

SAIRAAHOITAJIEN KOKEMUKSIA TYÖS- KENTELYSTÄ JA HOITOTYÖN KEHITTÄMI- SESTÄ SAATTOHOITO-OSASTOLLA

”Kun ei ole enää mitään tehtävissä, on vielä paljon teh-
tävissä”

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma	
Työn tekijä Paula Hautsalo	
Työn nimi Sairaanhoidtajien kokemuksia työskentelystä ja hoitotyön kehittämisestä saattohoito-osastolla. "Kun ei ole enää mitään tehtävissä, on vielä paljon tehtävissä"	
Päiväys	12.10.2013
Sivumäärä/Liitteet	54/1
Ohjaaja Sinikka Tuomikorpi	
Yhteistyökumppani Kuopion kaupungin sairaalapalvelut, Harjulan sairaala osasto 6-7	
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää millaisia kokemuksia sairaanhoitajille on tullut työskentelystä saattohoitoyksikössä ja hoitotyön kehittämisessä siellä. Tutkimuskohteena oli Kuopion kaupungin, Harjulan sairaalan osasto kuusi ja seitsemän sairaanhoitajat. Osasto kuusi on saattohoidon tukiyksikkö ja osasto seitsemän on pitkäaikaishoidon yksikkö, jonka toimintaa ollaan muuttamassa saattohoitoon ja oireenmukaiseen hoitoon suuntautuvaksi. Tutkimuksessa saatuja tietoja käytetään hyväksi osaston toiminnan kehittämisessä ja kehitettäessä sairaanhoitajien lisäkoulutusta saattohoitotyöhön.</p> <p>Tutkimuksen aineisto kerättiin yksilöidyn teemahaastattelun avulla. Haastatteluun osallistuivat kaikki osastojen seitsemän sairaanhoitajaa. Haastatteluhetkellä yksi sairaanhoitaja oli pitkällä sairauslomalla ja hänen sijaisenaan toimi lähihoitaja, joka osallistui tutkimukseen. Aineisto analysoitiin sisällön analyysiä käyttäen.</p> <p>Tutkimuksen tuloksissa tuli esiin sairaanhoitajien lisäkoulutuksen tarve. Lisäkoulutusta tarvitaan kuolevan potilaan hoitoon ja omaisten kohtaamiseen, kivun hoitoon, arviointiin ja mittaamiseen. Kliinisissä taidoissa nähtiin myös puutteita, kuten erilaisten lääkeannostelijoiden ja dreerien hoidossa. Saattohoitopotilaan hoitotyön kehittämisessä nähtiin tärkeäksi hoitajien työssä jaksamisen tukeminen ja kannustava johtaminen sekä tiimityön kehittäminen. Vapaaehtoistyön kehittämisellä on myös tärkeä rooli saattohoidon kehittämisessä.</p>	
Avainsanat Saattohoito, saattohoitopotilaan hoitotyö, omaisten tukeminen, työssä jaksaminen	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Management and Development Education programme for Healthcare professionals			
Author Paula Hautsalo			
Title of Thesis Experiences of nurses working and developing the work on terminal ward. "While there is nothing left to do, there are many things one can do."			
Date	12.10.2013	Pages/Appendices	54/1
Supervisor Sinikka Tuomikorpi			
Partners City of Kuopio hospital services, Harjula Hospital Ward 6-7			
<p>Abstract</p> <p>The purpose of the study was to find out what kind of experiences the nurses had had working and developing methods in a terminal care unit. The units in question were ward six and seven and their nurses in Harjula hospital in Kuopio. Ward six is a supporting terminal care unit and ward seven has been a long term unit which is now changing into a terminal care and symptoms management unit. The results of the study will be used in developing the wards' operation and educating the nurses in terminal care.</p> <p>The data was collected with a semi-structured interview. All the seven nurses of these wards took part in the interviews, except one who was on a long sick-leave. The assistant nurse substituting the one on a sick-leave was also interviewed. The data was processed with a content analysis.</p> <p>The study shows the need for educating the nurses in terminal care. They need more information on the care of the terminal patient, facing the next of kin and alleviating, assessing and measuring pain. Some lacks in the clinical skills were also seen, such as using and maintaining various medicine dispensers and drains. Supporting the nurses coping with work-related stress, supportive work management and team work were seen very important in developing terminal care. In addition, developing the voluntary work in terminal care is important.</p>			
<p>Keywords Terminal care, Terminal the patient's care, Relatives support, Coping at work.</p>			

SISÄLTÖ

1. SAATTOHOITO	7
2. SAATTOHOITO SUOMESSA	9
3. SAATTOHOITO KANSAINVÄLISESTI	13
4. SAATTOHOITO-OSAAMINEN	16
4.1 Potilaan kohtaaminen	16
4.2 Omaisten kohtaaminen	18
4.3 Hoitajien ammatillinen osaaminen/oppiminen saattohoidossa	20
4.4 Työssä jaksaminen	23
4.5 Johtaminen	25
5. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	27
6. TUTKIMUSONGELMA	27
7. TUTKIMUSPROSESSIN KUVAUS	27
7.1 Tutkimuskohde	27
7.2 Tutkimusjoukko	28
7.3 Tutkimusmenetelmä ja tutkimusaineiston käsittely	28
7.4 Tutkimuksen luotettavuus ja toistettavuus	29
7.5 Tutkimuksen eettisyys	30
8. TULOKSET	30
8.1 KOKEMUSALUEET	35
8.1.1 Potilaan kohtaaminen	35
8.1.2 Omaisten kohtaaminen	36
8.1.3 Hoitajien oppimiskokemukset	37
8.1.4 Hoitajien työssä jaksaminen	38
8.1.5 Tilat ja henkilöstö	40
9. KEHITTÄMISALUEET	40
9.1 Hoitajien koulutus	40
9.2 Hoitajien työssä jaksaminen	41
9.3 Toimiva työyhteisö	41
9.4 Tilat	43
10. POHDINTA	43

LÄHTEET	49
LIITTEET	54

JOHDANTO

Suomessa saattohoitoa tarvitsee vuosittain n.15 000 potilasta. Saattohoidon eettisinä arvoina ovat hyvä hoito, ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus. Saattohoidossa kiinnitetään erityistä huomiota kuolevaan ihmiseen, joka ei kykene itse päättämään hoidostaan. Hoidon muuttaminen saattohoidoksi edellyttää neuvottelua potilaan kanssa ja hoitolinjapäätösten kirjaamista hoitokertomukseen. Saattohoidossa olevia potilaita hoidetaan sairaaloissa, terveyskeskusten vuodeosastoilla, kotihoidossa, erillisissä saattohoitoyksiköissä sekä saattohoitokodeissa. Saattohoidossa olevalla potilaalla on kuolemaan johtava sairaus, joka ei ole enää parannettavissa, mutta saattohoito ei ole riippuvainen sairausdiagnoosista. Syöpäpotilaiden lisäksi saattohoidossa on loppuvaiheen vajaatoimintapotilaita, dementiaa sairastavia potilaita ja ALS potilaita. (Hänninen 2003.)

Sosiaali- ja terveysministeriön toimesta on laadittu saattohoitosuositus, jossa korostuu kuolevan ihmisen ihmisarvo, inhimillisuus ja itsemääräämisoikeus. Saattohoidon aloittaminen perustuu aina kirjalliseen hoitosuunnitelmaan. Hyvän saattohoidon edellytyksenä on hoitohenkilökunnan osaaminen ja työhyvinvoinnin ylläpitäminen. Hyvä saattohoito edellyttää lähestyvän kuoleman tunnistamista. Saattohoitoa voidaan järjestää potilaan toivomuksen mukaan joko kotona tai laitoksessa. Saattohoidon järjestämisestä ovat vastuussa sairaanhoitopiirit ja paikalliset terveyskeskukset. Sairaanhoitopiirit järjestävät terveyskeskuksille erikoissairaanhoidon konsultointiapua. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2010.)

Saattohoidossa korostuu se, ettei ihmistä jätetä yksin, jos hän ei sitä erikseen pyydä. Saattohoito perustuu kuolevan potilaan fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja hengellisten tarpeiden huomioonottamiseen. Saattohoitoa voidaan toteuttaa kaikkialla missä ihmiset kuolevat, se ei ole vain jonkin yksittäisen laitoksen tehtävä. Saattohoidon oikeudellinen perusta löytyy perustuslain (731/1999) perusoikeuksista ja terveydenhuollon perussäännöistä. Eettinen perusta saattohoidolle löytyy ammattihenkilöiden eettisistä ohjeista ja kuolevaa potilasta koskevista suosituksista sekä julistuksista. Aktiivinen kuolemaan auttaminen ei kuulu saattohoitoon. (Hänninen 2006.)

Tässä työssä selvitetään haastattelun avulla, minkälaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on työskentelystä saattohoitoyksikössä ja miten he kehittäisivät hoitotyötä saattohoitoyksikössä. Työstä saatuja tuloksia hyödynnetään osaston hoitotyön kehittämisessä ja henkilökunnan koulutuksen suunnittelussa.

1. SAATTOHOITO

Saattohoidon lähtökohtana on ihminen, jolla on kuolemaan johtava sairaus ja jäljellä oleva elinaika arvioidaan lyhyeksi. Saattohoito on elämän loppuvaiheessa olevan potilaan ja hänen läheistensä auttamiseen tähtäävä hoitotapojen kokonaisuus. Saattohoito ei riipu potilaan diagnoosista. Syöpäpotilaat muodostavat kuitenkin suurimman potilasryhmän. Kaikilla ihmisillä on oikeus saattohoitoon. Saattohoidon päämääränä on potilaan ja hänen läheistensä hyvä elämänlaatu ja rauhallinen kuolema. Saattohoito on Eteneen määritelmän mukaan kuolemaa lähestyvän potilaan aktiivista hoitoa ja läheisten tukea. Se on hoitoa ja tukea sairauden viime vaiheissa ja kuolinprosessin aikana. Saattohoidossa on keskeistä potilaan oireiden ja kärsimysten lievitys. Saattohoidon lähtökohtana on potilaan etenevä parantumaton sairaus, johon ei ole tarjolla ennustetta parantavaa hoitoa tai potilas on kieltäytynyt siitä ja potilaan jäljellä olevan eliniän arvioidaan olevan lyhyt. Saattohoito sinänsä ei ole riippuvainen potilaan diagnoosista. (Etene, Tasmuth, Poukkia, Pöyhiä 2012, Hänninen 2003, Hilden, Louhiala, Honkasalo 2007.)

Saattohoitoa ohjaa hoidollinen filosofia, joka perustuu kuoleman läheisyyteen. Saattohoidossa hoidon tavoitteet ja toteutus arvioidaan kuoleman näkökulmasta. Tämän perusteella hoito muodostuu erilaiseksi kuin parantavassa hoidossa. Koska elinaikaennusteen antaminen on vaikeaa, se tekee hoitolinjausten muuttamisen vaikeaksi lääkärille ja myös potilaalle. Pahanlaatuisessa ja levinneessä taudissa kuoleman huomioiminen helpottaa hoitovaihtoehtojen pohittamista. Kuoleman huomioiminen ei merkitse potilaan toivon tai aktiivisten hoitojen hylkäämistä, vaan kaikkien vaihtoehtojen käyttämistä potilaan hyvinvoinnin lisäämiseksi. (Hänninen 2003, Hilden, Louhiala, Honkasalo 2007.)

Hyvässä saattohoidossa on keskeisenä tekijänä saattohoitoneuvottelu. Tähän neuvotteluun osallistuvat lääkäri, potilas, hoitohenkilökunta ja potilaan suostumuksella omaiset. Tässä neuvottelussa keskustellaan avoimesti potilaan tilanteesta ja esitetään kaikki mahdolliset hoitovaihtoehdot, sairauden kulku ja tulevat oireet sellaisena kuin ne ovat ennakoitavissa. Neuvottelussa sovitaan saattohoitoon siirtymisestä ja sen merkityksestä, sekä kuunnellaan potilaan toiveet hoidon suhteen ja laaditaan yhdessä hoitosuunnitelma hyvästä oireenmukaisesta hoidosta. Hoitoneuvottelussa luodaan yhteiset hoitolinjat ja pyritään sopimaan turhista hoidoista ja tutkimuksista luopumisesta. Hoitoratkaisuissa parantamiseen pyrkivät hoitolinjat pyritään muuttamaan kohti palliativista, oirehoitoon keskittyvää hoitolinjaa kohti. (Hänninen 2003, Heikkinen, Kannel, Latvala 2004, Grönlund, Huhtinen 2011, Etene julkaisu (4) 2002, Tasmuth, Poukka, Pöyhiä 2012, Herlevi, Oikemus-Määttä, Rissanen, Heikka 2011.)

Saattohoidon aloittamisesta on tehtävä kirjallinen päätös ja se on tehtävä ennen kuin potilas siirtyy saattohoitoon. Päätöksen tekee hoitava lääkäri tai useampi lääkäri yhdessä ja se teh-

dään potilaan sekä hänen läheistensä kanssa yhteisymmärryksessä. Päätöksen edellytyksenä on, että mahdollisuus saattohoitoon on tarjolla ja suunnitelma tämän hoidon toteuttamisesta on olemassa. Saattohoitopäätös on kirjattava potilaan hoitokertomukseen selkeästi. Kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien on oltava tietoisia tehdystä päätöksestä. Hoitopäätös perustuu potilaan ihmisarvoon, itsemääräämisoikeuteen ja inhimilliseen hoitoon. Hyvä saattohoito on kaikkien ihmisten oikeus ja siihen kuuluu kuolevan ihmisen kivun ja kärsimyksen lievittäminen. Saattohoidossa potilaalle turvataan hyvä perushoito, hänen fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja hengellisiin ja eksistentiaalsiin tarpeisiinsa vastataan, oireita lievitetään ja omaisia tuetaan. (Hänninen 2003, Heikkinen, Kannel, Latvala 2004, Grönlund, Huhtinen 2011, Etene julkaisu (4) 2002, Tasmuth, Poukka, Pöyhiä 2012.)

Saattohoitopäätös antaa tukea henkilökunnalle niissä tilanteissa, joissa esimerkiksi potilaan omainen on erimielttä hoitolinjoista. Lähiomaisten mielipiteiden kuuntelu on tärkeää saattohoitotyössä, koska omaiset yleensä osallistuvat hoitoon hyvin kiinteästi. Tämän vuoksi myös omaisille on kerrottava potilaan sairauden hoidosta. Saattohoitopotilaan kokonaisvaltainen hoito muodostuu hyvästä perus- ja oirehoidosta, turvallisuuden tunteesta, omaisten tukemisesta, potilaan kuuntelusta ja tulevaisuuden keskusteluista. Edellytyksenä tämän onnistumiselle on osaava ja riittävä henkilökunta, valmius tarkastella asioita kuolevan näkökulmasta ja halu ymmärtää, kuunnella ja kuulla. Hoito on oltava kokonaisvaltaista ja tämä merkitsee sitä, että näemme potilaan ainutkertaisena yksilönä kaikissa ulottuvuuksissa. (Heikkinen ym. 2004.)

Hyvän saattohoidon perusta on empaattinen ja luottamuksellinen hoitosuhde. Kuolevalle pyritään luomaan sellaiset olosuhteet, joissa hän voi kohdata kuolemansa turvallisesti, arvokkaasti ja olla rakastettu. Päämääränä tässä on potilaan oireiden ja kärsimysten lievittäminen sekä omaisten tukeminen. Hoitajan ja potilaan välillä on molemminpuolinen vuorovaikutussuhde, joka perustuu luottamukseen. Luottamus ilmenee hoitosuhteen aitoutena, rehellisyytenä ja avoimuutena. Hoitava vuorovaikutus on ammatillisista hoitotoimintaa ja siinä toimitaan yhdessä potilaan kanssa. Hoitajan ja hoitotiimin ammatillisella osaamisella on vaikutusta saattohoidon toteutumiseen. Keskeinen käsitys saattohoidossa on turvallisuus. On tärkeää luoda potilaalle fyysisesti turvallinen ympäristö, mutta on myös pystyttävä huomioimaan potilaan erilaiset tunnetilat. Hoitajan on myös hallittava erilaiset potilaan hoitoon liittyvät hoitotoimenpiteet. (Hänninen 2003, Hilden, Louhiala, Honkasalo 2007, Heikkinen ym. 2004, Herlevi, Oikemus-Määttä, Rissanen, Heikka 2011.)

Historiallinen keskustelu eutanasiasta on alkanut jo 1800-luvulla jolloin teollistuminen ja moderni lääketiede ovat alkaneet kehittyä. Nykyinen eutanasiakeskustelu alkoi 1960-luvulla Suomessa. Lääkintöhallitus antoi 1982 terminaalihoitoon ohjeet ja se on ollut merkkipaalu elämän loppuvaiheen hoitoa koskevassa päätösten säätelyssä. Eutanasia on tarkoituksellinen aktiivinen toimi potilaan elämän lopettamiseksi ja tapahtuu potilaan toistuvasta ja harkitusta pyynnöstä elämän lopettamiseksi. (Hänninen 2006.)

Potilaan surmaaminen hänen omasta pyynnöstäänkin on Suomen lakien mukaan tuomittava teko. Potilaan tai omaisten tahto ei poista rangaistavuutta. Terveydenhuollon ammattihenkilön tarjoama apu itsemurhan suorittamiseen tai siihen neuvomiseen ei ole kriminalisoitu, mutta se ei ole luvallista toimintaa. Jos lainsäädännössä hyväksyttäisiin potilaan pyynnöstä surmaaminen, se muuttaisi terveydenhuoltohenkilöstön statusta ja toimintamahdollisuuksia. Ammattiroolista tulisi kaksijakoinen, hoitaja olisi parantaja, mutta joissakin tapauksissa myös surmaaja. (Grönlund, Huhtinen 2011.)

2. SAATTOHOITO SUOMESSA

Suomessa saattohoitokotien perustamisen katsotaan juontavan juurensa Brittein saarilta lähtöisin olevaan hospice-liikkeeseen. Hospice-liikkeen toiminnan katsotaan alkaneen St ChristophersHospicesta. Hospice liikkeen juuret ulottuvat aina keskiaikaan ja varhaiseen kristinuskoon. St.Cristopher´sHospicen lääkärin Stephen Kirkhamin vierailu ja luentomatka antoi alkusysäyksen työlle kuolevien potilaiden hoidon kehittämiseksi Suomessa. Syöpäjärjestöt Suomessa näkivät kuolevien syöpäpotilaiden hoidon järjestämisen tärkeäksi ja sen vuoksi heidän työnsä saattohoitokotien perustamisessa oli merkittävää. Suomessa saattohoidon ohjauksen perustana pidetään Terminaalihoidon ohjeita, jotka Lääkintöhallitus antoi 1982 sairaanhoitolaitoksille. Näissä ohjeissa korostetaan saattohoidon inhimillisyyttä ja hoitotoimenpiteiden välttämistä, jotka eivät oleellisesti vaikuta sairauden ennusteeseen. Yleisenä periaatteena on, että potilas voi elää saattohoitovaiheen ilman vaikeita oireita tai kipuja, haluamassaan ympäristössä omaistensa ja läheistensä seurassa. Potilaan toivomukset tulisi ottaa huomioon eikä hänen pitäisi kokea itseään hylätyksi tai yksin jätetyksi. Potilaalla tulisi olla oikeus valita saattohoitopaikka, koti- tai sairaalahoito. (Sand 2003, STM julkaisu 2010:6.)

Saattohoidon keskeinen kansainvälinen ihmisoikeussopimus ovat Euroopan Neuvoston ihmisoikeussopimus (63/1999). Kansallisesti tärkeimmät normit ovat Suomen perustuslain (731/1999) perusoikeudet ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), kansanterveyslaki (66/1972), erikoissairaanhoitolaki (1062/1989) ja terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENEN) ohjeet vuodelta 2003.

Käypä hoito-suositus (2012) suosittaa oireenmukaista hoitoa kaikille kuoleville potilaille sairauden, lähestyvän kuoleman aiheuttamien oireiden ja kärsimyksen lievittämiseksi. STM:n hoitotyön kehittämistyöryhmä STM (2012) on tehnyt ehdotuksen ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman ja sen jälkeisen koulutusohjelman kehittämiseksi. Suomessa saattohoidon laadussa on vielä parannettavaa. Tarvitaan koulutuksen kehittämistä, saattohoitoa ohjaava kansallinen strategia ja lisäksi tarvitaan kansallista koordinoitua ja laadun valvontaa. (Anttonen 2008, STM julkaisu 2010:6, Käypähoitosuositus 2012,Sankelo 2012.)

Suomessa saattohoidon järjestäminen on edelleen sattumanvaraista eikä se ole tasapuolisesti kaikkien kuolevien saatavilla. Saattohoidon laatuun on vaikutettu laatimalla hoitoa koskevia suosituksia. Osaamisessa ja resursseissa on kuitenkin valtakunnallisesti suuria vaihteluja. Kos-

alueensa palliatiivisen hoidon konsultaatioyksiköinä. Nämä yksiköt huolehtivat alan koulutuksesta, tutkimustyöstä ja kehittämisestä. (Hänninen 2008, Vuorinen, Järvimäki 2012, Vuorinen, Hänninen 2010.)

Suomessa saattohoitoa toteutetaan syöpäjärjestöjen ylläpitämässä saattohoitokodeissa, sairaaloissa ja terveystieteiden vuodeosastoilla. Syöpäpotilaiden Hoitokotisäätiö pitää yllä Tampereella Pirkanmaan saattohoitokotia, joka on toiminut vuodesta 1988 lähtien. Se on ensimmäinen Suomeen ja Pohjoismaihin perustettu syöpäpotilaiden hoitoon keskittynyt hoitokoti. Hoitokodissa on 24 potilaspaikkaa. Hoitokoti tekee yhteistyötä Tampereen yliopistollisen sairaalan kanssa, Tampereen kaupungin kanssa ja ympäristökuntien kanssa. Potilaat, joita hoitokodissa hoidetaan, ovat syöpää sairastavia tai muita pitkälle edenneitä, parantumattomaa sairautta sairastavia potilaita. Toiminnassa korostuu ihmiselämän ainutkertaisuus ja yksilöllisyys. Potilaat ovat kodinomaisessa ilmapiirissä läheistensä kanssa, mutta heillä on myös käytettävissä ympärivuorokautinen hoitohenkilökunnan apu. Hoidon tavoitteena on potilaan hyvä ja turvallinen olo, kivun ja muiden oireiden lievitys sekä potilaan ja perheen kokonaisvaltainen tukeminen. (<http://www.pirkanmaanhoitokoti.fi/hoitokoti.html>.)

Helsingissä sijaitseva Terhokoti on 17 paikkainen saattohoitokoti, joka tarjoaa hoitoa pitkälle edenneestä sairaudesta kärsiville potilaille näiden elämän loppuvaiheessa. Potilaille on mahdollisuus osastohoitoon, kun kotona hoitaminen ei enää onnistu tai päiväsairaalahoitoon silloin, kun hoito tapahtuu pääasiassa kotona. Työ perustuu humaaniin ihmiskäsitykseen ja elämän loppuvaiheen kokonaisvaltaiseen hoitoon. Omaisilla on mahdollisuus osallistua omaisensa hoitoon oman halunsa mukaan ja heille tarjotaan henkistä tukea potilaan kuoleman lähestyessä. (<http://www.terhi.fi>.)

Turussa sijaitseva Karinakoti on perustettu 1994 ja sitä pitää yllä Lounais-Suomen saattohoitosäätiö. Kodissa on 20 potilaspaikkaa. Hoito on hyvää perushoitoa, potilaan kipujen ja oireiden lievitystä sekä ihmisarvoa kunnioittavaa huolenpitoa ja läheisten henkistä tukemista potilaan kuoleman lähestyessä. Potilas tekee päätöksen hoitokotiin siirtymisestä yhdessä hoitavan lääkärin kanssa siinä vaiheessa, kun parantavaa hoitoa ei enää ole. (<http://lssy.fi/potilaille-lasille/palliatiivinen-ja-saattohoito/karinakoti>.)

Koivikko-koti sijaitsee Kanta-Hämeen alueella. Koti on aloittanut toimintansa 1.9.2002 ja siinä on 12 paikkaa. Sitä pitää yllä Koivikko säätiö. Kodin toimintaa ohjaavat turvallisuuden, yksilöllisyyden ja läheiskeskeisyyden periaatteet. Koivikkokodissa saattohoidon keskeiset periaatteet ovat oireiden lievitys, turvallinen ja jatkuva hoitosuhde, psykologinen tuki, yksilöllisyyden ja ihmisarvon kunnioitus, lähiverkoston huomioonottaminen, potilaan itsemääräämisoikeuden varmistaminen ja elämänlaadun ja aktiivisuuden maksimointi. (<http://www.koivikkokoti.fi/pages/Saattohoito/5049>.)

Suomen viides saattohoitokoti, Karjalakoti avattiin 2011 Lappeenrannassa. Se on 12-paikkainen koti, joka tarjoaa hoitoa parantumattomasti sairaille potilaille ja tukea heidän

omaisilleen. Karjalakoti toimii myös kotisaattohoidon tukiosastona. Lisäksi osastolla on mahdollista olla potilaan omaishoitajien lomapäivien aikana. Potilaan tullessa osastolle hänen kanssaan laaditaan hoitosuunnitelma jossa on omahoitaja mukana. Hoito perustuu oireita lievittävään hoitoon ja se ottaa potilaan yksilölliset tarpeet huomioon. (posti@careliacare.fi.)

Saattohoitokotien lisäksi kuolevia potilaita hoidetaan vanhainkodeissa ja palvelukeskuksissa, terveyskeskusten vuodeosastoilla ja erilaisten sairaaloiden osastoilla. Kuopiossa aloitti toimintansa 8 paikkainen saattohoidon tukiyksikkö 1.9.2011. Osaston toimintaa pitää yllä Kuopion kaupunki ja se tekee yhteistyötä Kuopion Yliopistollisen keskussairaalan (KYS) ja kotihoidon kanssa. Osaston toiminta vakautetaan tulevaisuudessa niin, että saattohoitopaikkoja lisätään 10 sairaansijaan ja osasto seitsemän pitkäaikaispaikkojen vähenemisen myötä toimintaa muutetaan Kuopiolaisten kotiin annettavan saattohoidon tukemiseen. Yksikkö on tarkoitettu saattohoitovaiheessa oleville aikuisille syöpäsairaille Kuopiolaisille. Toiminnan tarkoituksena on tukea kotona selviytymistä mahdollisimman pitkään ja antaa sitten saattohoitovaiheessa hoitoa, kun kotona selviytymisen edellytyksiä ei enää ole. Potilaat tulevat lähetekäytännön mukaisesti Kuopion yliopistollisen keskussairaalan (KYS) osastoilta (syöpä-, hematologinen- ja gynekologinen osasto) tai sitten kotihoidosta. Keskimääräinen hoitoaika osastolla on noin yksi kuukausi. (Harjulan sairaalan saattohoidon tukiyksikkö ja osasto seitsemän toimintasuunnitelma 2012.)

Osaston tehtävänä on tarjota laadukasta ja ammattitaitoista hoitoa Kuopiolaisille saattohoitopotilaille yhteistyössä omaisten kanssa. Perustehtävä yksikössä on hyvä perushoito, johon kuuluu huolehtia siitä, että jäljellä oleva elämä on laadukasta. Hoidossa korostuvat hyvä oireenmukainen hoito, jäljellä olevien voimavarojen tukeminen sekä potilaan ja hänen läheistensä tukeminen. Osasto toimii aktiivisesti yhteistyössä sidosryhmien kanssa joita ovat Kuopion yliopistollinen keskussairaala (KYS), asumispalvelut, kotona asumista tukevat palvelut ja kuntoutuspalvelut. Yhteinen arvopohja on perusta johdonmukaiselle toiminnalle. Hoitotyössä noudatetaan tiimisopimuksessa kuvattuja hoitotyön periaatteita. Nämä periaatteet ovat yksilöllisyys, turvallisuus, itsemääräämisoikeus ja tasa-arvo. (Harjulan sairaalan saattohoidon tukiyksikkö ja osasto seitsemän toimintasuunnitelma 2012.)

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä on käynnistetty 2012 hanke "Saattohoitoverkostomallin kehittäminen Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella". Hankkeen tarkoituksena on edistää hyvän ja laadukkaan saattohoidon tasavertaista toteutumista. Tämän hankkeen tavoitteet on asetettu sosiaali- ja terveysministeriön 2010 antamien saattohoitosuosituksen pohjalta. Lisäksi hankkeen ohjenuorana on ollut raportti syövän hoidon kehittämisestä vuosina 2010-2013. Lisäksi kuolevan potilaan käypä hoito-suositus on ollut ohjeistajana. Tässä hankkeessa on huomioitu kaikki potilasryhmät, vaikkakin syöpäsairaudet ovat näytelleet merkittävää osaa saattohoidossa.

Hankkeen päätavoitteena on:

1. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella laaditaan saattohoitosuunnitelma yhteistyössä perus terveyden- ja sosiaalihuollon kanssa.
2. Perusterveydenhuolto ja saattohoitoa toteuttava laitos vastaavat hyvän saattohoidon toteuttamisesta ja sen laadusta alueellaan.
3. Erikoissairaanhoito tukee alueensa terveyskeskuksia tarjoamalla ympärivuorokautista konsultointiapua.
4. Sairaanhoitopiirissä selkiinnytään potilaan saattohoitopolkua. Erityistä huomiota kiinnitetään eri-ikäisten ihmisten saattohoidon sekä kotisaattohoidon järjestämismahdollisuuksiin.
5. Terveystieteiden henkilöstön saattohoidon osaamisen perus- ja täydennyskoulutustarpeet varmistetaan.

Euroopan unionin ja EAPC:n (European Association of Palliative Care) mukaan saattohoitopaikkoja tarvitaan 80-100 paikkaa miljoonaa asukasta kohden. Tämän suosituksen mukaan Pohjois-Savon alueella paikkoja tarvitaan 20-25. Ihanteellinen koko saattohoitoyksikölle on 8-12 potilaspaikkaa. Tämän kokoisia yksiköitä tarvittaisiin Pohjois-Savon alueella 2-3. Lisäksi saattohoito pitäisi pyrkiä toteuttamaan mahdollisimman lähellä potilaan kotia. Alueen asiantuntijaverkostoon on koottu alueen kaikista kunnista ja kaupungeista saattohoidon vastuhenkilöt. Hankkeen keskeisenä tehtävänä on alueellisen saattohoitosuunnitelman laatiminen, jossa määritellään saattohoitopotilaan hoitopolut. (Tyynelä-Korhonen, Länsimies-Antikainen.)

3. SAATTOHOITO KANSAINVÄLISESTI

Munkit rakensivat keskiajalla alpeille turvakoteja matkailijoita varten ja näitä koteja kutsuttiin nimellä hospice. Hospice perustuu latinan termiin hospitium, joka merkitsee suojapaikkaa, vieraanvaraisuutta, vierasmajaa. Kreikasta ja Roomasta on perintöä vieraanvaraisuuden laki, ystävyyden, leivän ja viinin jakaminen joka on myös hospice hoidon periaate. Potilas ja hänen läheisensä ovat ystäviä joihin suhtaudutaan rakastavasti ja kunnioittavasti. Suomalainen käänös saattohoito kertoo, että kuolevan kanssa kuljetaan yhtä matkaa loppuun saakka. Kokemukset jaetaan eikä häntä jätetä yksin. Ensimmäistä tietoa saattohoidosta kansainvälisesti löytyy vuodelta 1842. Tällöin Jeanne Garnier perusti Lyoniin Ranskaan ensimmäisen hospice kodin. 1846 perustivat laupeudensisaret Dubliiniin hospice kodin ja Lontooseen perustettiin St. Joseph` sHospice vuonna 1905. (STM 2010, Aalto 1986, Oransky 2005.)

1960-luvulla liike laajeni ja silloin perustettiin useita koteja Iso-Britaniaan ja Yhdysvaltoihin. Lontoossa avattiin 1967 St. Christopher` sHospicea jota pidetään esikuvana modernille hospice liikkeelle ja se on laajalti kansainvälisesti tunnettu hoitokoti. Liikkeen perustaja on lääkäri CicelySauders. Iso-Britanianhospiceista suurin osa on yksityisiä voittoa tuottamattomia laitoksia. Osa niistä kuuluu viralliseen sairaalaverkostoon National Health Servicen alaisuuteen, mutta

niidenkin toiminta on itsenäistä. Rahoitus jakautuu julkiseen tukeen ja vapaaehtoisin voimin kerättävään tukeen. (STM 2010, Aalto 1986, Oransky 2005.)

Saattohoitokoteja on Euroopan neuvoston julkaisun (2003) mukaan Iso-Britaniassa 219, Ruotsissa 69 ja Saksassa 64. Hospice liike on laajentunut voimakkaasti 1970-luvun jälkeen Englantiin ja Pohjois-Amerikkaan. Vuonna 1985 pidettiin Lontoossa kolmas kansainvälinen hospice-konferenssi ja sinne tuli osanottajia monista maista. Kaikki maanosat olivat edustettuina paitsi Australia. Suomesta oli kaksi lääkäriä, sairaanhoitaja, sairaalateologi ja vapaaehtoistyöntekijä. Saunders on pitänyt tärkeänä, että jokaiseen maahan luodaan sinne sopiva hospice-toteutus, ei ole olemassa yhtä ainoaa ja oikeaa mallia. (STM 2010, Aalto 1986, Oransky 2005.)

Suomessa tutkimusta saattohoidosta on tehty vielä vähän. Tutkimukset ovat opinnäytetöitä ja pro graduja, vain muutamia väitöskirjoja on julkaistu. Kansainvälistä tutkimusta saattohoidosta on tehty runsaasti. Nämä tutkimukset kohdentuvat hoitopaikan mukaan. On tutkittu saattohoitoa kotona, hoitokodissa, hospicessa ja sairaalan eri osastoilla. Tutkimuksia on tehty potilaan näkökulmasta, omaisten näkökulmasta, hoitohenkilökunnan näkökulmasta ja hoitotoiminnan näkökulmasta. Tutkimukset ovat olleet sekä määrällisiä että laadullisia. Niissä on ollut pienet aineistot ja ovat olleet kertaluonteisia. (Sankelo 2008.)

Economist lehden tutkimusyksikkö selvitti kansainvälisen saattohoidon tilaa 40 eri maassa ja julkaisi tulokset vuonna 2010. Tuloksissa tuli esille, että Euroopassa on Iso-Britaniassa paras saattohoidon taso ja samassa tutkimuksessa Suomi asettui sijalle 28. Iso-Britaniassa toimii kansallinen terveyspalvelu NHS, joka on terveysministeriön alaisuudessa. Maa on jaettu 10 NHS alueeseen ja niissä alueelliset viranomaistahot suunnittelevat, ohjaavat, kehittävät ja arvioivat toimintaa. CareQualityComission huolehtii terveyspalvelujen laadun valvonnasta. Näyttöön perustuvia suosituksia antaa Nice- organisaatio. (Sankelo 2008.)

Iso-Britanian saattohoidon kulmakivet ovat strategia elämän loppuvaiheen hoidosta, hyvät puitteet, toimiva hoitoketju (Liverpool carepathway) hoidon painopisteet, hoidon suunnittelu, kansainvälisesti kehittynyt kommunikaation ja viestintätaitojen ohjelma. Syöpäpotilaan hoidon strategia on julkaistu 2008 ja siihen kuuluu kuolevien hoidon profiilin nostaminen ja asenteiden muuttaminen kuolemaa kohti, integroitu suunnittelu, toteutus ja arviointi, kuolemaa lähestyvien tunnistaminen, nopea hoitoon pääsy kaikkina vuorokauden aikoina, Liverpool pathway tai muu työkalu käytössä elämän viimeisinä päivinä. Toteutunut hoito tulee arvioida jälkikäteen tekemällä kyselyjä omaisille, kansallisia arviointeja tekemällä sekä tutkimalla tehtyjä valituksia. (Sankelo 2008.)

Royal Liverpoolin sairaalassa kehitettiin 1990-luvun lopulla hoitopolku kuoleville potilaille, Liverpool carepathway. Se pohjautuu käytännön saattohoitotyössä esiintyneisiin ongelmiin. Tavoitteena on auttaa ja ohjata hoitohenkilökuntaa toteuttamaan paremmin kuolevien hoitotyötä heidän viimeisinä päivinä. Se on kokonaisvaltainen hoitomalli jossa otetaan huomioon

potilas ja omaiset. Mallin käyttö edellyttää päätöksentekoa siitä, että potilas kuolee lähipäivien kuluessa. Päätöksenteossa on huomioitava potilas ja omaiset. Kriteereinä tässä on, että on vuodepotilas, tajunta on hämärtynyt, pystyy ottamaan vain hyvin pieniä määriä nestettä eikä pysty nielemään tabletteja. (Clark, Marshall, Sheward, Allan 2012, Leo, Beccaro, Finelli, Borreani, Lonstantini 2011, Jack, Gambles, Murphy, Ellershaw 2003.)

Hoitomalli antaa tukea hoitajille potilaan hyvään saattohoitoon, se varmistaa, että oikeanlaista hoitoa on saatavilla elämän viimeisinä päivinä ja tunteina. Siinä huomioidaan potilaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset tarpeet sekä perheen tuki. Tämän hoitopolun käyttöä on tutkittu useissa maissa ja siitä on saatu hyviä tuloksia. Se on auttanut hoitajia arvioimaan potilaan kuoleman läheisyyttä. Potilaan turhista hoidoista on voitu luopua ja keskitytty antamaan yksilöllistä, oirenmukaista hoitoa. Potilaan ja omaisten ahdistus on vähentynyt, koska kommunikaatio henkilökunnan kesken ja omaisten kanssa on parantunut. Kirjaaminen on selkiytynyt ja yhteistyö parantunut. Hoitomallin on nähty parantavan kuolevan potilaan hoitoa. (Clark, Marshall, Sheward, Allan 2012, Leo, Beccaro, Finelli, Borreani, Lonstantini 2011, Jack, Gambles, Murphy, Ellershaw 2003.)

Journal of Palliative Nursing (2006) julkaisi artikkelin, jossa kerrottiin Luoteis-Englannissa tehdystä tutkimuksesta sairaanhoitajille ja lääkäreille miten he kokivat LCP:n käytön saattohoitopotilaiden hoidossa. Aluksi suhtautuminen oli epäilevää, mutta sitten sen kuitenkin huomattiin parantavan kirjaamista, edistää hoidon jatkuvuutta ja parantaa viestintää omaisiin ja potilaaseen. (Cambles, Stirzake, Jack, Ellershaw 2006.)

Norjassa saattohoidon eteen on tehty työtä jo kaksikymmentä vuotta. Sairaalat saavat rahoitusta palliatiiviseen hoitoon vain, jos ne noudattavat hoidossa annettuja suosituksia. Palliatiivisen hoidon tiimit toimivat sairaaloissa ja hoitokodeissa sekä kotisairaanhoidossa. Norjassa ei ole juurikaan terveyskeskuksia, vaan siellä perusterveydenhuolto toimii perhelääkäreiden varassa. Lääkkeet ovat palliatiivisessa hoidossa potilaille ilmaisia. Jos perheenjäsen hoitaa omaistaan saattohoitovaiheessa hän saa 60 päivää palkallista sairauslomaa siihen. Kaikilla perhelääkäreillä ei ole kuitenkaan riittäviä taitoja kuolevan potilaan hoitoon joten myös siellä hoidon laatu vaihtelee. Ruotsissa on julkisin varoin rahoitettu palliatiivinen kotisairaalahoito. Viimeisen kymmenen vuoden aikana hoitoa on kehitetty voimakkaasti, mutta edelleenkin kaikki tarvitsevat eivät sitä saa. (Vierula 2011.)

Norjassa tehtiin kyselytutkimus omaisille siitä millaisia kokemuksia heillä oli saattohoidosta läheisen viimeisten vuorokausien hoidosta. Hoitotyön laatua pidettiin hyvänä ja ammattitaitoisena. Hoito oli yksilöllistä ja perustui potilaan tarpeisiin turvallisessa ilmapiirissä. Hoito tuki hyviä suhteita potilaan ja hoitajien välillä. Tiedottaminen ja viestintä kuvattiin kuitenkin epäsystemaattiseksi. Muutamat potilaat kuolivat yksin ja se aiheutti omaisille ahdistusta. Tutkimuksen tuloksena oli, että viestintää on parannettava hoitajien ja omaisten välillä niin, että potilaiden ei tarvitse kuolla yksin vaan he voivat olla heidän lähellään. (Banner 2009.)

4. SAATTOHOITO-OSAAMINEN

4.1 Potilaan kohtaaminen

Nykyajan ihminen on vieraantunut kuolemasta, sitä ei enää koeta luonnollisena osana ihmisen elämään kuuluvana asiana. Ennen synnyttiin ja kuoltiin kotona, mutta nyt kuolema on viety erilaisiin laitoksiin ja hoitokoteihin. Monet potilaat haluaisivat kuolla kotona, mutta omaiset tuntevat pelkoa kuolemaa kohtaan ja sen vuoksi haluavat omaisensa laitokseen. Kuitenkin läheisen kuoleman näkeminen auttaa käsittelemään omaa kuolemaa. Jokainen kuolema on ainutlaatuinen ja myöskään kuolevan potilaan hoidossa ei ole yhtä ainoaa oikeaa tapaa. (Lipponen 2006.)

Potilaan kanssa tulisi keskustella aktiivisesti elämän loppuvaiheen hoidosta koko hoitoprosessin ajan. Hoitokeskustelut ovat monesti hyvin haasteellisia. Nämä keskustelut vaativat hoitajilta ja lääkäreiltä hyviä vuorovaikutustaitoja. Heidän pitää pystyä kuuntelemaan ja kohtaamaan potilas tunnetasolla. Heillä on oltava kykyä empatiaan, avoimuuteen, kritiikin sietämiseen ja myös omaa kuolemaa on pystyttävä pohtimaan. Potilaat kokevat usein päätöksenteon vaikeaksi, he haluaisivat saada ainakin hoitosuosituksen lääkäriltä tai omaisilta. Potilaan ja omaisten tulisi ymmärtää lääketieteellistä tietoa ja tämä saattaa aiheuttaa ongelmia, ei ymmärretä eikä pystytä hyväksymään saatua tietoa. Potilaalla ja omaisilla saattaa olla pelkoja siitä, että hoidosta luopuminen merkitsee myös oirehoidosta luopumista (Hilden, Louhiala, Honkasalo 2007.)

Saattohoito ei toista samaa kaavaa, jolla varmistettaisiin hyvä kuolema. Vuorovaikutus potilaan ja omahoitajan välillä on kaikkein tärkein asia, tehtiinpä saattohoitoa missä ympäristössä tahansa. Luottamuksellisessa hoitosuhteessa korostuu potilaslähtöisyys ja inhimillisuus. Hyvän saattohoitajan taidot kehittyvät vähitellen elämäkokemuksen ja työkokemuksen myötä, siihen ei synnytä eikä pelkästään koulutus tuo niitä mukanaan. Koulutus antaa teoreettista pohjaa, mutta vuosien työkokemus antaa hiljaista tietoa, joka yhdessä teoretiedon kanssa kehittää hoitotaitoja kuolevan hoitoon. Omahoitaja on oltava sinut oman kuolemansa kanssa, että hän pystyy keskustelemaan potilaan kanssa tämän kuolemasta. Kuolevat potilaat ja omaiset toivovat, että omahoitaja tekisi aloitteen kuolemasta puhumiseen. (Lipponen 2006.)

Sandin tutkimuksessa (1995) tuli esiin, että potilaat kokevat omahoitajalla olevan sen viimeisimmän ja lopullisen tiedon heidän tilastaan. Potilaat pitivät tärkeänä sitä, että hoitaja käy näyttäytymässä työvuoron alussa jolloin potilas tulee tietoiseksi siitä, että kuka hänestä huolehtii jos jotakin sattuu. Potilaat toivovat, että hoitajilla olisi aikaa ja mahdollisuuksia olla heidän luonaan. Potilaat kokevat, että hyvät hoitajat tulevat lähelle, halaavat ja uskaltavat olla luonnollisia ihmisiä.

Kuolevan potilaan hoitaminen herättää hoitajissa halua olla potilaan lähellä, mutta myös halua etäännyä hänestä. Hoitaminen vaatii hyvin paljon ihmissuhdetaitoja. Omahoitajuus saattohoidossa merkitsee hoitajan läsnäoloa potilaan viimeisinä päivinä ja hoidon koordinoitua. Hoitajan ilmeet, eleet, sanat ja teot kertovat potilaalle hoitajan suhtautumisesta ihmiseen ja kuolemaan. Kuoleva potilas on erityisen herkkä havainnoimaan hoitajan käyttäytymistä. Potilas vaistoa myös sanattoman viestinnän herkemmin kuin muissa tilanteissa. Kuoleva potilas odottaa omahoitajalta ystävällisyyttä ja hänen asioihinsa paneutumista. Hoitosuhteen on oltava luottamuksellinen ja avoin. (Lipponen 2008.)

Omahoitajan ammattitaitoon kiinnitetään huomiota. Jo tulotilanteessa tehdyillä havainnoilla on merkitystä hoitosuhteen onnistumiselle. Hoitajan käyttäytyminen viestittää hänen suhtautumisestaan kuolemaan. Kuolevan potilaan omahoitajaksi ei synnytä vaan siihen opitaan. Jos omahoitajan ja kuolevan välillä on hyvä hoitosuhde menettää hoitoympäristö merkityksensä. Oman jaksamisen rajat on tunnettava, että pystyy sitoutumaan kuolevan hoitoon. Sitoutumiseen tekemään oman ideologiansa mukaista työtä hoitaja toimii myös oman organisaationsa edustajana. Omahoitajan vaihtuminen kesken hoitajakson aiheuttaa epävarmuutta ja turvattomuutta potilaalle ja vaikeuttaa saattohoitoiden toteutumista. (Lipponen 2008)

Työyhteisön jaksamisen kannalta on oleellista, että siellä pidetään keskinäistä tukemista tärkeänä. Avoin keskustelu työtovereiden välillä on hyvä tukimuoto, mutta se ei poista kuitenkaan työnohjauksen tarvetta. Työnohjaajan tulee olla työyhteisön ulkopuolinen jäsen jolloin hän pystyy paneutumaan myös työyhteisön ihmissuhdeongelmiin. Työnohjauksessa käydään läpi erilaisia tunteita ja kokemuksia. Avoin ja turvallinen ilmapiiri työyhteisössä auttaa jaksamisessa ja se myös heijastuu potilaaseen ja hänen omaisiinsa. (Aalto 1986)

Saattohoitotyössä hoitajilla täytyy olla oikea asenne työhönsä ja lisäksi heidän tulee olla työhönsä sitoutuneita. Hoitajilla pitäisi olla riittävästi aikaa viipyä potilaan vierellä jolloin potilaan yksilölliset tarpeet tulisi huomioida. Potilaan empaattinen ymmärtäminen, kuunteleminen ja lohduttaminen kuuluu yksilölliseen ja potilaskeskeiseen hoitotyöhön. Saattohoitotyössä korostuu myös yhteisöllisyys ja perhekeskeisyys. Tähän sisältyy potilaan läheisten huomioiminen, kuolevan oman tahdon huomioon ottaminen sekä riittävä ja hyvä tiedottaminen. (Herlevi, H., Oikemus-Määttä, J., Rissanen, L., Heikka, H. 2011.)

Saattohoidolle pitäisi pystyä järjestämään asialliset tilat. Fyysinen hoitoympäristö saattohoitopotilaalla pitäisi olla rauhallinen ja kauniisti sisustettu. Kaunis ja rauhallinen ympäristö tukee kuolevan potilaan hoitoa ja omaisille jää kaunis muisto siitä miten he jättivät jäähyväiset läheiselleen. Läheisen kuolema jää jokaiselle mieleen pysyvästi ja myös kaikki pienetkin asiat säilyvät mielessä pitkään, koska omaiset ja potilas ovat hyvin herkässä mielentilassa. Psykkinen hoitoympäristö muodostuu ilmapiiristä. Miten hoitajat kohtelevat potilasta ja omaisia. Ystävällisyys, kärsivällisyys, asiallisuus, miten tietoa jaetaan potilaalle ja omaisille. Kuolevalla pitäisi olla mahdollisuus olla yhden hengen huoneessa jolloin hänellä olisi rauha ja omaisilla olisi mahdollisuus olla hänen lähellänsä niin paljon kuin he haluavat. Rauhallisessa ympäristössä

myös pystytään järjestämään keskustelut potilaan ja omaisten kanssa niin ettei ulkopuoliset niitä kuule. (Anttonen 2008.)

Kuolevan potilaan ja hänen omaistensa auttaminen on vaativaa ja vaikeaa. Kokeneetkin sairaanhoitajat kokevat usein tämän tehtävän ahdistavana ja tuntevat epävarmuutta sekä riittämättömyyttä. Saattohoidossa hoitajalta vaaditaan ihmissuhdetaitoja ja kykyä olla emotionaalisesti lähellä toista ihmistä. Omat tunteet on hallittava ja omaisten tunteet on pysyttävä kohtaamaan. Potilasta koskevista hoitopäätöksistä on neuvoteltava potilaan ja omaisten kanssa, koska asiallinen tietoa auttaa heitä käsittelemään vaikeitakin asioita. Potilaalla ja omaisilla saattaa olla epärealistisiäkin odotuksia hoidosta ja he saattavat toivoa vielä jotakin ihmettä tapahtuvaksi. Silloin, kun potilas on lähestymässä kuolemaa, häntä on kohdeltava inhimillisesti ja ihmisarvoisesti jolloin kaikista kärsimyksiä lisäävistä ja kärsimyksiä pitkittävästä hoidosta on luovuttava. (Herlevi, H., Oikemus-Määttä, J., Rissanen, L., Heikka, H. 2011, Molander 1999.)

Sandin (2003) tekemässä väitöskirjassa tuli esille, että saattohoito on potilaan yksilölliset tarpeet huomioon ottavaa ja perhekeskeistä. Hyvä perushoito ja kivun lievitys on oleellinen osa kuolevan potilaan hoitoa. Perheellä on merkittävä vaikutus hoitamisen voimavarana. Perhettä pyritään tukemaan vielä potilaan kuoleman jälkeenkin. Saattohoitoa tekevä työyhteisö muodostuu hoitoideologiaan sitoutuneesta henkilökunnasta ja siihen kuuluvat myös oleellisena osana vapaaehtoistyöntekijät.

4.2 Omaisten kohtaaminen

Saattohoidossa potilaan omaisten kohtaamisella on tärkeä merkitys, se on otettu huomioon saattohoidon peruslähtökohdissa. Potilas on aina jonkin perheen jäsen ja hänen vakava sairautensa aiheuttaa tuskaa ja ahdistusta koko perheessä. Monet seikat vaikuttavat siihen miten kuolema vaikuttaa perheeseen. Tällaisia seikkoja ovat kuka kuolee ja minkä ikäisenä. Millaisessa elämänvaiheessa perhe on juuri silloin. Mikä on kuolintapa ja millaisia elämäkokemuksia perheellä on aikaisemmin. Millaiset ihmissuhteet kuolevalla on ennen kuolemaansa ja millainen rakenne perheellä on sekä millaiset sosiaaliset verkostot. Omaiset voivat syyttää itseään etteivät ole osanneet auttaa, mutta he voivat tuntea myös vihaa ja kiukkua hoitajia ja hoitolaitosta kohtaan, koska heidän omaistaan ei ole voitu auttaa. Omaisilla voi olla myös vihan tunteita kuollutta kohtaan, jos on jäänyt joitakin ratkaisemattomia asioita jälkeen. (Schmitt 2008.)

Kun lapsi on omaisena, hänen tapansa jäsentää lähiomaisen kuolemaa riippuu hänen iästään, kypsyystään, perheen reaktiosta, lapsen sisäisestä elämästä ja sosiaalisesta paineesta. Kaikille lapsille läheisen menettäminen on raskasta ja he tarvitsevat tukea surussaan. Kuolevalla on huoli omista lapsistaan ja heidän selviytymisestä loppuun saakka. Hoitajat eivät aina pysty näkemään jokapäiväisessä työssään miten voisivat parhaiten tukea perheen selviytymistä. Omahoitajajärjestelmä voi luoda tähän mahdollisuuksia. Omahoitajalla pitäisi olla mahdollisuus tutustua parhaiten perheen taustoihin, rakenteisiin sekä arvoihin ja tätä kautta hän pys-

tyisi tukemaan perhettä heidän surutyössään. Hoitajat voivat tuntea ahdistusta ja epävarmuutta omaisten kohtaamisessa ja sen vuoksi on tärkeää kouluttaa heitä ymmärtämään ja kohtaamaan kuolevan potilaan perheenjäseniä. (Schmitt 2008.)

Omaiset tarvitsevat tietoa ja sen on oltava ymmärrettävää ja perhekohtaista. Omaisten on saatava mahdollisuus keskustella kuolemasta, valmistautua kuolemaan ja aloittaa luopumistyö läheisestään. Omaisen rooli saattohoidossa on kahdenlainen, hän on saamassa tukea omaan suruprosessiinsa, mutta hän myös havainnoi potilaan saamaa hoitoa. Kun potilaan kuoleman nähdään lähestyvän, on omaisten saatava siitä tieto, sillä silloin heillä on mahdollisuus olla potilaan vierellä loppuun saakka. Omaisille on hyvin tärkeää se, että heidän läheisensä saa parhaan mahdollisen huolenpidon viimeisillä hetkillään. Rauhallisella keskustelulla ja kädestä kiinni pitämisellä on rauhoittava vaikutus. Myös omaisista on huolehdittava. Läheisille on merkityksellistä valvominen potilaan luona ja rauhallinen kuoleman näkeminen. (Aalto 1986, Anttonen 2008.)

American Journal of Critical Care julkaisi artikkelin tutkimuksesta, jossa selvitettiin hoitajien viestintää saattohoitopotilaiden ja heidän omaistensa kanssa. Yleisimmiksi esteiksi tulivat potilaan tai omaisten haluttomuus hyväksyä ennustetta kuolemasta. Hoitajilla oli myös halu pitää vielä toivoa yllä potilaille ja heidän perheilleen. Journal of Clinical Nursing (2009) julkaisi artikkelin tutkimuksesta, joka oli tehty omaisille. Tutkimuksessa haastateltiin omaisia heidän kokemuksistaan potilaan kuoleman aikaan ja heti kuoleman jälkeen. Tuloksissa kävi ilmi, että hoitotyön laatua pidettiin ammattimaisena ja hyvänä. Hoito perustui yksilöllisyyteen ja potilaan tarpeisiin ja ilmapiiri oli turvallinen. Suhteet potilaaseen ja omaisia olivat hyvät. Tieto ja viestintä kuvattiin kuitenkin epäsystemaattiseksi. Jotkut potilaat kuolivat yksin. Johtopäätöksenä tuli, että viestintää henkilökunnan ja omaisten välillä on kehitettävä sekä pyrittävä siihen ettei potilaan tarvitsisi kuolla yksin. (Schulman-Green, McCorkle, Cherlin, Johnson-Hurzeler, Bradley 2005, Banner 2009.)

Raatikainen, Miettinen, Karppi tekivät tutkimuksen (2000) jossa oli tarkoituksena kuvata sitä mikä oli hyvää ja mikä huonoa kuolevan potilaan hoitotyössä hänen omaistensa arvioimana ja miten omaisten mainitsemat asiat liittyivät potilaan oloon, hoitotoimintaan ja terveyspalveluihin. Tutkimuksessa omaiset kuvasivat potilaan hyvänä olona turvallisuuden tunteen ja tyytyväisyyden omaan hoitoon. Omaisten mielestä hyvää hoitoa oli perustarpeista huolehtiminen, kuuntelu, keskustelu, empaattinen ja luottamuksellinen hoitosuhde, omaisten saama tieto sekä potilaan oman tahdon ja ihmisarvon kunnioittaminen. Huonoa hoitoa taas omaisten mielestä oli turvattomuutta, perustarpeiden tyydyttämättömyyttä, persoonatonta kohtelua ja omaisten riittämätöntä tiedonsaantia. Terveyspalvelujen huono jatkuvuus, rutiininomainen työskentely, henkilökunnan välinpitämätön asennoituminen ja riittämättömät taidot olivat myös huonoa hoitoa.

Sandin tutkimuksessa (1995) tuli esiin, että potilaat odottavat hoitamisessaan henkilökunnan arvostavan heidän omaisiaan. Potilaat odottavat, että hoitopaikassa on varauduttu omaisten

käynteihin ja näin heillä on asianmukaiset tilat omaisten ja ystävien kohtaamiseen. Omaisetkin saattavat kokea vierailun hyvin rasittavana, jos potilas on isossa huoneessa ja siellä täytyy seurustella kaikkien huoneessa olevien potilaiden kanssa. Isossa huoneessa omaiset eivät myöskään voi osallistua potilaan hoitoon niin kuin haluaisivat ja potilas toivoisi. Myös potilas kaipaa välillä rauhaa ja hiljaisuutta, mutta tämä ei aina toteudu isossa potilashuoneessa.

Mikkosen (2007) tutkimuksessa kuvattiin saattohoidon laatua omaisten arvioimana Terhokodissa. Hyvässä saattohoidossa kunnioitetaan potilaan toiveita, hänen oireitaan lievitetään, häntä valmistellaan lähestyvään kuolemaan ja omaisia tuetaan luopumisessa ja muuttuvassa elämäntilanteessa. Saattohoitopäätöksestä on myös keskusteltava potilaan ja omaisten kanssa. Tutkimuksessa tuli esille, että omaisten kanssa ei oltu keskusteltu erikoissairaanhoidossa tästä riittävästi ja myöskin potilailla oli ollut mielikuvia kotiin pääsystä ja kuntoutumisesta. Tutkimuksessa tuli esille, että omaiset läsnäolo potilaan luona toteutui, potilas pystyi puhumaan luottamuksellisesti hoitajien kanssa ja hänen asioihinsa paneuduttiin. Tutkimukseen osallistuneilla omaisilla puolella oli kokemus, että hoitajilla on liian kiire eikä heillä ole riittävästi aikaa olla potilaan vierellä.

4.3 Hoitajien ammatillinen osaaminen/oppiminen saattohoidossa

Saattohoitosuosituksen mukaan saattohoitotyöryhmän on saatava jatkuvasti koulutusta ja harjoitettava kliinisiä taitojaan. Saattohoitotiimin on myös sitouduttava kliinisen toiminnan laadutavoitteisiin. Pöyryn ja Taskisen tutkimuksessa (1990), jossa tutkittiin miten Pohjois-Suomen saattohoitoprojektissa mukana olevalla saattohoitokoulutusta saaneella henkilökunnalla toteutuu saattohoitoideologia ajattelussa ja miten he toteuttavat sitä käytännön hoitotyössä tuli esille, että kuolevia harvemmin hoitavat hoitajat näkivät potilaan kivun lievityksen puutteellisempänä kuin kuolevia usein hoitavat. Häviääkö herkkyys havaita potilaan kipua niiltä hoitajilta, jotka hoitavat kuolevia jatkuvasti ja rutinoituvatko he työssään. Tätä rutinoitumista ehkäisemään tarvitaan jatkuvaa koulutusta ja myös työnohjausta. Lääkintöhallituksen antamissa terminaalihoiton ohjeissa (1982) on sanottu, että terminaalihoito sisältää potilaan riittävän oireenmukaisen perushoidon ja kaiken muun ihmisarvoa kunnioittavan huolenpidon ja potilaan läheisten ihmisten henkisen tukemisen.

Mikkosen tutkimuksessa (2007) tutkittiin saattohoidon laatua Terhokodissa. Tutkimuksessa tuli esille, että hyvän saattohoidon edellytys on henkilökunnan osaaminen. Osaamisen on oltava ammattitaitoista, turvallista ja kollegiaalista toimintaa ja siihen liittyy saattohoidon erityisyyden tunnistaminen. Saattohoidossa tulisi olla kiireetön ilmapiiri. Ilmapiiri ei ole sidoksissa henkilökunnan määrään. Hyvän potilaslähtöisen saattohoidon edellytys on, että hoitaja oppii tuntemaan potilaan ja hänen omaisensa ja tunnistamaan heidän tarpeensa jo hoitoprosessin varhaisessa vaiheessa. Hyvä ammattitaito edellyttää perustehtävän vaatimaa teknistä ja tiedollista osaamista, hyviä vuorovaikutustaitoja, tiedottamista ja taitoa kuunnella sekä potilasta että omaisia. (Anttonen 2008.)

Kuoleman lähestyessä usein potilaalla ja omaisilla tulee tarve hengellisten tarpeiden huomioimiseen. Näiden tarpeiden huomioiminen kuuluu potilaan ja omaisen toivomaan hyvään hoitoon. Hengelliset tarpeet eivät ole irrallisia asioita saattohoitopotilaan hoidossa, vaan ne ovat mukana kaikessa toiminnassa. Potilaan hengellisten tarpeiden huomioimisessa on luontevaa olla yhteistyössä sairaalapapin tai muiden potilaan haluamien sielunhoitajien kanssa. Hoitajilla on oltava kykyä tunnistaa potilaan hengelliset tarpeet ja heidän on huolehdittava siitä, että potilas saa tarvitsemansa tuen. Potilaan elämänkatsomusta, arvoja ja vakaumusta tulee kunnioittaa. (Etene (4) 2002.)

Mäkeläisen ja Mäkeläisen (1999) tutkimuksessa selvitettiin asiantuntijuutta kuolevan potilaan hoidossa sairaanhoitajien määrittelemänä. Tutkimuksessa kävi ilmi, että iällä ja työkokemuksella on asiantuntijuuteen sekä myönteinen, että kielteinen vaikutus kuolevan potilaan hoidossa. Ikä ja työkokemus lisäävät hoitajan hoitotaitoja ja kykyä käyttää tietoa joustavasti työssään. Iän myötä myös sairaanhoitajan intuitiiviset taidot lisääntyvät, jolloin hän pystyy käyttäytymään järkevästi yllättävissäkin tilanteissa ja pystyy havaitsemaan herkemmin muutokset kuolevan potilaan voinnissa ja mielialassa. Tutkimuksessa mukana olleet sairaanhoitajat kokivat tärkeänä hyvän kivun hoidon kuolevan potilaan hoidossa. Ne sairaanhoitajat, jotka olivat hoitaneet paljon kuolevia potilaita, pystyivät myös paremmin huomioimaan potilaan omaiset ja ottamaan huomioon heidän tarpeensa, sekä heillä oli paremmat vuorovaikutustaidot kuolevan potilaan kohtaamisessa.

Kuolevan potilaan hyvään perushoitoon kuuluu kivun hoito. Hyvän kivun hoidon edellytyksenä on hoitajien hyvät tiedot ja taidot sekä myönteinen asenne kivun hoitoon. Lisäksi tarvitaan moniammatillista yhteistyötä ja riittävästi aikaa potilaan tuntemusten kuuntelemiseen. Kipu on saattohoitopotilailla yleinen vaiva ja se on usein pysyvää sekä ajan myötä pahenevaa. Potilaalla on usein kivun pelkoa ja tämä aiheuttaa hänelle stressiä, kärsimystä ja toivottomuutta. Kivun tunnistaminen on tärkeää, että potilaan elämänlaatua voidaan parantaa. Saattohoitopotilaalla voi olla monenlaista kipua. Akuutti kipu on lyhytaikaista ja voidaan hoitaa, esimerkiksi päänsärky. Krooninen kipu taas on pitkäkestoista eikä sen poistaminen kokonaan lääkkeillä onnistu. Fyysinen kipu esiintyy vaurioituneella alueella ja on pistävää, viiltävää, repivää. Kliininen kipu on epämukavuudesta aiheutuvaa kärsimystä. Neuropaattinen kipu on hermovauriokipua joka aiheutuu silloin, kun kasvain leviää hermokudokseen tai puristaa hermokudosta. Luustokipua esiintyy syöpäsairauksissa joissa tauti on lähettänyt etäpesäkkeitä luustoon. Viskeeraalinen kipu esiintyy silloin, kun kasvain tukkii esimerkiksi suolistoa. Nosiseptiivistä kipua on kudonsvauriokipu. Läpilyöntikipu on voimakasta, ajoittaista kipua, joka liittyy usein liikkumiseen. Läpilyöntikipu heikentää potilaan toimintakykyä. Idiopaattinen kipu on määrittelemättömästä syystä johtuvaa, potilas on kivulias ja lisäksi hän saattaa olla myös masentunut (Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M., Närhi, M. 2006, Estlander, A-M., Hamunen, K., Kalso, E., Maunuksela E-L., Vainio, A. 2004, www.saattohoito.info.)

Syöpäpotilaat ovat suurin potilasryhmä saattohoidossa. Kun potilas saa tiedon siitä, että on sairastunut syöpään hänellä on aluksi monenlaisia tunteita. Tietoon liittyy vihaa, pelkoa, ma-

sennusta, ahdistusta ja epätoivoa. Kaikki nämä tunteet lisäävät myös potilaan kipua. Aluksi potilas ei pysty ottamaan vastaan tietoa kuin pieninä annoksina kerrallaan ja asioista on keskusteltava rauhallisesti useamman kerran. Tieto on annettava myös kirjallisena. Turvallinen ja luottamuksellinen hoitosuhde on tässä erittäin tärkeää ja omahoitajalla on tärkeä rooli tiedon annossa. Myös omaisten rauhoittaminen on tärkeää, koska heillä on myös pelko siitä miten kivuliasta kuolema tulee olemaan. (Salanterä ym.2006.)

Sairaanhoitajan on tunnistettava erilaiset kiputyypit ja osattava arvioida kivun voimakkuutta. Tätä arviointia voidaan tehdä sanallisesti tai sitten erilaisten mittareiden avulla. Yleisimmin käytössä olevat kipumittarit, joilla arvioidaan kivun voimakkuutta, ovat kipukiila, kipujana ja sanallinen kipumittari. Potilaalla, joka ei pysty itse kertomaan kivustaan voidaan käyttää Painad mittaria, siinä seurataan ilmeitä, eleitä ja kehon kieltä Kivun voimakkuutta tulisi arvioida levossa ja liikkeessä, lievimmillään ja voimakkaimmillaan. Jokainen potilas kokee kivun yksilöllisesti ja sitä ei saa verrata toisen kokemaan kipuun. Kirjaamisella on tärkeä merkitys hyvässä kivunhoidossa, se antaa pohjan laadukkaalle kivun hoidolle. Huolellinen kirjaaminen varmistaa potilasturvallisuutta ja antaa oikeusturvan hoitohenkilökunnalle sekä auttaa hoitotyön laadun kehittämässä. (Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M., Närhi, M. 2006)

Koulutuksen merkitys näkyi myös tutkimuksessa. Sairaanhoitajat, jotka olivat valmistuneet 1990-luvulla, pystyivät paremmin huomioimaan potilaan yksilöllisyyden tarpeet. Tämä taas johtunee siitä, että koulutuksessa on hoitotyön mallinen opettaminen lisääntynyt. Koulutuksen myötä on sairaanhoitajien itsetuntemus ja ammatillinen kasvu korostunut, jolloin he pystyvät käsittelemään paremmin omia tunteitaan ja käsittelemään niitä työtovereiden kanssa paremmin. Tulevaisuudessa omien tunteiden reflektointi auttaa ammatillisessa kasvussa mutta myös persoonallisuuden kasvussa. Hyvä itsetunto auttaa kuolevan potilaan kohtaamisessa. Tulevaisuudessa on lisäksi pystyttävä kohtaamaan enemmän monikulttuurisia potilaita.

Sundström ja Toivanen (1998) tutkivat hoitajien läsnäolon ilmiötä kuolevan potilaan hoitotyössä sekä selvittivät mitä olennaista hoitajien hospice - näkemykseen perustuva työskentely saattohoitokodissa tuo läsnäoloon. Yhdessä oleminen on hoitajien, potilaan ja omaisten läsnäolemista ja siihen sisältyy myös konkreettista tekemistä. Läsnäolemiseen kuuluu tutustuminen kuolevan elämäntilanteeseen, mutta myös omaiset otetaan siinä huomioon. Hoidon suunnittelu ja toteutus tehdään yhdessä, jolloin löydetään yhdessä olemisen malli. Aika ei ole este yhdessä olemiselle sillä pienetkin hetket voivat sisältää läsnäoloa. Tutkimuksessa tuli esille, että konkreettinen tekeminen auttoi hoitajia lähestymään kuolevaa ja myös hänen läheisiään. Nämä tilanteet koettiin luontevina ja aitoina hetkinä lähestyä potilasta. Hoitajan on oltava motivoitunut ja sitoutunut hoitamaan kuolevia potilaita. Keskeisenä tekijänä tutkimuksessa tuli esiin elämäkokemus ja työkokemus kuolevien hoitamisesta. Kokemus antaa rohkeutta ja varmuutta kohdata myös vaikeita tilanteita ja pystyy hyväksymään myös oman rajallisuutensa. Pitkä työkokemus voi aiheuttaa hoitajassa myös turtumista jolloin hän käy välinpitämättömäksi suhtautumisessaan työhönsä.

Kuolevan potilaan hoidossa sedaatio aiheuttaa monenlaisia ajatuksia. Käsite voidaan ymmärtää menoksi kohti eutanasiaa, mutta se voidaan ymmärtää myös yhtenä eutanasian muotona. Niille jotka työskentelevät vaikeasti sairaiden, kuolevien potilaiden kanssa se on keino lievittää suunnatonta kärsimystä. Sedaation ja eutanasian ero on selkeä. Sedaatio voidaan määritellä lääketieteelliseksi keinoksi jolla on positiivinen tarkoitus lievittää potilaan kärsimystä. Sillä on myös selkeä kohderyhmä eli palliatiivisen hoidon potilaat. Silloin, kun sedaatiolla tarkoitetaan kuolevan potilaan kärsimysten helpottamista, se soveltuu sellaisille potilaille, jotka kärsivät ja ovat lähellä kuolemaa. (Hänninen 2006)

Sedaatio on potilaan tietoisuuden alentamista lääkkeellisin keinoin. Näillä potilaille on sietämättömiä ja tavanomaisiin hoitokeinoihin reagoimattomia kärsimyksiä. Sedaatiolla saadaan potilaan oireet hallintaan, mutta ei aiheuteta kuolemaa. Potilas saatetaan sellaiseen tiedottomuuden tilaan, kuin on tarpeellista, mutta ei enempää. Ideaalinen tilanne on, että potilas pysyy kommunikoimaan ja syömään sekä juomaan. Kevyt sedaatio on usein riittävä. Intermittivalla sedaatiolla potilaan tietoisuutta alennetaan öisin niin, että hän saa nukuttua. Jatkuvaa syvää sedaatiota voidaan käyttää aivan viimevaiheessa, muutaman vuorokauden tai muutamman tunnin ajan. Palliatiivisen sedaation indikaatioina pidetään delirium tai levottomuus, hengenahdistus, pahoinvointi ja oksentelu, unettomuus, ahdistuneisuus ja henkinen kärsimys. Ennen sedaation aloittamista on käytävä keskustelut omaisten ja jos mahdollista niin myös potilaan kanssa, koska omaisilla ja potilaalla saattaa olla pelkona kuolemaan auttaminen sedaatiolla. Päätös sedaation aloittamisesta ja perustelut sen aloittamiseen on kirjattava potilaan sairauskertomukseen. Potilaan vointia ja sedaation vaikutusta potilaan oireisiin on tarkkailtava ja kirjattava sairauskertomukseen. (Hänninen 2006, Hamunen 2012.)

4.4 Työssä jaksaminen

Saattohoitotyö on raskasta, se vaatii paljon henkisiä ja fyysisiä voimavaroja. Henkilöstö tarvitsee jaksamiseensa tukea ja työnohjausta. Saattohoitotyö poikkeaa muusta hoitotyöstä sillä siinä hoitaja ei voi nähdä paranemisen iloa, vaan potilaan tila heikkenee jatkuvasti. Työnohjaus on hyvä tukimuoto. Työnohjaus voi olla yksilöohjausta tai ryhmäohjausta. Ryhmätyönohjaus on kuolevan hoitotyössä mielekkäin ohjausmuoto, koska siinä saadaan tukea yhteistyölle ja se auttaa myös löytämään yhteisiä suuntaviivoja kuolevan hoitotyölle. Työnohjauksessa tuetaan sairaanhoitajan persoonallista tapaa tehdä työtään ja hänen havainnointikykyään sekä eläytymistään. Koska työnohjauksessa voidaan keskustella avoimesti vaikeistakin tilanteista, sen avulla voidaan havaita ne kuolevat ja omaiset jotka tarvitsevat erityisen paljon hoitajien tukea ja yhteisiä keskusteluja selvittääkseen tilanteessa eteenpäin. Jaksamiseen auttaa myös koulutus ja hyvä ammattitaidon ylläpitäminen. (Siltala 2008, Molander 1999, Etene (4) 2002.)

Hoitajan on myös itsensä huolehdittava työssä jaksamisestaan. Hän ei voi aina toimia niin kuin omaiset haluaisivat. Omista työajoistaan on pidettävä kiinni, ei voi olla aina omaisten tavoitettavissa tai jäädä työajan jälkeen vielä keskustelemaan heidän kanssaan. Koulutuksella ja työnohjauksella on merkittävä rooli työssä jaksamisen tukemisessa. Myös yhteisistä hoitolin-

joista ja päämääristä sopiminen edesauttaa hoitajien työssä jaksamista. Yhteisesti sovitut linjaukset auttavat silloin, kun omaiset alkavat vaatia turhia tutkimuksia ja hoitoja. (Lipponen 2008.)

Moniammatillisella tiimityöllä on merkitystä saattohoidossa, koska yksittäinen työntekijä ei voi hallita kaikkea kuolevan potilaan hoidossa. Moniammatillinen tiimi muodostuu eri ammattiryhmistä ja siinä on oleellista yhteisvastuullisuus. Kaikilla tiimin jäsenillä on vastuu ja tehtävät ja näin myös kaikki osallistuvat päätöksentekoon. Työtovereiden tuki auttaa merkittävästi työssä jaksamiseen. Kaikkien tiimiläisten on oltava sitoutuneita yhteisiin periaatteisiin ja heidän on luotettava toistensa ammattitaitoon. Tiimin keskiössä on potilas, omaiset, omahoitaja ja omalääkäri. Lisäksi tiimiin kuuluu muiden ammattiryhmien edustajia potilaan tarpeiden ja toiveiden mukaan. Koska saattohoitopotilaan hoitaminen on raskasta tiimityössä hoitaja saa tukea toisilta työtovereilta ja voi jakaa ahdistustaan heidän kanssaan. Koulutus ja työnohjaus ovat tärkeitä jaksamista tukeva keino saattohoitotyötä tekeville hoitajille. Näiden tarkoituksena on toimia työstä elpymisen ja työssä jaksamisen tukena. Työnohjaus voidaan jakaa kolmeen kokonaisuuteen. Tunteiden tiedostaminen. Kuoleman pelko, kuolevaiseksi suostuminen ja kuolemisen hyväksyminen. Saattohoidon roolit, vuorovaikutus ja yhteisöllisyys. (Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004, Molander 1999.)

Molanderin tutkimuksessa (1999) tuli esille etteivät sairaanhoitajat saaneet riittävästi arvostusta ja tukea omalta esimieheltään, mutta spontaanissa keskustelussa saman koulutuksen saaneen ja samanlaisissa tehtävissä toimivan hoitajan kanssa oli apua työssä jaksamiseen. Tutkimuksessa tuli myös esille, että säännöllisesti järjestettävällä virkistyspäivällä koetaan olevan myönteinen vaikutus työssä jaksamiseen. Voidaan olla työtovereiden kanssa yhdessä muutenkin kuin töissä jolloin opitaan tuntemaan työtoveria myös toisesta näkökulmasta. Uuden työntekijän hyvällä perehdytyksellä on merkitystä, vaikka se aluksi lisää työmäärää, mutta myöhemmin uudella työntekijällä voi olla työn kehittämiseen uusia ideoita ja hän toimii liikkeelle panevana voimana kehittämistyössä. Työkierrolla tuetaan myös jaksamista, koska silloin hoitaja voi tehdä täysin erilaista työtä ja saada siitä myös lisää osaamista esimerkiksi kliinisiin käden taittoihinsa.

Sundströmin ja Toivasen (1998) tutkimuksessa tuli esille, että työryhmän tuki, työnohjaus ja jatkuva koulutus auttavat ammatissa kehittymistä ja työssä jaksamista. Hoitaja arvostaa kokemuksiaan ja niiden avulla hän pystyy kasvamaan ihmisenä ja ammattitaitoisena hoitajana. Avoimessa työyhteisössä pystytään keskustelemaan omista kokemuksista ja kuuntelemaan myös toisten mielipiteitä ja tuntemuksia. Avoimessa ilmapiirissä pystytään käsittelemään myös epäonnistumisia ja näistä voidaan oppia. Työnohjauksessa voidaan jakaa ja reflektoida omia kokemuksia ja tämä toimii itsetuntemuksen lisäämisen välineenä. Yhteisten kokemuksen jakaminen auttaa hoitajaa kollegiaalisuuteen, joka vahvistaa ammatillista kasvua. Tämä auttaa myös työyhteisön kehittymisessä. Ammatillinen täydennys- ja jatkokoulutus auttavat myös työssä kehittyemisessä silloin, kun hoitaja on sitoutunut työhönsä.

4.5 Johtaminen

Työyhteisön hyvinvoinnille perustan luo johtaminen. Koska hoitotyö on työvoimavaltaista, henkilöstön työhyvinvoinnista huolehtiminen kytkeytyy työn kehittämiseen, innovointiin ja luovuuteen. Työhyvinvointia yksikössä voidaan parantaa kehittämällä työoloja jolloin työssä jaksaminen parantuu ja työssä jaksetaan olla pidempään jolloin turvataan ammattitaitoisen henkilökunnan pysyvyys terveydenhuollon palveluksessa. Johtajan on kannustettava ja tuettava työntekijöitään jolloin he innostuvat työstään ja pystyvät kehittymään tehtävässään mahdollisimman pitkälle. Jokaisella työntekijällä on myös hiljaista tietoa joka tulisi saada työyhteisön käyttöön ja esimiehellä on tärkeä rooli siinä miten saada jokaisen voimavarat esille ja miten hän pystyy kehittämään niitä. Jokaisen työntekijän panos yhteisölle on yhtä tärkeä. (Kangasmäki 2008, Juuti & Vuorela 2002, Kotisaari & Kukkola 2012.)

Hoitotyön johtajuus on yleisjohtajuutta. Johtajan tehtävänä on suunnitella ja organisoida henkilöstön työtä mahdollisimman tehokkaasti ja tarkoituksenmukaisesti ottaen huomioon palvelutarpeet, käytössä olevat henkilöstöresurssit ja toimintaympäristö. Johdettavana on isot henkilöstömäärät ja heidän tekemisensä vaikuttaa suoraan potilaan hoidon laatuun ja tuloksiin. Hoitotyön johtajan on tunnettava hoitotyön sisältö. Keskusteleva ja avoin johtaminen parantaa työyhteisön vuorovaikutusta. Hyvään johtajuuteen kuuluu oikeudenmukaisuus. Johtajan on luotava työyhteisöön avoin kulttuuri missä sanat ja teot vastaavat toisiaan ja ihmisiä kohdellaan oikeudenmukaisesti. Esimiehen on toiminnallaan viestitettävä työyhteisölle, että arvostaa työntekijöitä ja luottaa heidän ammattitaitoonsa ja asiantuntemukseensa. Työntekijöiden mielipiteitä on kuunneltava ja arvostettava niitä. Esimiehen ja työntekijöiden välillä vallitseva luottamus on tärkeä työhyvinvoinnin ja jaksamisen edellytys. (Kangasmäki 2008, Juuti & Vuorela 2002, Kotisaari & Kukkola 2012.)

Osastonhoitajalla on tärkeä rooli saattohoidon kehittämisessä työyksikössään. Hänen johdolla päätetään siitä mitkä ovat ne hoitolinjat jotka pystytään toteuttamaan työyksikössä. Osastonhoitaja luo työyhteisöön myönteisen ilmapiirin kuolemasta puhumiseen ja hän toimii myös henkilökunnan kannustajana ja tukijana. Osastonhoitajan on keskusteltava henkilökunnan kanssa heidän työstään ja jaksamisestaan. Nämä keskustelut voivat olla spontaaneja lyhyitä tuokioita, mutta myös suunniteltuja tilaisuuksia. Tällä tavoin hän osoittaa kiinnostustaan henkilökunnan työhyvinvointiin ja työssä jaksamiseen. (Anttonen 2008.)

Kehittämistyöhön tarvitaan lääkäreiden ja hoitajien yhteistyötä ja siinä osastonhoitaja on luonteva yhteyshenkilö. Osastonhoitajan on mietittävä yhdessä henkilökunnan kanssa, ketkä ovat niitä potilaita, joita tässä yksikössä hoidetaan ja miksi juuri heidän hoitonsa toteutetaan tällä osastolla. Millaisia tarpeita näillä potilaila on. Millaista osaamista osastolla on ja mitä tarvitaan vielä lisää. Ketkä osallistuvat saattohoitopotilaiden hoitoon. Miten toimitaan, että hyvä saattohoito toteutuu osastolla. Osastonhoitaja huolehtii myös riittävästä resurssoinnista. Jos potilaan hoito vaatii vierellä olijaa, on hänen arvioitava tarvitaanko siihen koulutettu hoitaja vai voisiko siinä toimia vapaaehtoinen tukihenkilö. Vapaaehtoistyöntekijöillä on suuri merkitys saattohoi-

työssä. He ovat potilaan vierellä olijoita silloin, kun hän on hyvin ahdistunut, levoton ja pelokas. Näin hoitajien työaika vapautuu varsinaiseen hoitotyöhön. (Anttonen 2008.)

Esimiehille on tarjottava asianmukaista koulutusta ja tukea pystyäkseen johtamaan tehokkaasti työntekijöitä kehittämään edelleen saattohoitoa. Esimiehen on annettava tukea hoitosuunnitelmien teossa ja mahdollistettava hoitajien sekä omaisten yhteiset keskustelut joissa tehdään yhteisiä suunnitelmia loppuvaiheen hoidosta. Osastonhoitaja on vastuussa hoitotyön kliinisestä toiminnasta. Henkilöstölle on mahdollistettava riittävä koulutus ja työnohjaus tukemaan työssä jaksamista. Osastonhoitajan on myös huolehdittava siitä, että henkilökunnalla on riittävä ammatillinen osaaminen hoitotyöhön. Hän vastaa myös resurssien taloudellisesta käytöstä. (Hewison, Badger, Swani 2011, Puha 2013.)

Eettisyys kuuluu johtajuuteen ja ihmisten oikeudenmukainen kohtelu on eettistä johtajuutta. Ihmisillä on tarve tulla hyväksytyiksi, arvostetuiksi ja kunnioitetuiksi työyhteisössään. Hoitotyön johtajan on tuettava hoitajien eettisten ongelmien käsittelyä ja edistettävä yksilön sekä organisaation eettistä osaamista. Eettisen hoitotyön johtamiseen liittyy vastuu perustehtävästä ja eettisesti laadukkaasta hoitotyöstä. Johtajan on tunnettava toimintaa ohjaavat lait ja hänen on toimittava roolimallina. Johtajan on tarkasteltava päätöksiä ja niiden seurauksia eettisestä näkökulmasta ja, jos toiminta on epäeettistä, siihen on reagoitava välittömästi. Myös positiivisen palautteen anto eettisestä toiminnasta kuuluu johtajan tehtäviin. Johtajan on luotava sellainen ympäristö, että hoitajien eettinen toiminta on mahdollista. Eettisen osaamisen tukeminen kuuluu henkilöstöjohtamiseen ja se tulee esille rekrytoinnissa, kehityskeskusteluissa ja päivittäisessä johtamisessa. Hoitotyöntekijöille on osoitettava, että heidän työtään arvostetaan organisaatiossa ja yhteiskunnassa. Johtajan vastuulla on eettisten kysymysten käsittely työyhteisössä. Se voi tapahtua keskusteluissa osastotunneilla, antamalla palautetta eettisestä toiminnasta, antamalla hoitajille mahdollisuus osallistua eettisten toimikuntien toimintaan sekä arvioimalla eettistä päätöksentekoa. (Kangasmäki, Poikkeus, Leino-Kilpi 2012, Kotisaari & Kukkola 2012.)

Johtajan on myös huolehdittava, että hoitajat voivat hyödyntää etiikkaan liittyvää tutkimustietoa. Tämä onnistuu parhaiten hankkimalla yksikköön asiaa koskevia artikkeleita ja kirjallisuutta. Koulutus on keskeisimpiä tapoja tukea hoitajan eettistä osaamista. Eettisellä osaamisella on vaikutus työyhteisön ilmapiiriin. Rekrytointivaiheessa olisi pyrittävä valitsemaan työntekijä jolla on myös hyvää eettistä osaamista. Uuden työntekijän perehdytyksessä johtajan on käytävä läpi työyhteisön arvot ja periaatteet ja näin työntekijä saadaan sitoutettua työpaikan eettisiin arvoihin. Kehityskeskusteluissa yksittäisen hoitotyöntekijän eettisen toiminnan arvioiminen voi olla vaikeaa, mutta siihen voi käyttää apuna potilaspalautetta tai vertaisarviointia. Sairaanhoitajat odottavat hyvältä eettiseltä johtajuudelta oikeudenmukaisuutta, tasa-arvoa, työn ja työyhteisön arvostusta, vaikutusmahdollisuutta oman työn kehittämisessä, positiivisen palautteen saamista, tukea ja kannustusta, sekä riittäviä resursseja työn tekemiseen. (Kangasmäki, Poikkeus, Leino-Kilpi 2012.)

5. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Vuosittain noin 15 000 ihmistä tarvitsee saattohoitoa Suomessa. Saattohoidosta on laadittu Sosiaali- ja terveysministeriön toimesta saattohoitosuositus, jossa korostuu kuolevan ihmisen ihmisarvo, inhimillisyys ja itsemääräämisoikeus. Hyvän saattohoidon edellytyksenä on hoitohenkilökunnan ammatillinen osaaminen ja työhyvinvoinnin ylläpitäminen. hoitajien kokemuksia saattohoidosta ja sen kehittämistä on tutkittu vielä melko vähän. Tämän työn tarkoituksena on selvittää millaisia kokemuksia sairaanhoitajille on tullut työskentelystä saattohoitoyksikössä ja miten he kehittäisivät hoitotyötä siellä.

Tämän tutkimusaiheen valintaan vaikutti työskentelyni osastonhoitajana saattohoito-osastolla jatyöntekijöiden kanssa käyty keskustelu siitä miten saattohoitoa voitaisiin edelleen kehittää tässä yksikössä. Osasto on ensimmäinen tähän työhön suuntautunut kunnallinen yksikkö tällä alueella ja näin ollen se toimii tavallaan keulakuvana alueen saattohoitotyön kehittämisessä. Osaston toiminta on vasta ollut vuoden käynnissä ja siinä on havaittu ongelmia ja kehittämisen tarvetta.

6. TUTKIMUSONGELMA

Tämän työn avulla selvitetään millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla oli työskentelystä saattohoitoyksikössä ja miten he kehittäisivät hoitotyötä saattohoitoyksikössä. Tutkimusongelmien muotoutumista on ohjannut oma havainnointi osaston toiminnasta ja myös keskustelut työntekijöiden kanssa. Täsmennetyiksi haastattelun kysymyksiksi muotoutui:

1. Minkälaisia kokemuksia on syntynyt työskentelystä saattohoitoyksikössä?
2. Miten kehittäisit hoitotyötä saattohoitoyksikössä?

7. TUTKIMUSPROSESSIN KUVAUS

7.1 Tutkimuskohde

Tutkimuskohteena on Kuopion kaupungin perusturvan ja terveydenhuollon palvelualueelta, sairaalapalveluista, Harjulan sairaalan osasto kuusi ja osasto seitsemän. Osasto kuusi on saattohoidon tukiyksikkö, joka on aloittanut toimintansa 1.9.2011 ja osasto seitsemän on pitkäaikaisosasto, jonka toimintaa ollaan muuttamassa myös saattohoitoon ja oireenmukaiseen hoitoon suuntautuvaksi. Osasto kuusi on saattohoidon tukiyksikkö jossa hoidetaan saattohoitovaiheessa olevia Kuopiolaisia syöpäpotilaita. Osasto toimii myös kotihoidossa hoidettavien potilaiden tukiyksikkönä. Osaston toimintasuunnitelmaan on kirjattu, että pitkäaikaispotilaiden määrän vähentyessä myös osasto seitsemän toiminnan luonnetta muutetaan saattohoitoon ja

oireenmukaiseen hoitoon suuntautuvaksi. Muutos tapahtuu vähitellen pitkäaikaispotilaiden määrän vähentyessä osaston toimintasuunnitelman mukaisesti.

Osasto kuusi ja seitsemän toimii yhdistelmäosastona, jossa henkilökunta on myös yhteistä. Heillä on oltava valmiudet työskennellä molemmilla osastoilla. Osastolla on käytössä tiimityömalli ja omahoitajamalli. Saattohoidon tukiyksikössä on oma tiimi ja pitkäaikaisosastolla on kaksi tiimiä. Kaikille potilaille on nimetty omahoitaja. Omahoitaja huolehtii potilaan hoitosuunnitelman päivittämisestä ja on tiiviisti yhteydessä potilaan omaisiin muuttuvissa tilanteissa. Saattohoidossa omahoitajan rooli korostuu, koska omaiset ja potilas tarvitsevat hyvin paljon tukea selviytyäkseen heitä kohdanneesta kriisistä. Toimin osastolla kuusi ja seitsemän osastonhoitajana ja koen, että osaston toiminnassa on vielä paljon kehitettävää.

7.2 Tutkimusjoukko

Tutkimusjoukoksi valittiin Harjulan sairaalan osasto kuuden (Saattohoidon tukiyksikkö) ja osasto seitsemän (Pitkäaikaisosasto) kaikki sairaanhoitajat (7 sairaanhoitajaa). Haastattelua tehtäessä kuitenkin yksi sairaanhoitaja oli pitkällä sairauslomalla ja hänen sijaisenaan toimi pitkään työssä ollut lähihoitaja, joka oli haastattelussa mukana. Kaikilla näillä osastoilla työskentelevillä sairaanhoitajilla on oltava valmius työskennellä saattohoitopotilaiden kanssa. Kaikilla haastattelussa mukana olleilla sairaanhoitajilla ja yhdellä lähihoitajalla oli kokemusta saattohoitotyöstä jo aikaisemmissa työpaikoissa. Kaikki olivat käyneet myös erimittaisia saattohoitokoulutuksia.

7.3 Tutkimusmenetelmä ja tutkimusaineiston käsittely

Tutkimus on laadullinen tutkimus ja tutkimusaineiston keräys suoritettiin yksilöidyn teema-haastattelun avulla. Teemahaastattelussa edetään tutkijan etukäteen valitsemien teemojen varassa. Teemahaastattelussa korostuu ihmisten tulkinnat asioista. Haastattelussa ei voi kysellä aivan mitä tahansa, vaan kysymyksillä haetaan vastausta tutkimuksen tarkoitukseen ja ongelmanasetteluun. Kysymykset perustuvat siihen tietoon mitä kyseisestä asiasta on jo olemassa. (Tuomi, Sarajärvi 2002, Kylmä, Juvakka 2007.)

Haastattelussa oli kaksi teemaa, sairaanhoitajien kokemukset työskentelystä saattohoito-osastolla ja hoitotyön kehittäminen kyseisessä yksikössä. Kaikki osaston kuusi sairaanhoitajaa ja yksi lähihoitaja haastateltiin yksittäin. Ennen haastattelua sairaanhoitajille oli kerrottu haastattelun ja aihe ja miten se tullaan toteuttamaan. Haastattelussa käytettiin etukäteen suunniteltuja kahta kysymystä. Haastattelu suoritettiin toukokuun ja heinäkuun 2012 välisenä aikana. Haastattelu suoritettiin Harjulan sairaalassa, osastonhoitajan työhuoneessa. Haastattelu paikan valintaan vaikutti se, että siellä ei ollut mitään häiriötekijöitä. Haastattelu kesti jokaisen kohdalla kaksi tuntia. Kaikilta haastateltavilta tuli samoja kokemuksia ja kehittämiskohteita esille. Haastattelu nauhoitettiin. Nauhoitettu aineisto purettiin ja kirjoitettiin puhtaaksi sanasanaisesti. Puhtaaksikirjoitettu teksti luettiin läpi useita kertoja ja karsittiin pois kaikki epäolen-

nainen ja mukaan otettiin tutkimukselle olennaiset ilmaukset. Tämän jälkeen näitä ilmauksia yhdisteltiin ja niistä muodostui sitten vastauksia esitettyihin tutkimusongelmiin.

Aineiston pelkistämässä kiinnitetään huomiota vain siihen mikä on teoreettisen viitekehysten ja kysymyksenasettelun kannalta olennaista ja kaikki epäolennainen jätetään pois. Tämän jälkeen saatua aineistoa lähdetään yhdistelemään ja näin saadaan vastauksia tutkimustehtävään. (Alasuutari 1995, Kylmä, Juvakka 2007.)

7.4 Tutkimuksen luotettavuus ja toistettavuus

Tutkimuksen keskeisiä kysymyksiä on sen luotettavuus. Luotettavuutta voidaan tarkastella mittaamisen ja aineiston keruun luotettavuutena sekä tulosten luotettavuutena. Luotettavuuden kriteerejä laadullisessa tutkimuksessa ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Kaiken tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä on arvioitava jollakin menetelmällä. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta parantaa tarkka selostusta siitä miten tutkimus on toteutettu. Haastattelututkimuksessa kerrotaan haastateltujen määrä, olosuhteet missä haastattelu on tehty, haastatteluun käytetty aika sekä mahdolliset häiriötekijät. Haastattelututkimuksessa käytetään suoria lainauksia, joilla pyritään varmistamaan luotettavuutta ja annetaan lukijalle mahdollisuus pohtia aineiston keruun polkua. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston analyysissä luokittelun tekeminen on merkittävää ja sen vuoksi luokittelun perusteet on kuvattava. Tulosten tulkinnassa on myös kerrottava mihin päätelmät perustuvat ja on hyvä käyttää suoria lainauksia selvyden vuoksi. (Hirsijärvi, Remes, Sajavaara 2009, Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013.)

Tutkimuksen uskottavuus edellyttää, että tulokset on kuvattu niin selkeästi, että lukija ymmärtää miten analyysi on tehty, mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja mitkä rajoitukset. Tutkijan oma persoona on mukana tutkimuksessa, mutta hänen on säilytettävä neutraali ote tutkimuksen löydöksiä kohtaan. Uskottavuutta kuvaa myös se miten hyvin tutkijan muodostamat luokitukset kattavat aineiston. Vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin ja se edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista niin, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua. Vahvistettavuus on myös ongelmallinen kriteeri, koska toinen tutkija ei välttämättä samanlaisen aineiston perusteella samaan tulkintaan. Totuuksia on monia ja tämä hyväksytään laadullisessa tutkimuksessa. Erilaiset tulkinnat lisäävät ymmärrystä tutkimuskohteena olevasta ilmiöstä. (Kylmä, Juvakka 2007.)

Siirrettävyys kertoo sen miten hyvin tuloksia voi soveltaa muihin vastaaviin tutkimuskohteisiin. Tämän varmistamiseksi myös tutkimuskohde on kuvattava huolellisesti, samoin osallistujien valinta ja heidän taustansa, aineiston keruu ja analyysin kuvaus. Reflektiivisyys edellyttää, että tutkimuksen tekijän on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä ja hänen on arvioitava kuinka hän vaikuttaa aineistoon ja tutkimusprosessiin. Lähtökohdat on kuvattava tutkimusraportissa. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013, Kylmä, Juvakka 2007.)

7.5 Tutkimuksen eettisyys

Eettiset kysymykset ovat tärkeitä tehtäessä hoitotieteellistä tutkimusta. Tutkittavia ihmisiä on kohdeltava rehellisesti ja kunnioittavasti. Tutkimusaiheen ja tutkimusongelmien määrittelyssä ei saa loukata ketään eikä väheksyä mitään ihmisryhmää. Tutkimuksesta saatu hyöty pitää olla isompi kuin haitta. Tutkimukseen osallistuminen pitää olla vapaaehtoista ja siihen pyydettyä lupa. Tutkittavalla on myös oikeus keskeyttää osallistumisensa milloin tahansa. Vastuu tutkimuksesta on aina johtajalla. (Paunonen, Vehviläinen-Julkunen 1997, Leino-Kilpi, Välimäki 2003.)

Tutkimukseen osallistuvilla henkilöillä on selvitettävä etukäteen tarkasti ja rehellisesti mitä tutkimuksen kuluessa tapahtuu ja millaisia oikeuksia ja velvollisuuksia heillä on. Tutkittavien on myös ymmärrettävä tämä heille annettu informaatio. Tutkimusaineiston keräämisessä on pystyttävä takaamaan anonymisuus, luottamuksellisuus ja aineiston asianmukainen tallentaminen. Epärehellisyyttä on vältettävä kaikissa tutkimustyön vaiheissa. (Hirsijärvi, Remes, Saja-vaara 2009)

Tutkimuksen tietolähteet on valittava siten, että kaikilla ryhmän jäsenillä on samanlainen mahdollisuus olla tutkimuksen tietolähteinä ja niin, että tutkimuksesta aiheutuu heille mahdollisimman vähän haittaa. Tutkimusaineiston analysointi on tehtävä niin, että siinä hyödynnetään koko kerättyä aineistoa. Tutkija ei saa muuttaa tutkimustuloksia eikä plagioida aikaisempia tutkimuksia omaan käyttöönsä ilman asianmukaisia merkintöjä. (Leino-Kilpi, Välimäki 2003)

8. TULOKSET

Kuvioissa on nähtävissä pääkohdittain hoitajien haastattelussa esiin tulleet kokemusalueet ja millaisia kokemuksia heillä oli miltäkin alueelta.

KOKEMUSALUEET

8.1 POTILAAN KOHTAAMINEN

- jouduttu miettimään omia elämänarvoja
- ristiriitaa hoitopaikoista
- liian vähän aikaa potilaalle
- äkillisesti muuttuviin tilanteisiin pysyttävä reagoimaan
- onnistumisen kokemuksia silloin, kun ollut riittävästi aikaa potilaalle
- hoitoneuvottelut tärkeitä
- onnistunut kivunhoito

8.2 OMAISTEN KOHTAAMINEN

- onnistumisen kokemuksia, kun ollut riittävästi aikaa omaisille
- motivoivaa, tärkeää, palkitsevaa ja opettavaista
- raskaissakin tilanteissa käyty hyviä keskusteluja
- ajoittain tunnetaan neuvottomuutta
- nuorten omaisten kohtaaminen raskasta
- kielteinen palaute masentaa
- myönteinen palaute kantaa työssä
- asiallinen tietoa auttaa omaisia

8.3 HOITAJIEN OPPIMISKOKEMUKSET

- työ mielekästä ja palkitsevaa
- ajoittain raskasta
- paljon uuden oppimista
- osaamisessa puutteita
- liian vähän saattohoitokoulutusta peruskoulutuksessa
- perushoidon uudelleen opettelua
- kliinisissä taidoissa puutteita
- paljon joutunut ottamaan selvää asioista

8.4 HOITAJIEN TYÖSSÄ JAKSAMINEN

- uuden aloittamisen innostus, pettymys ja vastustus
- potilaiden sijoittelu, oikeat potilaat oikeissa paikoissa
- osastojen väliset kiistat
- työyhteisön tuki on merkittävä
- selkeät ohjeet äkillisiin tilanteisiin
- tiimityö
- yhteistyö toisten osastojen kanssa ja erikoissairaanhoidon kanssa
- työnohjaus tärkeää

8.5 TILAT JA HENKILÖSTÖ

- epäkäytännölliset ja ahtaat tilat
- puute yhden hengen huoneista
- uudet työtoverit, erilaiset työhistoriat
- yhdistelmäosasto, ei ymmärretä toisten työtä. Kaikilla ei motivaatiota saattohoitotyöhön
- lääkärin tyytymättömyys työhönsä, potilaat eivät aina oikeissa paikoissa
- eri-ikäiset hoitajat rikkaus työyhteisölle

KEHITTÄMISALUEET

9.1 TILAT

- asianmukaiset tilat saattohoidolle
- riittävästi yhdenhengen huoneita
- riittävästi seurustelutilaa omaisten ja potilaiden tapaamiseen
- paikka hoitoneuvotteluja varten

9.2 HOITAJIEN KOULUTUS

- osaamisen tasoa on kehitettävä, kliiniset taidot
- kivunhoito koulutusta lisää
- omahoitajuuden kehittäminen
- työkierto
- yhteistyön kehittäminen eri toimijoiden kanssa
- koulutusta vuorovaikutustaitojen kehittämiseen
- lisää koulutusta omaisten tukemiseen ja kohtaamiseen
- lisää saattohoitokoulutusta jo perusopintoihin
- erikoistumiskoulutusta
- työkierto erikoissairaanhoidon

9.3 HOITAJIEN TYÖSSÄ JAKSAMINEN

- työnohjaus
- verkostoituminen
- raportoinnin kehittäminen
- tiimityön kehittäminen
- omaisten illat
- vapaaehtoistyön kehittämien
- kannustava ja tukeva johtajuus organisaati-
on kaikilla tasoilla

9.4 TOIMIVA TYÖYHTEISÖ

- kaikilla hoitajilla samat arvot ja periaatteet
- yhteistyön kehittäminen
- oikea henkilöstörakenne ja mitoitus
- saattohoitovaiheessa olevat potilaat osastol-
le ja heillä saattohoitopäätös olemassa
- raportoinnin kehittäminen
- tiimityön kehittäminen, säännölliset tiimiko-
kukset
- avoin keskustelukulttuuri
- konsultointi
- oma henkilöstö ja oma osasto saattohoidol-
le
- vapaaehtoistoiminnan kehittäminen

8.1 KOKEMUSALUEET

8.1.1 Potilaan kohtaaminen

Saattohoitotyötä tehdessä ovat hoitajat joutuneet myös miettimään omia elämänarvojaan. Välillä osastolle on siirretty myös potilaita, jotka eivät sinne vielä kuuluisi. Nämä **potilaat eivät ole vielä saattohoitovaiheessa eikä** heille ole myöskään **tehty saattohoitopäätöstä**. Kaikilla potilailla **pitäisi olla saattohoitopäätös** tehty ajoissa ja tätä kautta pystytään mahdollistamaan hyvä saattohoito. Saattohoitopäätös tehdään yhdessä potilaan ja omaisten kanssa ja joskus voi olla niinkin, etteivät he ole vielä valmiita tähän päätökseen.

”Jos miettii sitä potilaiden hoitamista ja yhteistyötä niin ne kokemukset on olleet positiivisia ja opettavaisia ja saaneet aikaan sen, että on osin omiakin elämänarvoja alkanut miettiä ja puntaroida.”

”Jos ihan niin kuin tämmöiseen isoon foorumiin voisin vaikuttaa ja päättää se, että saatais saattohoitopäätökset tehtyä ajoissa ja sitä kautta hyvä saattohoito ja potilaan sekä omaisten tukeminen, se olisi semmoinen mihin minä niin kuin kiinnittäisin enemmän huomiota kuin tähän eutanasia keskusteluun.”

Saattohoidossa ei saisi olla kiirettä työtä tehdessä, vaan **potilaille pitäisi olla aikaa olla läsnä**. Hoitajan pitää osata katsoa potilaan vointia ja siinä tapahtuvia muutoksia. **Tilanne voi muuttua hyvinkin nopeasti ja tähän on pystyttävä reagoimaan**. Potilaan **kokonaisvaltainen huomioiminen** on kaiken hoidon perusta. Silloin, kun on aikaa hoitaa potilasta rauhassa, tulee hyvä mieli ja onnistumisen tunne, mutta välillä taas on kiirettä ja liian vähän aikaa läsnäoloon. Potilaat ovat hyvin herkässä vaiheessa ja he **vaistoavat aidon kuuntelemisen ja yhdessä olon**.

”Jollain lailla on liian kiireistä ollut ja liian vähän aikaa potilaille”

”Saattohoidossa ei saisi koskaan olla kiirettä”.

Osasto on erikoislääkärijohtoinen ja **potilaan kivun hoito ja kipulääkityksen tarve tulee huomioitua** paremmin kuin muilla osastoilla. Osaston oma lääkäri antaa hyvän tuen ja hyvän hoitotyön linjauksen. Lääkəriin on helppo turvautua ongelmissa, koska hän on paikalla arkipäivisin. Potilaan oirehoito ja perheyhteys tulee huomioitua myös lääkärin näkökulmasta hyvin. **Hoitoneuvottelut ovat hyvin tärkeitä** ja niitä pidetään potilaan tullessa osastolle ja myöhemmin tarpeen mukaan. Näissä neuvotteluissa potilas ja omaiset saavat tietoa sairaudesta ja sen etenemisestä sekä hoidosta. Työ osastolla on potilaslähtöistä ja **pyritään huomioimaan potilaan yksilölliset tarpeet** mahdollisuuksien mukaan. **Välillä hoitosuhteet jäävät hyvin lyhyiksi**.

”Hoitoneuvotteluja pidetään ja koen, että erityisesti tuommoisessa saattohoitoyksikössä tämä hoitoneuvottelujen tärkeys on yksi olennainen asia mihin pitää huomio keskittää ja mihin kannattaa panostaa.”

”Lääkäri osallistuu hoitotyöhön keskustellen potilaan ja omaisten kanssa tarvittaessa jopa päivittäin.”

8.1.2 Omaisten kohtaaminen

Hoitajat kokivat omaisten kanssa toimimisen **palkitsevaksi, motivoivaksi ja todella tärkeäksi**, mutta myös **opettavaiseksi**. Välillä koettiin omaisten kohtaamisessa **neuvottomuutta**, ei ole oikein tiedetty, miten tulisi toimia missäkin tilanteessa ja mitä sanoa. **Onnistumisen kokemuksia** koettiin silloin, kun oli riittävästi aikaa kohdata omaisia ja tukea heitä heidän surutyössään.

”Omaisten tukeminen on tosi tärkeä asia tämmöisessä yksikössä ja omaisetkin on niin eri vaiheessa siinä surutyössään että tarvitsevat erilaista tukea.”

” Omaisten kanssa toimiminen niin se on ollut minusta tosi palkitsevaa ja semmoista motivoivaa ja myös potilaiden kanssa.”

Omaisten kohtaaminen riippuu myös paljon omaisista. Koettiin, että toisten kanssa pystyy käymään syvällisempiä keskusteluja kuin toisten kanssa. Silloin, kun potilas tai omaiset ovat hyvin nuoria tai omanikäisiä heidän kohtaamisensa koettiin hyvin **raskaana**. Raskaissakin tilanteissa on pystytty käymään hyvä keskusteluja omaisten kanssa.

”Jokainen omainen on erilainen ja tietysti potilaskin ja se tekee tästä työstä haasteellisen, että ei voi toimia samalla lailla kaavamaisesti joka potilaan tai joka omaisen kanssa vaan täytyy totsiaan lähteä siitä potilaan ja omaisen tilanteesta.”

”Jos saattohoitopotilas on nuori tai omainen on nuori tai omanikäinen niin silloin se tuntuu raskaalta, siinä elää mukana sitä kuolevan potilaan elämää. Jos on hoidettavana sukulaisia tai tuttuja niin silloin se tuntuu tosi raskaalta.”

Omaisten tukeminen koettiin erittäin tärkeäksi saattohoitotyössä. **Omaisten kiitos ja arvostus** onnistumisesta koettiin kantavan pitkälle tässä työssä. Omaisten kohtaamisessa koettiin todella tärkeäksi se, että **osataan kuunnella** mitä heillä on sanottavaa ja kuulla todella se mitä he sanovat ja ymmärtää kuulemansa. Jokainen suree omalla tavallaan ja heitä on pyrittävä tukemaan kaikilla mahdollisilla keinoilla heidän surunsa keskellä.

”Saa voimaa tähän työhön, kun saa potilaan oloa helpotettua tai jotenkin tulee sellainen hyvä olo tai sitten, jos omaisilta tulee hyvää palautetta.”

”Jokaisella se kuoleman ja surun kohtaaminen menee omaan tahtiin. Ei siinä hypätä suoraan yhestä vaiheesta toiseen, vaan tavallaan siinä voi tapahtua tällaista edestakaisin menemistä. Tuntuu, että on asian hyväksynyt, mutta sitten onkin siinä kieltämisen vaiheessa jälleen.”

Omaiset ovat usein hyvin **hädissään** ja **epätietoisia** oman omaisensa hoitamisesta ja juuri tähän he tarvitsevat paljon tukea hoitajilta. Asiallinen tieto sairaudesta ja hoitolinjoista helpottaa heidän tuskaansa ja näin auttaa myös potilasta hänen viimevaiheen elämässä. Saattohoitoyksikön toiminta on vielä hahmottumassa sillä toiminta on kestänyt vasta vuoden.

”Omaiset ovat kovasti hädissään ja epätietoisia omaisensa hoitamisesta ja siihen tarvitaan paljon tukea ja tämä tuki ja tieto mitä he saavat tässä saattohoidon yksikössä ei välttämättä lisää tuskaa vaan on helpottava tekijä. Omaisten ja potilaan saatua asiallista suoraa tietoa hoitolinjoista niin se voi parantaa potilaan loppuelämän laatua.”

Omaisten illat koettiin hyvin **antoisiksi** ja **opettavaisiksi**, mutta niihin valmistautuminen koettiin hieman jännittäväksi. Omaisten **illasta saatu palaute auttaa taas kehittämään työtä eteenpäin**. Palaute omaisten illoissa tulee suullisesti. Palautteen saaminen auttaa myös silloin, jos hoitajakson aikana on ollut hieman epävarma olo miten on onnistuttu omaisen tukemisessa. **Kielteinen palaute** koettiin raskaana ja sillä on vaikutusta työhön jälkeensä. Pääsääntöisesti omaiset ovat olleet hyvin tyytyväisiä ja kiitollisia.

”Mehän aloitettiin omaisten iltojen pitäminen, että kun potilaan kuolemasta on kolme kuukautta niin omaiset kutustaan omaisten iltaan. Siinä käydään läpi hoitajaksoa ja sen hetkisiä tunnelmia ja mietitään, että miten tästä eteenpäin. Ne on välillä vähän niin kuin jännittäviäkin, kun etukäteen valmistaudutaan ja jos on jäänyt vähän semmoinen epävarma olo siitä, että miten ollaan onnistuttu ja miten on pystytty omaista tukemaan.”

8.1.3 Hoitajien oppimiskokemukset

Koettiin, että ammatillisesti saattohoitotyöstä saa todella paljon. Työtä tehdessä on myös huomattu miten **paljon osaamisessa on puutteita** ja silloin työ on tuntunut raskaalta. Vaikka työ on **ajoittain tuntunut raskaalta**, on se myös **mielekäästä ja palkitsevaa**. Uusia asioita on tullut hyvin paljon ja on jouduttu ottamaan asioista selvää. On tullut hätä siitä mitä kaikkea pitäisi osata ja miten nopeasti. **Oppimista on ollut hyvin paljon** ja on huomattu myös se, että miten paljon on unohdettu asioita.

”On pitänyt miettiä monta asiaa ja opetella uusia. Hätää ja tuskaa siitä mitä kaikkea pitäisi osata ja miten nopeasti.”

”Into on varmaan niin iso ja ne haaveet, tavoitteet ja toiveet, on kun pitää asiaa tärkeänä mutta sitten semmoinen työläs asiakin siinä välillä kun huomaa ne osaamisen puutteet.”

Aikaisemmassa ammatillisessa koulutuksessa koettiin olleen **liian vähän saattohoitokoulutusta**. Koska asia koettiin tärkeäksi, on ollut ehkä liiankin iso into ja haaveet, toiveet ja tavoitteet niin ettei niihin kaikkiin sitten ole päästy. Aivan **perushoidon kehittämässä on jouduttu miettimään monia** asioita ja **opettelemaan niitä uudestaan**.

”Hoitajien koulutusta kaikinensa niin kuin laajemmasta kun ajattelee niin nythän on kyllä näitä palliatiivisen hoidon erikoistumisopintoja tarjolla Suomen maassa, mutta tätä pidempää koulutusta olisi kyllä kiva jos sitä olisi useammassa oppilaitoksessa ja vaikka olisi erikoistumisopinnot, jos olisi mahdollista niin täällä Kuopiossa suorittaa.”

Haastattelussa kävi ilmi, että hoitajat odottavat mahdollisuutta päästä **tutustumaan erikoissairaanhoidonosastoille**, josta toivotaan **saatavan lisää tietoa** ja **varmuutta potilassiirtoihin** ja muihinkin potilaan hoitoon liittyviin asioihin. **Työkiertoa** toivotaan myös. Työkierron odotetaan tuovan **lisää varmuutta erilaisiin hoitotoimenpiteisiin**, joita osastolla tulee esiin melko harvoin. **Työkierrossa tulee myös tutuksi potilaan hoitoprosessi** eli mitä tapahtuu ennen kuin potilas siirtyy saattohoito-osastolle. Pohjois-Savon syöpäyhdistyksen kanssa on alkanut syöpä- ja saattohoitopotilaan hoidon ja kehittämisen projekti, jossa on mukana osaston lääkäri ja osastonhoitaja. Syöpäyhdistys on tehnyt myös tutustumiskäynnin osastolle. **Omaisten illat on koettu opettavaisiksi**, koska sieltä saadun palautteen pohjalta voidaan jatkaa kehittämistyötä.

”Yhteistyötä tuon Kysin kanssa, että sinne voisi mennä muutamaksi viikoksi työskentelemään ja oppimaan niin se olisi niinku tavallaan yksi koulutusmuoto ja se olis aika hieno juttu.”

”Pohjois-Savon alueen syöpähoitajat ry on tehnyt meille tutustumiskäynnin ja on kerrottu toiminnasta ja vähän sitä, että miten missäkin päin tämä saattohoitopotilaitten hoito on järjestetty.”

8.1.4 Hoitajien työssä jaksaminen

Tämä uuden toiminnan aloittaminen on aiheuttanut työyhteisössä monenlaista myllerrystä. Aluksi oli **uuden aloittamisen ilo ja innokkuus** kaikesta uudesta. Myöhemmin on **tullut myös vastustusta**, mutta sitten on taas innostuttu, on ollut tällaista vaihtelevuutta. **Työ** on hyvin **vaativaa** ja päivät ovat hyvin erilaisia, kuolema on jatkuvasti läsnä. Vaikka työ on raskasta, on se myös antoisaa ja rikastuttavaa.

”Into on varmaan niin iso ja ne haaveet, tavoitteet ja toiveet on, kun pitää asiaa niin tärkeänä. Ihana asia, että sitä intoa riittää, mutta toisaalta semmonen työläs asiakin, kun on päivä jolloin on palattu maan pinnalle ja saatu karski muistutus siitä, että mitkä nämä meidän mahdollisuudet on tähän työhön”.

Jatkuva **käden vääntö organisaation johdon kanssa siitä, että osastolla on tyhjiä paikkoja**, tekee työstä myös omalta osaltaan raskasta. Koska jonoja pitäisi saada purettua pois erikoissairaanhoidosta, on osastolle tarjottu myös potilaita, jotka eivät vielä ole saattohoitovaiheessa. Osa näistä potilaista olisi kyllä saattanutkin hyötyä hoidosta täällä, koska osastolla olevilla saattohoitopotilailla saattaa olla vielä menossa erikoishoitoja. Sitäkin on mietitty, että kuuluvatko nämä erikoishoidot saattohoitoon.

”Toivon, että me saahaan pidettyä omana juttunamme tämä, kun on tässä aloitettu ja saattohoito on jotenkin järjestettävä tässä sairaalassa.”

”Saataissemmonen työrauha siihen mejän työhön ja saatais keskittyä siihen pelkkään saattohoitoon”.

Koska osasto on **yhdistelmäosasto**, on koettu, että myös **osastojen välillä on ajoittain kitkaa** siitä, kun on tyhjiä paikkoja eikä aina tiedetä miten vaikeahoitaisia potilaita on hoidossa. Toisella osastolla kuvitellaan, että täällä päästään jotenkin helpommalla. **Kaikki hoitajat eivät pysty tekemään saattohoitotyötä** eikä heitä pidä laittaa väkisin tälle osastolle töihin.

”Kun seiskalta on tullu hoitaja kaveriksi, niin huomaa kaikesta ettei hän välttämättä halua tulla tänne töihin, eikä halua tehdä saattohoitoa”.

”Ymmärtääkö muut yksiköt ja osastot tätä saattohoidon ideaa”.

Työyhteisön tuki on merkittävä työssä jaksamisen apu. **Tullaan hyvin toimeen työtovereiden kanssa** ja **yhteistyö toimii** myös toisen osaston kanssa pääsääntöisesti hyvin. **Apua pystytään antamaan** puolin ja toisin sekä **tiedon kulku** on toiminut hyvin. On **selkeät ohjeet erilaisia tilanteita varten**. Työntekijät ovat tulleet useista yksiköistä ja erilaisista työpaikoista, mutta on jo **pystytty tiimiytymään** ja tekemään tätä työtä yhdessä. **Tiimipalavereita** pitäisi pystyä pitämään useammin. **Työnohjaukselle** on myös ajan järjestäminen ollut hankalaa, mutta se on kuitenkin toteutunut. **Kuopion yliopistollisen sairaalan kanssa on myös aloitettu yhteistyötä** tekemällä tutustumiskäynti niille osastoille joista suurin osa potilaista tulee saattohoitoyksikköön.

”Ollaan pystytty jo tiimiytymään ja pystytään tekemään sitä työtä todella hyvin yhdessä”.

” Siihen varmasti menee aina se ensimmäisen vuosi ennen kuin ollaan opittu niinku tuntemaan toisemme ja saatu hiottua niitä toimintatapoja ja yhistettyä kun ite kukin on tultu vähän erilaisista työyhteisöistä ja työpaikoista niin ollaan saatu sutten luotua sitä omaa hoitosysteemiä ja polkua tuonne meille”.

8.1.5 Tilat ja henkilöstö

Tilat koettiin epäkäytännöllisiksi ja ahtaiksi. Kaikille potilaille **ei ole mahdollista järjestää yhdenhengen huonetta.** Tämä koettiin hankalaksi, koska **ei voida turvata potilaalle yksityisyyttä.** Usein potilaat kaipaisivat yksityisyyttä, mutta sitä ei näissä tiloissa ole mahdollista järjestää. Aluksi hieman jännitettiin sitä, että mitenkä toiminta alkaa sujua, koska tuli aivan uusia työtovereita, mitenkä työ alkaa yhdessä sujua. Lääkäri on kokenut työssään tyytymättömyyttä juuri sen vuoksi, etteivät potilaat ole aina oikeissa paikoissa ja yritetään täyttää osastoa myös niillä potilailla jotka eivät sinne kuulu. Lääkärin tyytymättömyys heijastuu myös hoitajiin.

”Fyysinen ahtaus se on se kaikista ikävin. Työskentelytila on ahdas ja myös omaiselle ja sille potilaalle kahden hengen huone on haasteellinen. Fyysinen ahtaus on todella ikävää”.

”Toivoisi huoneiden olevan tilavampia ja yhden hengen huoneita niin omainen voisi yöpyä halutessaan omaisensa lähellä”.

Koska osasto on **yhdistelmäosasto**, sinne tulee välillä töihin myös toiselta osastolta **hoitajia**, jotka **eivät ole niin motivoituneita juuri tähän työhön.** Jos olisi oma henkilökunta vain tällä osastolla, pystyisi työtä suunnittelemaan eri tavalla. Toiselta osastolta tuleva työntekijä ei aina välttämättä huomaa kaikkia niitä asioita mitä oma henkilöstö huomaa. Jos työtoveri ei ole motivoitunut tähän työhön häneltä ei saa sitä tukea työhön mitä kaipaisi. Työntekijät ovat vähitellen alkaneet löytää toisensa ja ovat löytäneet yhteisiä tapoja tehdä tätä työtä. **Eri-laiset ja eri-ikäiset hoitajat ovat rikkaus työyhteisölle**, mutta aivan ensimmäiseksi työpaikaksi nuorelle sairaanhoitajalle tämä saattaa olla liian raskas paikka. Sillä on myös **suuri merkitys, että osastolla on oma lääkäri**, joka vastaa hoidon suunnittelusta ja häntä voi tarvittaessa konsultoida vaikeissa tilanteissa.

”Yhdistelmäosaston suhteen on aiheuttanut kitkaa, koska kaikki eivät ymmärrä tätä työtä, kun eivät tee tätä meidän työtä jatkuvasti. Heijän mielestään päästään jotenkin helpommalla”.

9. KEHITTÄMISALUEET

9.1 Hoitajien koulutus

Hoitajien osaamisen tasoa on kehitettävä edelleen. **Kliinisiä taitoja** kuten erilaisten dreenien hoitoa ja niiden kautta tapahtuvaa lääkitystä ja ravitsemusta, kipupumppujen hoitoa, trageostomian hoitoa eli yleensä kaikkeen tällaiseen erikoiseen hoitoon liittyvää koulutusta. **Omais-ten tukemisessa** tarvitaan vielä lisää koulutusta. Lisää koulutusta tarvitaan myös lääkehoidossa, kivun hoidossa, palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa. **Saattohoitokoulutusta** on saatukin, mutta sitä tarvitaan vielä lisää. Erilaisten kipumittareiden käyttöön olisi saatava koulutusta, että voitaisiin mitata miten lääke on auttanut. **Omahoitajuudessa** on vielä kehi-

tettävää paljon ja siihen tarvitaan vielä lisää koulutusta. **Työkierto** yliopistollisen sairaalan kanssa pitäisi saada toteutumaan, koska siellä pystyisi harjoittelemaan erilaisia erikoishoitoja ja saisi näin varmuutta tähän. **Yhteistyön kehittäminen** kotihoidon kanssa ja muiden osastojen kanssa niin, että ymmärrettäisiin mitä on saattohoito.

”Koulutusta kaipaisin ehkä niinkusemmosta tavallaan psykologiaa tästä omaisten kohtaamisesta ja jollain lailla omaisen rauhoittamisesta”.

”Than kivun hoidosta ja trakeostomoidun potilaan hoidosta uusinta tietoa kaipaam”.

”Osaamisen tasoa pitäisi saada kehitettyä ihan näissä kliinisissä taidoissa, käden taidoissa”.

9.2 Hoitajien työssä jaksaminen

Verkostoituminen muiden saattohoitoyksiköiden kanssa olisi hyvin tärkeää, koska sieltä voisi saada tukea ja neuvoja tarvittaessa. **Työnohjaus** on erittäin hyvä apu ja sen jatkaminen koetaan hyvin tärkeäksi työssä jaksamisen tukemisessa. **Raportoinnin kehittämiseen** pitäisi kiinnittää huomiota, koska herkästi se venyy ja vuoro ei pääse alkamaan suunnitellusti. Raporttitilanne toimii myös osaltaan työnohjaustilanteena, mutta sitten sille olisi pyrittävä järjestämään riittävästi aikaa, niin ettei ylitöitä pääsisi kertymään jatkuvasti. **Omaisten iltojen** pitoa jatketaan, koska sieltä saatava palaute auttaa kehittämään tätä työtä edelleen ja sitä kautta myös työhyvinvointi parantuu. **Vapaaehtoistyö** pitäisi saada toimimaan niin, että heitä olisi riittävästi ja saisi aina kutsuttaessa paikalle. Vapaaehtoistyöntekijä olisi levottomalla ja ahdistuneella potilaalla vierellä ja näin vapautuisi hoitajan aikaa varsinaiseen hoitotyöhön. Vapaaehtoiset voisivat järjestää myös potilaille pientä viriketoimintaa. Pitäisi saada muut osastot ja organisaation johto ymmärtämään mitä tämä työ on ja sitä kautta saataisiin työrauha ja tätä työtä tekevien hoitajien arvotusta myös lisääntyisi.

”Työnohjauksessa on opittu purkamaan mieltä askarruttavia asioita ja käymään keskustelua siitä millä tavalla asiat sujuvat, minkälaisia ongelmia on osastolla ja miten voitaisiin työtä kehittää”.

”Tiimityö lisää voimavaroja. Toimivassa tiimissä vuorovaikutussuhteet toimivat. Työkaveri on tärkeässä roolissa”.

9.3 Toimiva työyhteisö

Osasto on yhdistelmäosasto, jossa myös osasto seitsemän henkilökunta joutuu tekemään saattohoitotyötä, niin **henkilöstö pitäisi saada puhaltamaan yhteen hiileen** niin, että kaikilla olisi valmiudet tehdä saattohoitotyötä. Kaikilla hoitajilla pitäisi olla **samat arvot ja periaatteet**, joiden mukaan tätä työtä tehdään ja näin saataisiin työyhteisöön parempaa yhteishenkeä. **Henkilöstörakennetta** pitäisi myös muuttaa niin, että sairaanhoitajia olisi enemmän. Sairaanhoitajia tarvitaan, koska hoidot käyvät entistä vaativimmiksi ja sen vuoksi

myös osaamisen tulee olla laaja-alaisempaa. **Henkilöstömitoitus** on myös liian pieni, lomat ja ylimääräiset vapaapäivät sekä koulutukset aiheuttavat ongelmia työvuorojen suunnittelussa. Saattohoidossa on oma ydintiimi, mutta sen mitoitus ei ole kuitenkaan riittävä. Osastolta toiselle siirtyminen yksittäisiin työvuoroihin tuo työhön epävarmuutta, lisää stressiä työntekijälle ja aiheuttaa myös epävarmuutta potilaalle, koska hoitaja muuttuu usein.

”Sairaanhoitajien määrää pitäisi saada lisättyä ja kaikkienensa hoitajien määrää olisi lisättävä”.

”Omahoitajuus on äärettömän tärkeää saattohoitotyössä, mutta myös tiimin tuki”.

”Saataisiin tiedon kulku toimivaksi. Tullaan hyvin toimeen työkavereiden kanssa ja yhteistyö toimii toisen osaston kanssa, koska joutuvat myös työskentelemään saattohoito-osastolla. Selkeät ohjeet erilaisia tilanteita varten”.

”Hoitotyötä pystyttäisi paremmin kehittämään, kun olisi oma henkilöstönsä osastolla”.

Osastolle tulevien potilaiden pitäisi olla saattohoitovaiheessa, eikä sinne sijoitettaisi potilaita sillä perusteella, että siellä on tyhjiä paikkoja ja erikoissairaanhoidon jonotilanne on menossa sakkomaksuille. Hoitajien **raportointia** tulisi myös kehittää niin, että se olisi napakka eikä venyisi turhaan keskusteluun. Raporttitilanne toimii hoitajille eräänlaisena työnohjauksena, mutta silti se ei saisi venyä turhaan jolloin hoitotyön tekeminen viivästyy.

”Kaikilla osastolle tulevilla potilailla pitäisi olla tehtynä jo saattohoitopäätökset”.

Tiimityössä on myös kehitettävää. Pitäisi pystyä järjestämään aikaa **säännöllisille tiimikokouksille** joissa voitaisiin pohtia yhteisiä tavoitteita ja arvioida omaa sekä osaston toimintaa rehellisesti. Tiimissä **voidaan keskustella avoimesti ongelmista** ja antaa tukea toinen toisellemme vaikeissa asioissa. Koska tämän osaston toiminta on vielä alkuvaiheessa, ei pidä lähteä asettamaan liian kunnianhimoisia tavoitteita, vaan **pienillä askelilla kohti tulevaisuutta**. Jos suunnitelmat ovat liian suuret se tuo turhia pettymyksiä ja laskee motivaatiota. Yhteistyössä Yliopistollisen keskussairaalan ja Harjulan muiden osastojen sekä kotihoidon kanssa on vielä kehitettävää. **Enemmän konsultointia** puolin ja toisin niin, että kaikki oppisivat ymmärtämään toistensa työtä ja arvostamaan sitä. Ei saisi olla tunnetta, ettei meidän työtä arvosteta ja, että pääsemme helpommalla, kun on niin pieni osasto. Kaupungin taholta tulee jatkuvasta säästöpainesta, mutta **henkilökunta kaipaa työrauhaa**, jossakinhan sairaut ja kuolevat on hoidettava ja heille on annettava se arvostus joka heille kuuluu, vaikka taloudellinen tilanne onkin huono.

Vapaaehtoistoiminnassa on vielä paljon kehitettävää. Vapaaehtoiset voisivat tulla potilaan vierellä silloin, kun hän on hyvin ahdistunut, pelokas ja levoton. **Pelkkä läsnäolo auttaa** usein tällaisissa tilanteissa. Vapaaehtoiset eivät osallistu mihinkään hoitotoimiin, mutta läsnä-

olollaan he vapauttaisivat hoitajien aikaan varsinaiseen hoitotyöhön. Vapaaehtoiset voisivat myös järjestää viriketoimintaa niille potilaille, jotka vielä jaksavat siihen osallistua.

9.4 Tilat

Tilat on koettu **hyvin ahtaaksi ja epäkäytännöllisiksi**. Lisäksi ne sijaitsivat pohjakerroksessa. **Varastotilan puute** on koettu myös suureksi ongelmaksi. Varastotilojen puute aiheuttaa ongelmia aivan jokapäiväisessä työssä, koska myös kylpyhuone toimii väliaikaisena varastotilan silloin, kun se ei ole muussa käytössä. Myöskään **yhden hengen huoneita ei ole riittävästi**. Seurustelutila on koettu liian ahtaaksi. **Osasto on puitteiltaan viihtyisä ja kauniisti kalustettu**, siellä huokuu rauha, jota varmasti kaipaavat niin potilaat kuin omaisetkin.

”Ahtaat tilat aiheuttavat ongelmia, suihkuun menokin on työlästä, koska joudutaan siirtämään sänkyjä kahden hengen huoneessa, että saadaan potilas suihkutasolle. Suihkuhuone on ensin tyhjennettävä sinne varastoidusta tavarasta”.

”Toivoisi, että huoneet olisivat yhden hengen huoneita. Potilaille ja omaiselle ei ole sitä omaa rauhaa”.

10. POHDINTA

Omaisten kohtaaminen koettiin tärkeäksi ja motivoivaksi. Se oli myös palkitsevaa, vaikka ajoittain tunnettiin neuvottomuutta varsinkin omanikäisten ja nuorempien omaisten kohtaamisessa. Onnistumisen kokemuksia tuli silloin, kun oli riittävästi aikaa omaisten kohtaamiseen ja onnistuttiin tukemaan heitä heidän surutyössään. Omaisen kohtaamisen onnistuminen koettiin riippuvaiseksi siitä millaisia omaiset olivat, miten he reagoivat tietoon potilaan sairaudesta ja lähestyvistä kuolemasta. Toisten omaisten kanssa pystyttiin syvällisempiin keskusteluihin kuin toisten. Silloin, kun omaiset olivat hyvin hädissään, tuli tunteita ettei tiennyt mitä olisi sanonut.

Nuorten potilaiden, ja heidän omaistensa kohdalla keskustelut koettiin hyvin raskaiksi. Omaisilta saatu kielteinen palaute oli raskasta ja se masensi, kun taas positiivinen palaute auttoi jaksamaan työssä ja antoi voimia. Raatikainen, Miettinen, Karppi (2001) kuvasivat tutkimuksessaan mitä huonoa ja mitä hyvää kuolevan potilaan hoitotyössä oli omaisten arvioimana. Tässäkin tutkimuksessa omaiset kuvasivat potilaan hyvänä olona turvallisuuden tunteen ja tyytyväisyyden omaan hoitoonsa. Hyvää hoitoa oli perustarpeista huolehtiminen, kuuntelu, keskustelu, empaattinen ja luottamuksellinen hoitosuhde, omaisten saama tieto sekä potilaan oman tahdon ja ihmisarvon kunnioittaminen. Huonoa hoitoa taas oli omaisten mielestä turvottomuus, perustarpeiden tyydyttämättömyys, persoonaton kohtelu, omaisten riittämätön tiedonsaanti, rutiininomainen työskentely, henkilökunnan välinpitämätön asennoituminen ja riittämättömät taidot tehdä hoitotyötä.

Sandin tutkimuksessa (1995) tuli esiin, että potilaat odottavat hoitajien arvostavan omaisia. American Journal of Critical Care julkaisi artikkelin tutkimuksesta jossa selvitettiin hoitajien viestintää saattohoitopotilaiden ja heidän omaistensa kanssa. Yleisimmäksi esteeksi tutkimuksessa tuli potilaan ja omaisten haluttomuus hyväksyä ennustetta kuolemasta. Hoitajilla oli myös halu pitää toivoa yllä potilaalle ja hänen perheelleen. Journal of Clinical Nursing julkaisi artikkelin tutkimuksesta joka oli tehty omaisille heidän kokemuksistaan kuoleman aikaan ja heti kuoleman jälkeen. Tässä tutkimuksessa hoitotyön laatua pidettiin hyvänä ja hoito perustui potilaan yksilöllisiin tarpeisiin ja se oli turvallista. Suhteet potilaaseen ja omaisiin olivat hyvät, mutta tieto ja viestintä kuvattiin epäsystemaattiseksi. Johtopäätöksenä tutkimuksessa oli, että hoitajien ja omaisten välistä viestintää on kehitettävä.

Mikkosen tutkimuksessa (2007) kuvattiin saattohoidon laatua omaisten arvioimana Terhokodissa. Tässä tutkimuksessa tuli esille, että hyvässä saattohoidossa kunnioitetaan potilaan toiveita, hänen oireita lievitetään, häntä valmistellaan lähestyvään kuolemaan ja omaisia tuetaan luopumisessa. Saattohoitopäätöksestä on keskusteltava potilaan ja omaisten kanssa. Tutkimuksessa tuli esille, että erikoissairaanhoidossa ei keskusteltu riittävästi omaisten kanssa ja potilaille oli mielikuvia kotiin pääsystä. Omaisilla oli kokemus, että hoitajilla oli liian kiire eikä heillä ollut riittävästi aikaa olla potilaan lähellä. Näissä aikaisemmissa tutkimuksissa ovat tulokset olleet samansuuntaiset kuin tässä nyt tehdyssä haastattelututkimuksessa.

Hoitajat kokivat tilat ahtaiksi ja epäkäytännöllisiksi. Varastotiloja on liian vähän ja sen vuoksi myös kylpyhuone on ajoittain apuvälineiden varastointipaikkana. Tämä taas aiheuttaa hoitajille ylimääräistä työtä ja järjestelyjä silloin, kun potilas on vietävä pesutasolla suihkuun. Yhden hengen huoneita ei myöskään ole riittävästi, vaan potilaat joutuvat joskus kuolemaan isossa huoneessa. Tilakysymys on aiheuttanut potilaille ja omaisille ahdistusta, koska ei aina pystytä järjestämään yksityistä tilaa potilaan ja omaisten yksityisille keskusteluille. Isossa huoneessa myöskään omaisen osallistuminen potilaan hoitoon ei ole mahdollista. Aivan loppuvaiheessa oleville potilaille on pyritty järjestämään oma huone, jossa omaiset voivat olla paikalla loppuun saakka, mutta kuolevan siirtäminen huoneesta toiseen ei ole inhimillistä. Potilaan viimevaiheet pitäisi voida rauhoittaa ja antaa omaisille mahdollisuus hyvästellä läheisensä rauhassa.

Hoitajille on aiheuttanut ahdistusta, kun aina ei ole onnistuttu huonejärjestelyissä, vaan potilas on kuollut isossa huoneessa, vaikkakin omaiset ovat olleet läsnä. Sandin tutkimuksessa (1995) jossa selvitettiin parantumattomasti sairaan potilaan hoito-odotuksia ja elämänodotuksia saattohoitovaiheen aikana tuli esille, että omaiset kokevat vierailut hyvin rasittavina, jos potilas on isossa huoneessa eikä ole mahdollisuutta rauhallisiin keskusteluihin. Omaisten hoitoon osallistuminen rajoittuu myös, jos on iso potilashuone. Omaisten käynteihin pitäisi varautua järjestämällä heille rauhalliset tilat tapaamisiin, että he voisivat keskustella läheisensä kanssa kaikista heille tärkeistä asioista. Tilojen tulisi olla myös kauniisti sisustetut, sillä ympäristön kauneudella on kuolevalle rauhoittava vaikutus. Saadut tulokset ovat yhteneväisiä Sandin tutkimuk-

sen kanssa. Harjulan sairaalan osasto on pystytty tekemään viihtyisäksi sisustuksella vaikkakin on epäkäytännöllinen ja osasto on rauhallinen, koska on pieni osasto.

Potilaan kohtaaminen. Hoitajat kokivat, että heillä oli liian vähän aikaa potilaalle. Kiire aiheutti sen, ettei potilaan kanssa jäänyt aikaa rauhalliseen keskusteluun ja yhdessä oloon. Potilaat eivät myöskään aina olleet oikeissa hoitopaikoissa, kaikilla ei ollut tehtynä saattohoitopäätöstä heidän tullessa osastolle. Potilas saattoi kokea järkytyksen siirtyessään saattohoito-osastolle, koska hänen kanssaan ei ollut keskusteltu asiasta riittävästi erikoissairaanhoidossa. Hoitoneuvottelut koettiin hyvin tärkeiksi potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan kanssa. Hoitosuhteet jäivät välillä lyhyiksi, ja se aiheutti hoitajille tunteet, etteivät kerinneet paneutua riittävästi potilaan asioihin eivätkä olla omaisten tukena. Potilaan yksilöllisiä tarpeita ei myöskään huomioitu riittävästi.

Mikkosen tutkimuksessa (2003) tuli esille, että saattohoidossa tulisi olla kiireetön ilmapiiri. Ilmapiiri ei ole kuitenkaan sidoksissa henkilökunnan määrään. Aika ei ole este potilaan kanssa yhdessä oloon, pienetkin hetket sisältävät läsnäoloa. Sundströmin ja Toivasen tutkimuksessa (1998) tuli esille, että läsnäolemiseen kuuluu tutustuminen kuolevan elämäntilanteeseen ja myös omaiset otetaan huomioon. Tutkimuksessa tuli esille, että konkreettinen tekeminen helpottaa potilaan lähestymisessä. Tällaiset tilanteet koettiin luontevina ja aitoina lähestyttäessä potilasta. Potilaan voinnissa tapahtuu välillä hyvin nopeasti muutoksia joihin pitää pystyä reagoimaan. Jos ei ole riittävästi ehtinyt keskustella potilaan kanssa ja paneutua hänen asioihinsa nämä tilanteet saattavat tulla yllätyksenä ja aiheuttavat jälkeensä ahdistusta. Sandin tutkimuksessa tuli esille, että potilaat kokevat omahoitajalla olevan viimeisen tiedon heidän sairaudestaan. Potilaat pitävät tärkeänä, että he tietävät kuka on heidän omahoitajansa ja tietävät milloin hän on paikalla, jos heille tulee jotakin yllättävää. Tutkimuksessa tuli myös esille, että hoitajalla pitäisi olla aikaa olla heidän luonaan. Hoitajien pitäisi myös uskaltaa tulla lähelle ja koskettaa heitä. Sandin väitöskirjassa (2003) tuli esille, että saattohoidon tulisi olla yksilölliset tarpeet huomioon ottavaa ja perhekeskeistä. Hoidon lähtökohtana on fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja hengellisten tarpeiden huomioiminen ja hoitaminen. Nyt saadut tulokset ovat samansuuntaiset kuin aikaisemmissakin tutkimuksissa.

Hoitajien osaaminen. Hoitajat kokivat työnsä mielekkääksi ja palkitsevaksi, mutta myös ajoittain raskaaksi. Hoitajat kokivat saattohoito-osaamisensa puutteelliseksi ja tämän vuoksi työ tuntui ajoittain raskaalta. Uuden oppimista on ollut paljon ja on joutunut ottamaan itse asioista selvää. Hoitajilla on ollut liian vähän saattohoitokoulutusta ammatillisessa koulutuksessa. Työnantajan on järjestänyt saattohoitokoulutusta, mutta edelleen koettiin olevan koulutusta liian vähän. Hoitajia on tullut hyvin erilaisista työpaikoista ja sen vuoksi on jouduttu opettelemaan aivan perushoidon asioitakin uudestaan. Hoitajat kokivat puutteita kliinisissä käden taidoissa kuten erilaisten laitteiden käytössä. Lääkehoidossa ja ravitsemuksen hoidossa käytetään erilaisia annostelijoita, jotka ovat osalle hoitajista tuntemattomia ennestään.

Mikkonen (2007) tutki hoidon laatua Terhokodissa. Tässä tutkimuksessa tuli esille, että hyvän saattohoidon edellytys on hoitajien osaaminen. Osaamisen on oltava ammattitaitoista, turvallista ja kollegiaalista. Hyvän potilaslähtöisen saattohoidon edellytys on, että hoitaja oppii tuntemaan potilaan ja hänen omaisensa ja tunnistamaan heidän tarpeensa jo hoitoprosessin alussa. Hyvän ammattitaidon edellytyksenä on tekninen ja tiedollinen osaaminen, hyvät vuorovaikutustaidot ja taito tiedottaa asioista. Hoitajalla on myös oltava taito kuunnella potilasta ja omaisia. Mäkeläisen ja Mäkeläisen tutkimuksessa (1999) tuli esille, että hoitajien iällä ja työkokemuksella on asiantuntijuuteen sekä myönteinen että kielteinen vaikutus. Ikä ja työkokemus lisäävät hoitotaitoja ja kykyä käyttää tietoa hoitotyössä. Intuitiiviset taidot lisääntyvät myös iän myötä ja hoitajat pystyivät ennakoimaan yllättäviä, potilaan voinnissa tapahtuvia muutoksia paremmin, sekä toimimaan niissä järkevästi. Royal Liverpoolin sairaalassa kehitetty hoitomalli, Liverpool carepathway ohjaa hoitajia toteuttamaan paremmin kuolevan potilaan hoitotyötä heidän viimeisinä päivinä. Mallissa huomioidaan myös omaiset. Suomessa saattohoitosuosituksen antavat ohjeistusta hoitotyöhön.

Hyvä kivun hoito koettiin hyvin tärkeäksi tässäkin tutkimuksessa. Kipua on osattava arvioida, mitata ja hoitaa. Erilaisten kipumittareiden käytössä on vielä puutteita. Paljon kuolevia potilaita hoitaneet hoitajat pystyivät paremmin ottamaan huomioon myös omaiset ja heidän tarpeensa, koska heillä oli paremmat vuorovaikutustaidot. Sundströmin ja Toivasen tutkimuksessa (1998) tuli esille, että elämäkokemus ja työkokemus antavat rohkeutta ja varmuutta kohdata vaikeita tilanteita. Toisaalta pitkä työkokemus voi aiheuttaa hoitajissa turtumista jolloin he käyvät välinpitämättömiksi suhtautumisessaan työhönsä. Hautala, Fält, Hinkka, Lammi, Kellokumpu-Lehtinen ja Kosunen tekivät (2003) tutkimuksen, joka oli suunnattu Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin terveyskeskusten lääkäreille. Siinä tutkittiin syöpäpotilaiden saattohoitoa perusterveydenhuollossa. Lääkärit tunsivat tarvitsevansa lisäkoulutusta saattohoidosta ja terveyskeskuksissa on kiinnitettävä huomiota saattohoidon organisointiin lisäämällä moniammatillista tiimityötä. Työnohjausta on myös lisättävä tukemaan työssä jaksamista. Yhteistyön kehittäminen erikoissairaanhoidon kanssa nähtiin myös tärkeäksi. Nyt saadut tulokset ovat yhteneväisiä aikaisempien tutkimustulosten kanssa.

Hoitajien työssä jaksaminen. Osasto on ollut vasta vähän aikaa toiminnassa ja kaiken uuden aloittaminen on tuonut monenlaisia tunteita. On innostuttu asiasta, mutta on myös ollut vastustusta ja pettymyksiä. Potilaiden sijoittelussa on ollut ristiriitoja, koska kaikilla ei ole ollut saattohoitopäätöstä tehtynä eivät ole aina olleet saattohoitovaiheessa tullessaan osastolle. Yhdistelmäosasto on tuonut myös omia ongelmiaan. Toisen osaston työntekijät eivät ole aina ymmärtäneet työn luonnetta ja on tullut tunne, että he ajattelevat toisten pääsevän helpommin, koska on pienempi potilaspaikkamäärä. Kaikilla hoitajilla ei myöskään ole valmiuksia saattohoitoon, vaikka joutuvat tulemaan osastolle työhön. Omassa yksikössä työyhteisön tuki on koettu merkittäväksi avuksi työssä jaksamiseen. Tiedon kulku on myös koettu hyväksi ja on selkeät ohjeet äkillisiä tilanteita varten.

Koska hoitajilla on erilainen työhistoria, on se ollut rikkaus, mutta myös ajoittain aiheuttanut ristiriitoja. Tiimityminen on kuitenkin koettu olevan hyvässä vaiheessa. Tiimipalaverien pitäminen on ollut hankalaa järjestää ja se on koettu ongelmana. Työnohjausta on ollut säännöllistä ja siihen on ollut kaikilla hoitajilla mahdollisuus osallistua. Työnohjauksessa on voitu keskustella kipeistäkin asioista. Myös yhteistyötä toisten osastojen ja erikoissairaanhoidon kanssa on käynnistetty ja siitä on saatu jo hyviä kokemuksia. Työkierto erikoissairaanhoidon on suunnitella. Molanderin tutkimuksessa (1999) tuli esille, että hoitajat eivät saaneet riittävästi arvostusta ja tukea omalta esimieheltään, mutta keskustelut saman koulutuksen saaneen työtoverin kanssa auttoivat työssä jaksamiseen. Säännöllisillä virkistyspäivillä oli myös myönteinen vaikutus työssä jaksamiseen. Hyvä perehdytys uudelle työntekijälle auttaa jaksamaan työssä, koska hyvin perehdytetty työntekijä voi tuoda myös uusia ideoita työhön ja näin kehittää työtä. Työkierrolla voidaan tukea jaksamista ja on myös mahdollisuus vahvistaa omaa osaamistaan niissä asioissa missä kokee olevansa epävarma. Sundströmin ja Toivasen (1998) tutkimuksessa tuli esille, että työryhmän tuki, työnohjaus ja jatkuva koulutus auttavat ammatissa kehittymisessä ja näin myös työssä jaksamisessa. Avoimessa työyhteisössä pystytään keskustelemaan omista kokemuksista ja kuuntelemaan toisten mielipiteitä ja tunteita. Epäonnistumisia pystytään myös käsittelemään ja oppimaan näistä. Työnohjauksessa voidaan jakaa omia kokemuksia ja lisätä näin itsetuntemusta. Yhteisten kokemusten jakamisen lisäksi kollegiaalisuutta ja vahvistaa ammatillista kasvua.

Tilat ovat epäkäytännölliset ja ahtaat. Osaston tiloja olisi syytä suunnitella vielä uudestaan, mikä olisi kaikkein toimivin ratkaisu tämän osaston toiminnalle. Saattohoidolle pitäisi järjestää aivan oma osastonsa ja oma henkilökuntansa, koska työ on hyvin vaativaa ja vaatii erikoisosaimista juuri tähän alueeseen. Kun saattohoidolla olisi oma osasto ja oma henkilökunta, voisi myös henkilöstömitoituksen ja henkilöstörakenteen tarkastella uudestaan. Kaikki hoitajat eivät pysty tätä työtä tekemään vaan siihen on oltava erityinen kutsumus. Hoitajat tarvitsevat lisäkoulutusta saattohoitoon ja kliiniseen hoitotyöhön. Omahoitajuutta ja tiimityötä on kehitettävä edelleen. Työkierto erikoissairaanhoidon osastoilla antaa varmuutta omaan osaamiseen. Työssä jaksamista on tuettava työnohjauksella ja verkostoitumisella. Hoitajien työn arvostukseen on kiinnitettävä huomiota esimiesten taholta. Omaisten iltoja jatketaan, koska niistä saatava palaute auttaa kehittämistyössä. Vapaaehtoistyö on vielä lapsenkengissä ja sen kehittämiseen on panostettava. Vapaaehtoistyöllä on merkitystä myös hoitajien työssä jaksamiseen. Vapaaehtoisia voidaan pyytää potilaan vierelle silloin, kun potilas pelkää olla yksin eikä hoitajilla ole mahdollisuutta olla jatkuvasti läsnä. Potilaiden oikeaan sijoitteluun on myös kiinnitettävä huomiota, osastolle tulevat potilaat saattohoitopotilaita ja heillä myös saattohoitopäätös.

Tästä tutkimustyöstä saatuja tuloksia pyritään hyödyntämään saattohoidon ja saattohoito-osaston kehittämistyössä. Jatkotutkimushaasteena voisi tutkia saattohoito-osaston sairaanhoitajien työssä jaksamista ja työhyvinvointia, sekä johtamisen vaikutusta sairaanhoitajien työssä jaksamiseen. Vuoden kuluttua olisi syytä tehdä sairaanhoitajille uusi kysely miten he silloin kokevat työnsä kehityksen. Onko tapahtunut muutoksia heidän haluamaansa suuntaan, koska nyt organisaatiossa on hyvin paljon muutoksia joilla on myös vaikutuksia saattohoito-osaston

toimintaan. Omaisille on lähetetty omaisten muistoiltojen kutsun yhteydessä palautelomake jossa he ovat voineet arvioida hoitoa osastolla. Tätä toimintaa jatketaan edelleen. Työnantajalle saadut tulokset antavat haasteen osaston virkapohjan kehittämiseksi niin, että sairaanhoitajien määrää lisätään, koska jo lääkehoito vaatii sairaanhoitajatasoista henkilökuntaa. Koulutukselle saadut tulokset antavat haasteen kehittää saattohoitokoulutusta Kuopioon, koska nyt on tämä oma yksikkö ja siihen tarvitaan juuri tähän työhön perehtynyttä henkilökuntaa. Koska saattohoitoa ollaan kehittämässä valtakunnallisesti, halukkaita varmasti koulutukseen olisi tämän alueen muistakin kunnista.

LÄHTEET

Alasuutari, P. 1995. Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino

Anttonen, M.S. 2008. Saattohoidon laatu on mahdoton määritelmä. Sairaanhoidaja 81 (9)

Anttonen, M. S. 2008. Teoksessa Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. 2008. Toim. Grönlund, E., Anttonen, M. S., Lehtomäki, S., Agge, E. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki.

Banner, C. 2009. Understanding the needs and experiences of families. End-of-life care in two Norwegian nursing homes: family perceptions. Journal of Clinical Nursing 20.

Clark, J., Marshall, B., Sheward, K., Allan, S. 2012. Staff perceptions of the impact of the Liverpool Care Pathway in aged residential care in New Zealand. International Journal of Palliative Nursing 18 (4)

Eho, S., Hänninen, J., Kannel, V., Pahlman, I., Halila, R. 2003. Saattohoito-Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE. Helsinki

Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989. www.Finlex.fi

Estlander, A-M., Hamunen, K., Kalso, E., Maunuksela, E-L., Vainio, A. 2004. Kipu. Toim. Kalso, E., Vainio, A. Duodecim Helsinki

Euroopan Neuvoston ihmisoikeussopimus (63/1999). www.Finlex.fi

Gambles, M., Stirzake, S., Jack, B., Ellershaw, J. 2006. The Liverpool care pathway in hospice: An exploratory study of doctor and nurse perceptions. International of Palliative nursing 12 (9).

Grönlund, E., Anttonen, M.S., Lehtomäki, S., Agge, E. 2008. Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Toimitettu teos. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki.

Grönlund, E., Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Edita Prima. Helsinki.

Hamunen, K. 2012. Palliatiivinen sedaatio. Finnest 45 (5)

Harjulan sairaalan saattohoidon tukiyksikkö ja osasto seitsemän toimintasuunnitelma 2012

- Harjulehto, S. 2012. Dementoituneen vanhuksen hyvä kuolema. Teoksessa Sairaanhoitajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja 2012. Toim. Matikainen, A., Hahtela, N., Suutarla, A. 2012. Suomen Sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki.
- Hautala, K., Fält, A., Hinkka, H., Lammi, U-K., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Kosunen, E. 2008. Syöpäpotilaiden saattohoito perusterveydenhuollossa. Terveystieteiden tutkimus. Suomen lääkäri-lehti 63 (27-31)
- Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito. Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Helsinki: WSOY.
- Herlevi, H., Oikemus-Määttä, J., Rissanen, L., Heikka, H. 2011. Elämän loppuvaiheen hyvä hoito. Sairaanhoitaja 84 (11), 23-25.
- Hewison, A., Badger, F., Swani, T. 2011. Leading end-of-life care: An action learning set approach in nursing homes. International Journal of Palliative Nursing 2011. 17 (3)
- Hilden, H-M., Louhiala, P., Honkasalo, M-L. 2007. Potilaan itsemääräämisoikeus ja vaikeat päätökset elämän loppuvaiheessa. Lääkärit kuvaavat roolinsa vahvaksi tukiessaan potilasta. Suomen lääkäri-lehti 62 (35)
- Hirsijärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi
- Hänninen, J. 2003. Saattohoito. Saattohoitopotilaan oireiden hoito. Helsinki: Oy Duodecim.
- Hänninen, J. 2006. Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Toim. Hänninen J. Helsinki: Duodecim
- Hänninen, J. 2008. Saattohoito organisoitava Suomessakin. Suomen Lääkäri-lehti 63 (51-52).
- Jack, BA., Gambles, M., Murphy, D., Ellershaw, JE. 2003. Nurses` perceptions of the Liverpool care pathway for the dying patient in the acute hospital setting. International Journal of Palliative Nursing 9 (9).
- Juuti, P., Vuorela, A. 2002. Johtaminen ja työyhteisön hyvinvointi. PS-kustannut. Jyväskylä.
- Kangasmäki, E. 2008. Eettinen johtajuus tukee sairaanhoitajan työhyvinvointia ja jaksamista. Sairaanhoitaja 81 (10).
- Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. SanomaPro Oy. Helsinki.

Kansanterveyslaki 66/1972. www.Finlex.fi

Karinakoti esite, Lounais-Suomen syöpäyhdistys

<http://Issy.fi/potilaille-laheisille/palliatiivinen-ja-saattohoito/karinakoti>

Karjala-koti esite 2013. Carelia Care Oy 2010.

posti@careliacare.fi

Koivikko-koti esite 2013. Koivikkosäätiö.

<http://www.koivikko-koti.fi/peges/Saattohoito/5049>

Kotisaari, M-L., Kukkola, S. 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. Fioca Oy. Helsinki.

Kylmä, J., Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki

Käypähoitosuositus 28.11.2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. www.kaypahoito.fi

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. www.Finlex.fi

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559. www.Finlex.fi

Leino-Kilpi, H., Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä 2003. Helsinki: WSOY

Leo, D., Beccaro, M., Finelli, S., Borreani, C., Lonstantini, M. 2011. Exepectations about and impact of the Liverpool Care Pathway for the dying patient in an Italian hospital. *Palliative Medicine* 25 (4).

Lipponen, V. 2008. Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä. Kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhde dialogisen filosofian näkökulmasta tarkasteltuna. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Mikkonen, M. 2007. Saattohoidon laatu Terhokodissa omaisten arvioimana. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Molander, G. 1999. Työnä kuolemaan hoitaminen. Mistä voimavarat? Suomen mielenterveysseura SMS-Julkaisut. Helsinki

Mäkeläinen, P., Mäkeläinen, V. 1999. Asiantuntijuus kuolevan potilaan hoidossa sairaanhoitajien määrittelemänä. Pro gradu-tutkielma. Terveystieteiden koulutusohjelma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Oransky, I. 2005. Dame Cicely Mary Strobe Saunders. *Lancet* 2005. Vol.366.

Paunonen, M., Vehviläinen-Julkunen K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY

Pirkanmaan hoitokoti esite 2013. Syöpäpotilaiden hoitokotisäätiö.
<http://www.pirkanmaanhoitokoti.fi/hoitokoti.html>

Puha, E. 2013. Hoivan ja hoidon lähijohtajien ja henkilöstön arviointeja johtamisosaamisesta. Pro gradu –tutkielma. Hoitotiede. Johtaminen. Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta, hoitotieteen laitos.

Pöyry, M., Taskinen, T. 1990. Pohjois-Suomen saattohoitoprojektissa mukana olevan henkilökunnan saattohoitoidelogian toteutuminen henkilökunnan ajattelussa ja hoitokäytännöissä. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto, hoitotieteen laitos.

Raatikainen, R., Karppi, P., Miettinen, T. 2001. Omaisten arviointia kuolevan potilaan hoidosta. Hoitotiede 13 (1).

Saattohoito. Opas työntekijöille. "Silta toiselle rannalle"- saattohoidon asiantuntijaverkoston hanke. 2011-2012.

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M., Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. WSOY. Helsinki.

Sand, H. 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.

Sand, H. 1995. Tulen ja veden välissä. Parantumattomasti sairaan potilaan hoito-odotuksia ja elämänodotuksia saattohoitovaiheen aikana. Pro gradu-tutkielma. Terveystieteiden opettajan koulutusohjelma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.

Sankelo, M. 2012. Saattohoidon laatu ja haasteet kehittämiselle. AMK-lehti. Journal of Finnish Universities of Applied Sciences. 4

Schmitt, F. 2008. Teoksessa Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Toim. Grönlund, E., Anttonen, M. S., Lehtomäki, S., Agge, E. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki.

Schulman-Green, D., McCorkle, R., Cherlin, E., Johnson-Hurzeler, R., Bradkey, E. 2005. Nurses communication of prognosis and implications for hospice referral: A Study of nurses caring for terminally ill hospitalized patients. American Journal Of Critical Care 14 (1)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010-2020. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriö 2010:6.

Sundström, A., Toivanen, M-L. 1998. Hoitajien läsnäolon kuvauksia saattohoitokodissa. Pro gradu – tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Suomen perustuslaki 731/1999. www.om.fi/perustuslaki/

Suurla. L. 1986. Hospice ei ole rakennus, vaan näkemys. Teoksessa Saattohoito. Lähimmäisenä kuolevalle. Toim. Aalto, K. Juva WSOY.

Tasmuth, T., Poukka, P., Pöyhä, R. 2012. Milloin saattohoito alkaa? Finnanest 45 (5)

Terhokodin esite 2013. Terho-säätiö.

<http://www.terhi.fi>

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. Helsinki

Tyynelä-Korhonen, K., Länsimies-Antikainen, H. 2012. Saattohoidon kehittäminen Pohjois-Savon alueella. Palliatiivinen hoito. Suomen Palliatiivisen hoidon yhdistys. Suomen Palliatiivisen lääketieteen yhdistys. 35.

Valtakunnallinen eettinen neuvottelukunta (ETENE). 2002. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Vierula, H. 2011. Saattohoito vaatii lääkäriltä asennemuutoksen. Suomen Lääkärilehti 66 (9)

Vuorinen, E., Hänninen, J. 2010. Saattohoito eurooppalaiselle tasolle myös Suomessa. Suomen Lääkärilehti 65 (18).

Vuorinen, E., Järvimäki, V. 2012. Terveyskeskus, sairaala vai koti – miten saattohoito tulisi järjestää Suomessa? Finnanest 45 (5).

1 2

7. Kerättävien tietojen käyttötarkoitus (tutkimuksen tarkoitus tiiviisti ilmaistuna, enintään 1500 merkkiä)
Tutkimuksella haetaan sairaanhoitajien kokemuksia työskentelystä saattohoitoyksikössä ja siitä miten sairaanhoitajat kehittäisivät hoitotyötä saattohoitoyksikössä. Saatua tietoa voidaan hyödyntää saattohoidon kehittämisessä Harjulan saattohoito-osastolla.

8. Tutkimuksen kokonaiskestoaja, alkamisaika, aineiston määrittely ja tietojen keruun laajuus

8.1. Tutkimuksen kokonaiskestoaja mahdollisimman tarkasti

- Kertaluonteinen tutkimus, kokonaiskestoaja: 1.6.2012 - 31.12.2013 (Opiskelu-oikeusaika)
 Taannehtiva seurantatutkimus, kokonaiskestoaja:
 Etenevä seurantatutkimus, kokonaiskestoaja:

8.2. Tutkimuksen arvioitu aloittamisaika: 1.6.2012

8.3. Tutkimuksessa käytettävän aineiston määrittely (koko ja kohde): Osaston 6-7 kaikki sairaanhoitajat haastatellaan (7 sairaanhoitajaa)

8.4. Tietojen keruun laajuus (esim. valtakunnallinen, alueellinen, yhtä laitosta koskeva tms. määrittely): Haastattelu koskee Harjulan osasto 6-7 kaikkia sairaanhoitajia.

9. Terveystieteiden valtakunnalliset henkilöstörekisterit, joihin tässä hakemuksessa haetaan lupaa

9.1. THL:n ylläpitämät terveydenhuollon valtakunnalliset henkilöstörekisterit, mitä tietoja, miltä vuosilta:

- Poisto-/hoitoilmoitusrekisteri:
- Syntyneiden lasten rekisteri:
- Syöpärekisteri:
- Näkövammarekisteri:
- Raskauden keskeyttämis- ja sterilointirekisteri:
- Implanttirekisteri:
- Epämuodostumarekisteri:

9.2. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen (Fimea) ylläpitämä terveydenhuollon valtakunnallinen henkilöstörekisteri, mitä tietoja, miltä vuosilta:

- Lääkkeiden sivu-/haittavaikutusrekisteri:

10. Muut sosiaali- ja terveydenhuollon rekisteri- tai asiakirjatiedot, joihin tässä hakemuksessa haetaan lupaa

10.1. THL:n tartuntatautilain (583/1986) nojalla ylläpitämä,

- Tartuntatautirekisteri, mitä tietoja, miltä vuosilta:

10.2. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valvira) ylläpitämä,

- Terveystieteiden ammattihenkilöiden keskusrekisteri (TERHIKKI), mitä tietoja:

10.3. THL:n tilastotoimesta annetun lain (409/2001) nojalla ylläpidetyt sosiaalihuollon rekisterit, (Tunnisteellisia henkilötietoja ei luovuteta. Tiedot voidaan luovuttaa tilastollisena tietona tai henkilötunnus kryptattuna)

mitä tietoja, miltä vuosilta:

- Sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteri:
- Lastensuojelurekisteri:
- Toimeentulotukirekisteri:

10.4. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakirjatiedot, mitä ja mistä:

- Terveystieteiden potilasasiakirjoja/asiakirjatiedot, mitkä ja mistä:
- Sosiaalihuollon asiakirjatiedot, mitkä ja mistä:

11. Muut tutkimuksessa käytettävät tiedot, tietolähteet ja tiedon saannin peruste

11.1 Muut tutkimuksessa käytettävät viranomaisen rekisteritiedot, mitä tietoja ja millaisin luvuin

- Tilastokeskus:
- Väestörekisterikeskus:
- Kansaneläkelaitos:
- Muu viranomainen, mikä:

11.2 Muut tutkimuksessa käytettävät tiedot

- Tutkittavalta saatavat tiedot (suostumuksen perusteella haastatteluun/kyselyyn saatavat tiedot, näytteet jne. Liitteeksi luonnos yhteydenotto- ja informointikirjeestä sekä suostumusasiakirjasta)
- Kudosnäytteet (Valviran lupa)
- Aikaisemmat tutkimusaineistot, mitkä, mistä ja millaisin luvuin:

12. Tutkimusrekisterin tietotyypit

(Liitteeksi henkilötietolain perusteella laadittava tieteellisen tutkimuksen rekisteriseloste)

- a) Tutkimusrekisteriin kerättävät henkilön yksilöintitiedot eriteltyinä:
- b) Muut tiedot ja tietotyypit, kuten henkilöhaastattelussa suostumuksella kerättävät tietotyypit (terveydentilaa koskevat tiedot, elinolosuhteita koskevat tiedot, muut tietotyypit) ja muista tietolähteistä kerättävät tietotyypit

13. Tutkimuspaikka ja osoite

Harjulan sairaala osasto 6-7. Niuvantie 4. Kuopio.

14. Tutkimusaineiston suojaus tutkimuksen aikana

14.1 Manuaalisena kerättävä aineisto. Kuvataan suojaustapa eri käsittelyvaiheiden osalta:

14.2 Atk:lla käsiteltävä aineisto; suojaustapa:

- käyttäjätunnus
 salasana
 käytön rekisteröinti
 kulun valvonta

Kuvataan suojaustapa tarkemmin eri tutkimusvaiheiden osalta:

14.3. Analysoitava tutkimusaineisto:

- ei sisällä henkilön identifiointiin mahdollistavaa tietoa
 aineisto analysoidaan ilman tunnistetietoja, tunnistetiedot säilytetään erikseen
 sisältää tunnistetiedot ja analysoidaan tunnistetiedoin, mikä on peruste:

15. Tutkimusaineiston hävittäminen tai arkistointi tutkimuksen päätyttyä

15.1 Tutkimuksen henkilörekisteri hävitetään tutkimuksen päätyttyä,

- Rekisteri hävitetään kokonaisuudessaan; arvioitu hävittämisaika ja -tapa: **SILPPORI**
 Tutkimusaineisto säilytetään ilman tunnistetietoja; tunnistetietojen hävittämistapa:

15.2 Tutkimuksen henkilörekisteri arkistoidaan tunnistetiedoin tutkimuksen päätyttyä:

- Arkistolaissa tarkoitettuna viranomaisen aineistona arkistolain säännösten nojalla arkistonmuodostus-suunnitelman mukaisesti, mihin:
 Aineiston arkistointiin haetaan Kansallisarkiston lupa

16. Sitoumukset

(sitoumuksen allekirjoittavat kaikki ne henkilöt, jotka tutkimusta tehtäessä käsittelevät salassa pidettäviä tietoja)

Sitoudun siihen, etten käytä saamiani tietoja potilaan/asiakkaan tai hänen läheisensä vahingoksi tai halventamiseksi taikka sellaisten etujen loukkaamiseksi, joiden suojaksi on säädetty salassapitovelvollisuus. En luovuta henkilötietoja sivulliselle.

Päiväys Vesanto 27 / 05 2012

Paula Hautsalo

Allekirjoitus

Paula Hautsalo Sairaanhoidtaja

nimen selvennys

Päiväys 28 / 5 2012

Helena Saulund

Allekirjoitus

Helena Saulund

nimen selvennys

va ylläkökaini

Päiväys / 20

Allekirjoitus

nimen selvennys

Päiväys / 20

Allekirjoitus

nimen selvennys

17. Lupahakemuksen liitteet

- Tutkimussuunnitelma (suomen- tai ruotsinkielisenä) pvm
- Luonnos tieteellisen tutkimuksen rekisteriselosteeksi, pvm
- Eettisen toimikunnan lausunto/lausunnot pvm
- Yhteistyöhanketta koskeva selvitys rekisteripidon vastuista ja tietojenkäsittelystä ; pvm
- Organisaation päätös tutkimuksen tekemisestä ja mahdollisesta aineiston käytöstä; pvm
- Mallit yhteydenotto- ja informaatiokirjeestä sekä suostumusasiakirjasta; pvm
- Kopio aiemmasta/meneillään olevasta luvasta/päätöksestä
- Muut liitteet, mitkä:

18. Hakijan allekirjoitus

Päiväys / 20

Allekirjoitus

nimen selvennys