoitajuuden tukemiseksi?

Mikäli omahoitajuudessa on mielestäsi kehitettävää, miten kehittäisit sitä?

Minkä koet esteeksi hyvän omahoitajuuden toteutumiseksi?

Kiitos vastauksestasi!