



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Jaksanko saattaa?

Orenius, Aija

2015 Laurea- Ammattikorkeakoulu



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*



Laurea-ammattikorkeakoulu  
Hyvinkää

Jaksanko saattaa?

Aija Orenius  
Sairaanhoitaja AMK  
Opinnäytetyö  
Elokuu, 2015

Aija Orenius

### Jaksanko saattaa?

Vuosi 2015 Sivumäärä 50

---

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata, minkälaisia kokemuksia henkilöstöllä on jaksamisestaan saattohoitotyössä. Työssä selvitettiin, mitkä tekijät ovat kuormittavia jaksamisessa ja mitkä tekijät tuovat voimavaroja työhön ja siitä selviytymiseen.

Tutkimusotteena oli laadullinen narratiivinen tutkimus. Opinnäytetyön aineisto kerättiin haastattelemalla viittä hoitajaa, joilla oli kokemusta saattohoitotyössä ja jotka työskentelivät Hyvinkään sairaalan terveyskeskusosastolla. Haastattelutyypinä oli avoin haastattelu, joka toteutettiin jokaiselle haastateltavalle toukokuun 2015 aikana. Tarkoituksena oli kuvata hoitajien itsensä kokemana työssä jaksamista ja siihen vaikuttavia tekijöitä.

Hoitajien kertomusten ja kokemusten mukaan jaksamista kuormittavat eniten vähentyneet henkilökuntaresurssit ja lisääntyneet muutospaineet. Haastateltavat kokivat osaston tilanteen sekavana muutosvaatimusten edessä ja kiire vaikutti heidän mielestään myös hoidon laatuun. Itse kuoleman kohtaaminen tai kuolema ei vähennä jaksamista, vaikka hoitajat kokivat saattohoitotyön haasteelliseksi. Tuloksissa kuolema ja sen kohtaaminen koettiin luonnollisena osana elämää ja saattohoitotyötä haluttiin tehdä sitoutuneesti ja ammattitaidolla. Omaisten rooli koettiin tärkeäksi erityisesti potilaan kannalta.

Työhyvinvointia ja jaksamista edistivät työyhteisön hyvä ilmapiiri, yhteistyö ja moniammatillisen työryhmän antama tuki. Erittäin tärkeäksi voimavaraksi koettiin saattohoitotilanteiden läpikäyminen ja purkaminen yhdessä henkilöstön kesken. Niiden arvo koettiin suuremmaksi kuin työnohjauksen tarve. Työhyvinvointi heijastui vapaa-aikaan ja hoitajan itsestä huolehtiminen vaikutti työssä jaksamiseen. Haastateltavat kokivat henkisen hyvinvoinnin olevan suhteellisen hyvää, mutta sen jatkumisesta oltiin epävarmoja.

Aija Orenius

**Providing terminal care- can I cope with it?**

Year	2015	Pages	50
------	------	-------	----

---

The aim of this thesis project is to describe the experiences that professionals have of coping with the provision of terminal care. The study identifies the factors that increase stress and the ones that provide strength and help one in coping at work.

The study is a qualitative narrative analysis. The data consists of the interviews of five nurses experienced in terminal care, who work in the ward 11 a Hyvinkää Health Centre Hospital. The interviews were unstructured interviews conducted in May 2015. Their purpose is to describe coping at work and the factors affecting it as experienced by nurses themselves.

According to the narratives and experiences of the nurses, the most prominent stress factors are decreasing staff resources and increasing pressure for change. The interviewees feel, that the situation in the ward is confusing because of all demands for change. In their opinion, the sense of being rushed also affects the quality of care. Death itself, or the need to deal with death, does not threaten coping at work, even though nurses find the provision of terminal care somewhat challenging. According to the results of the study, death is seen as a natural part of life, and nurses want to remain committed and professional when working in terminal care. The role of relatives is considered important, particularly from the perspective of the patient.

Factors contributing to well-being and coping at work include team spirit, cooperation and support provided by a multi-professional team. A particularly important strategy is discussing and debriefing different terminal care situations with other members of staff. This is perceived as more valuable than clinical supervision. Wellbeing at work is also reflected in one's time off, and nurses' self-care strategies affect how well they cope at work. The interviewees feel, that they feel relatively well mentally, but are unsure of whether this is likely to continue.

Keywords : terminal care, death, coping, nurse-patient relationship, well-being at work

## Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Kuolevan potilaan hoitoon liittyviä käsitteitä.....	8
	2.1 Palliatiivinen hoito.....	10
	2.2 Saattohoito.....	11
3	Saattohoidon ohjeet.....	12
4	Kuoleman kulttuuri.....	14
5	Saattohoidon erityispiirteitä.....	16
6	Hoitajana saattohoidossa.....	23
	6.1 Tunteet hoitotyössä.....	25
	6.1.1 Kuolemanpelko.....	26
	6.1.2 Haavoittuneisuus.....	27
	6.1.3 Myötätuntuupumisen riski.....	28
	6.1.4 Itsetunto ja väsyminen.....	29
	6.2 Hoitajan kasvu.....	31
7	Henkinen hyvinvointi.....	32
	7.1 Itsensä johtaminen.....	32
	7.2 Työyhteisön kestävyys.....	34
	7.3 Palautteen antamisen ja kannustamisen merkitys.....	36
8	Opinnäytetyön toteutus.....	37
	8.1 Opinnäytetyön tarkoitus.....	37
	8.2 Avoimet haastattelut.....	37
9	Tutkimustulokset.....	38
	9.1 Kuormittavat tekijät ja kokemukset jaksamisessa.....	38
	9.2 Voimavaratekijät jaksamisessa.....	40
10	Pohdinta.....	44
	Lähteet.....	48
	Liitteet.....	50

## 1 Johdanto

Opinnäytetyössäni tutkin hoitohenkilöstön kokemuksia jaksamisesta saattohoitotyössä. Kiinnostukseni aiheeseen on virinnyt vähitellen työurani aikana vanhustenhoidossa, jossa kuolema on työn arkea. Myös jaksamiseen ja hyvinvointiin liittyvät asiat ovat itselleni tärkeitä ja olen kiinnostunut erityisesti siitä, mitkä seikat vaikuttavat hoitajan jaksamiseen työyhteisössä. Yhtenä opinnäytetyöni tarkoituksena on myös tuoda tietoa työyhteisölle ja johtotasolle, mitä seikkoja kannattaa kehittää hoitohenkilöstön jaksamiseksi ja laadukkaan saattohoitotyön aikaansaamiseksi. Jaksavatko hoitajat saattaa ja minkä turvin?

Tutkimusotteeni opinnäytetyössäni on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Halusin ymmärtää laadullisen tutkimuksen keinoin, minkälaisia kokemuksia hoitajilla on jaksamisestaan. Kiviniemen (2001, 68, 74-75.) mukaan tutkija voi laadullisen tutkimuksen menetelmillä päästä lähelle tutkimuskohdettaan, tavoittaa tutkittavien näkökulman sekä paneutua ilmiöihin syvällisesti ja kokonaisvaltaisesti. Laadullinen tutkimus antaa hänen mukaansa mahdollisuuden tuoda tutkittaville tyypillisiä merkityksenantoja ja ajattelutapoja. Laadullisessa tutkimuksessa keskitytään usein myös varsin pieneen määrään tapauksia ja pyritään analysoimaan niitä mahdollisimman perusteellisesti (Eskola & Suoranta 2014, 18).

Opinnäytetyöni lähestymistapana on narratiivisuus, joka on yksi laadullisen tutkimuksen menetelmä. Narratiivisuus vaikutti sopivalta lähestymistavalta, koska olen kiinnostunut ihmisestä ja ihmisen kertomuksesta, kuten tässä opinnäytetyössäni hoitajan kertomuksesta jaksamisen kokemuksesta. Muutenkin narratiivinen, tarinallinen tarkastelu sopii erityisen hyvin kuolevien hoitoon (Vainio & Hietanen 2004, 297). Narratiivinen tutkimus ei pyri yleistettävään tai objektiiviseen tietoon, vaan paikalliseen, henkilökohtaiseen ja subjektiiviseen tietoon. Ihminen on luonnostaan vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa ja tässä vuorovaikutuksessa hän muodostaa oman käsityksensä ympäröivästä todellisuudesta. Yksityisen ihmisen käsitys muokkaa puolestaan yhteistä kokemusta. Narratiivista lähestymistapaa on perusteltua käyttää silloin, kun tutkimusta tehdään siinä kontekstissa, missä tutkittava ilmiö tapahtuu. Lähestymistavan heikkous on se, että narratiivisesta analyysistä ei ole olemassa selkeää määritelmää, joten tutkimuksessa on osoitettava analyysin ja tulosten sekä johtopäätösten luotettavuus. (Janhonen & Nikkonen 2001, 84-85.)

En ole käsitellyt opinnäytetyössäni narratiivisuuden käsitettä laajasti enkä käyttänyt aikaa läheisempään tutustumiseen tutkittaviin, vaikka se on yleensä osa narratiivista tutkimusta (Heikkinen 2001, 129-130). Opinnäytetyössäni narratiivisuutta kuvaa tarina ihmisen, hoitajan, kokemuksesta. Yleensä kertomus on prosessi, joka sisältää tapahtumia ja prosesseja kertomuksen kertojan elämästä ja muodostaa ajallisesti etenevän tapahtumien ketjun, jossa juoni liittyy erilliset tapahtumat yhteen sitovaksi kokonaisuudeksi. Narratiivi voi olla myös regres-

siivinen tai staattinen tai ihmisen kertomus voi sisältää kaikkia edellä mainittuja. (Janhonen & Mikkonen 2001, 86.)

Valitsin aineistokeruumenetelmäksi haastattelun, koska se antaa tutkittavalle mahdollisuuden kertoa vapaasti omin sanoin kokemuksistaan ja olla aktiivinen subjekti. Haastattelin viittä hoitajaa, jolla on kokemusta saattohoitotyöstä ja jotka ovat työskennelleet Hyvinkään terveyskeskusosastolla Hyvinkään sairaalassa varsin pitkään. Jokaisella haastateltavalla oli oma tapansa tulkita kuolemaa ja omaa ainutlaatuista jaksamisen kokemusta ja tarinaa. Haastattelutapani oli avoin. Siinä tilanne muistuttaa kaikkein eniten tavallista keskustelua. Kaikkien haastateltavien kanssa ei myöskään käydä läpi kaikkia teema-alueita. (Eskola & Suoranta 2014, 87.) Nämä teemat olivat kuormittavat tekijät, jotka heikentävät jaksamista saattohoitotyössä ja tekijät, jotka tuovat työhön voimavaroja ja joilla on myönteinen vaikutus jaksamiseen ja hyvinvointiin. Lisäksi kokemukset omasta jaksamisesta edustivat yhtä teemaa. Pysin laatimaan haastattelun vapaamuotoiseksi ja keskusteleväksi, jotta se houkuttelisi nimenomaan tarinoiden kertomiseen. Haastattelut nauhoitettiin ja myöhemmiin litteroitiin pois.

Opinnäytetyöni viitekehys- ja teoriaosuudessa on käytetty saattohoitotyön ja kuoleman määritelmästä ja sen erityispiirteistä, hoitosuhteen merkityksestä, tunteista, hoitosuhteesta, hoitajan jaksamisesta ja hyvinvoinnista liittyviä lähteitä. Teoriaosuuden jälkeen kuvaan opinnäytetyöni tarkoitusta sekä sen toteuttamista. Opinnäytetyössäni kysyn, miten hoitohenkilöstö kokee saattohoidon, mitkä tekijät tuovat voimavaroja työhön ja mitkä kuormittavat henkilöstöä.

Tulosten esittelyn jälkeen olen vetänyt tuloksia yhteen ja pohtinut niitä. Opinnäytetyön luotettavuutta ja eettisyyttä käsittelen myös pohdinnassa. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on tutkija tutkimuksensa keskeinen tutkimusväline, joten pääasiallisin luotettavuuden kriteeri onkin tutkija itse. (Eskola & Suoranta 2014, 211.) Pohdinnassa onkin henkilökohtaisuutta, omaa pohdintaa sisältävää tekstiä ja siihen on liitetty yhteenvedo opinnäytetyön tuloksista.

## 2 Kuolevan potilaan hoitoon liittyviä käsitteitä

Suomessa kuolee vuosittain noin 50 000 ihmistä, joista suurin osa sairaaloissa. Kuoleva ihminen uskoo kuolemansa ammatti-ihmisten käsiin. Hoito on haasteellista yksilöllistä arvoa kunnioittavaa, hoivaa ja huolenpitoa, potilaan kärsimyksen ja sairauden oireiden lievittämistä ja hänen rinnallaan kulkemista. Saattohoidossa on kyse hoidosta, jossa ihminen tulee lähelle kuolemaa. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004,16.)

Suomalaisen saattohoidon alkuaikoina 1980- luvulla kuolevien hoidosta käytettiin käsitettä *terminaalihoito* Lääkintöhallituksen ohjeiden mukaisesti. Tämä käsite viittaa latinankieliseen



sanaan terminale, joka tarkoittaa äärimmäisintä, viimeisintä, kärjessä tai huipussa olevaa. (Sand 2003, 41.) Termi kuvaa kuoleman medikalisoitua, jossa kuolema selitetään lääketieteelliseksi tapahtumaksi ja etäännyneiseksi ihmisen arjesta (Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 109). Keskustelu kuolevien hoidon kehittämisestä oli käynnistynyt jo 1970-luvulla, mutta ajankohta ei silloin vielä ollut otollinen kuolevan hoidon kehittämiseksi. Vähitellen 1980-luvun lopussa ajateltiin, että saattohoito tulisi ymmärtää kokonaan eri tavoin kuin perinteinen sairaanhoito. Tämän jälkeen keskusteluja alettiin käydä kiivaasti kuolevan potilaan asemasta ja oikeuksista. (Sand 2003, 27.)

Terminaalihoidon käsitteen rinnalla käytettiin myös *kuolevan potilaan hoitoa*, joka on suora ja konkreettinen ilmaus käsittäen hoidon kohteen. Käsite jättää kuitenkin avoimeksi hoidon sisällön. Lisäksi *kuoleva potilas* voi aiheuttaa monelle torjuntaa tai negatiivissävyisen mielikuvan kuolevasta. (Sand 2003, 42.)

Käsite *viime vaiheen hoito* kattaa kiertoilmaisuna kuolevan ihmisen hoitamisen, mutta käsite on muuten neutraali ja siinä korostuu nykyaikainen hoidon osaaminen. Viime vaiheen hoidossa potilas nähdään otettuna hoidon piiriin diagnosoituna ja tutkittuna. Tälle käsitteelle on ominaista, että potilasta hoidetaan elämän loppuvaiheessa hyvin, mutta ihminen jää taustalle ja viime vaiheen hoito on etusijalla. Toisaalta kun viime vaihe on ohi, kaikki päättyy eikä hoidon loppuessa ole tarpeen pohtia myöskään jatkoa. (Sand 2003, 42-43.)

Saattohoidon kotimaasta, Englannista, lähtenyt hospice-liike vaikutti saattohoidon käsitteeseen. Cicely Saunders perusti vuonna 1967 Lontooseen St. Christopher's Hospicen, joka oli hoitokoti kuoleville potilaille. *Hospice*-sanalla tarkoitetaan saattohoitoa, jota aluksi annettiin nimenomaan hospicessa, paikassa, jossa potilaat saattoivat levähtää. (Heikkinen ym. 2004, 19.) Saattohoito *hospice*-käsitteenä ja nimikkeenä on huomattavasti edellisiä runollisempi ja myyttisempi. Se on kuin näky ihmisläheisestä kuolevien hoidosta. Nykyisin *hospice* merkitsee yleensä instituutiota, saattohoitokotia. Suomessa on esitetty, että saattohoitoa ei tule tulkita vain jonkin erillisryhmän tai laitoksen hoidoksi, joten saattohoitoa on ideologiansa ja filosofiansa mukaisesti tarpeen toteuttaa muuallakin. Erilaisia saattohoitohuoneita onkin järjestetty terveyskeskusten tai vanhustenhoitolaitosten yhteyteen. (Sand 2003, 44.) Saattohoitoa toteutetaan nykyisin sairaanhoitopiireissä ja suurissa kaupungeissa ensisijaisesti terveyskeskusten vuodeosastoilla, vanhainkodeissa, muissa asumisyksiköissä ja potilaan kotona (STM 2010). Nykyään kotitalouksien muuttuminen on vaikeuttanut kuitenkin niin lasten, vanhusten kuin sairaidenkin kotihoitoa ja edelleen tilanne on useimmiten se, että kuolevaa ei voida hoitaa kotona, haluttiinpa sitä tai ei. Vainajan rinnalla kulkeminen kotona kertoo myös kuolemasuhteen muuttumisesta. (Hakola & Kivistö & Mäkinen 2014, 104-105.)

Sandin(2003,45-46) teoksessa Utraiainen(1999) on tutkimuksessaan tuonut esille käsitteen *kuolettaminen*, jota hän pitää saattohoidon osana ja aspektina. Hänen mukaansa kuolettaminen on erityistä ja ainutlaatuista yhdessäoloa, joka ei tule toistumaan vaan se luo yhdessä olemiseen ja sen merkityksiin erityisen latauksen. *Kuolettamisen* piirteeseen kuuluu erityisesti hoitajan, ammatillisuuden ja ei-ammattillisuuden luonteen ja rajojen pohdintaa. Kuolevan hoitaja asettuu aidosti lähimmäisensä asemaan empatian ja myötätunnon kautta ja näin ikään kuin roolit vaihtuvat kuolevan kanssa. Kuolevan hoitaja katsoo maailmaa toisen silmillä, kuulee itseään toisen korvilla ja kokee toisen tunteita. Utraisen mukaan *kuolettaminen* on ilmiönä saattohoitoa ajattomampi ja yleisempi, mutta saattohoito on laajuudeltaan suurempi. (Sand 2003, 45-46.)

## 2.1 Palliatiivinen hoito

Sana *palliatiivinen* tarkoittaa oireenmukaista, tuskaa lievittävää ja vähentävää sekä helpottavaa hoitoa. Keskeistä palliatiivisessa hoidossa on kivun ja muiden oireiden lievitys ja samalla psykologisiin, sosiaalisiin ja hengellisiin sekä elämäntarkoituksellisiin asioihin paneutuminen. Palliatiivinen hoitotapa hyväksyy elämän rajallisuuden ja sen tehtävänä on sairaan ihmisen ja hänen läheistensä tukeminen niin, että he voisivat elää täysipainoisesti ja laadukkaasti ja että potilas voisi kuolla arvokkaasti. (Mitä on palliatiivinen hoito? 2015)

Palliatiivinen hoito on ollut lähinnä syöpäpotilaille tarjottua hoitoa parantavien hoitokeinojen loppuessa. Hoitomuotoa onkin ollut syytä laajentaa siten, että kaikki saisivat tarvittaessa lievitystä kuolemaa edeltäviin kärsimyksiin ja oireisiin. Sosiaali- ja terveysministeriö on osaltaan kohentanut palliatiivisen hoidon kehittämistä julkaisemalla raportin Syövän hoidon kehittämisen vuosina 2010-2020. (Grönlund & Huhtinen 2011, 77.) Tieto muiden kroonisten sairauksien aiheuttamasta kärsimyksestä ja lievityksen tarpeesta on vähitellen lisääntynyt (Hänninen 2006, 193).

Palliatiivista hoitoa ja sen suhdetta saattohoitoon on kuvattu monin eri tavoin. Palliatiivinen hoito on käsitteenä laajempi kuin saattohoito, koska ajallisesti se voi sairaudesta riippuen kestää jopa vuosia eikä hoito ole sidottu diagnoosiin, oireisiin eikä potilaan ikään. On joskus vaikea rajata, milloin ja kuinka pitkään potilas tarvitsee palliatiivista hoitoa, jossa keskitytään tähän hetkeen, eikä niinkään valmistauduta kuolemaan. Tilanne on aistittava potilaan näkökulmasta ja huomioitava ennen kaikkea potilaan oireet, tarpeet ja toiveet. Voidaan myös sanoa, että saattohoito on osa palliatiivista, aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa, ja samalla palliatiivinen hoito on potilaan saattamista saattohoitoon (Hänninen & Luomala 2013, 64-71.)

## 2.2 Saattohoito

Saattohoidolla tarkoitetaan hoitoa, jota annetaan potilaalle sairauden siinä vaiheessa, kun käytettävissä olevilla hoitomenetelmillä ei ole enää mahdollista parantaa potilaan sairauden ennustetta, sekä hoitoa kuoleman lähestyessä. Saattohoitoon sisältyy potilaan riittävä oireenmukainen perushoito, kunnioittava huolenpito sekä läheisten tukeminen. Saattohoidossa voidaan pitää tavoitteena, että potilaan olo olisi mahdollisimman kivuton ja ympäristö olisi mielekäs, missä potilas voisi elää mahdollisimman hyvää elämää kuolemaansa asti. Saattohoidossa potilaalle halutaan taata hyvä, turvallinen ja arvokas kuolema. (Kokkonen ym. 2004, 110-111.) Saattohoidolla tarkoitetaan sitä, että kuolevan ihmisen kuolemista helpotetaan. Toiveet hyvästä lääketieteellisestä oirehoidosta ja mahdollisimman hyvästä elämänlaadusta vielä elämän lopulla ovatkin vahvistuneet. (Hakola ym. 2014, 39-40.)

Kuolevalla potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Kuoleman läheisyys ei koskaan tarkoita ihmisen oikeuksien vähenemistä tai oikeuksien menettämistä. Potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen on kaiken eettisen päätöksenteon perusta. Tämä tarkoittaa sitä, että hoitoon tarvitaan potilaan suostumus. Potilaalla on siis oikeus kieltäytyä hoidosta ja oikeus vaatia hoitonsa lopettamista. Jos potilas ei kykene päättämään hoitostaan, on hänen omaisten tai läheisten kanssa tarpeen keskustella. Mikäli potilas on ilmaissut hoitotahtonsa, kirjataan se potilastiedostoihin ja kunnioitetaan tahtoa. (Heikkinen ym. 2004, 22-23.)

Saattohoidon aloituksesta päättäminen on hoidon linjaamista. Samalla se merkitsee jostain aiemmasta linjauksesta luopumista. Joskus voi olla epäselvää, mitkä ovat ne kriteerit, joilla jotain hoitoa voidaan kutsua saattohoidoksi. Päätöksen mukaisen hoitosisällön tulisi siirtyä kirjattuna perusterveydenhuoltoon, joka on ensisijainen hoitopaikka saattohoitopotilaalle. Hoito voi silti tapahtua joko kotona tai osastohoidossa. Saattohoitopäätöksen yhteydessä olisi erittäin tärkeää myös selkiyttää, kuka, missä, milloin ja millä resursseilla potilasta hoidetaan. (Grönlund, Anttonen, Lehtomäki & Agge 2008, 23-24.)

Lääkärillä on päävastuu hoitoratkaisujen teosta. Päätöksenteko saattohoitoon siirtymisestä tulisi tapahtua yhteistyössä potilaan, omaisten, hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden kanssa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista vuodelta 1992 teki potilaan tahdosta sitovan ja lääkärin velvollisuudeksi tulla antaa potilaalle selvitys kaikista päätöksentekoon vaikuttavista seikoista. (Vainio & Hietanen 2004, 19.)

Saattohoitopäätöksen yhteydessä potilaalle ja perheelle selvennetään, että hoito jatkuu aktiivisen parantavan hoidon loputtua hoitoyksikön tarjoamilla tavoilla. Hoidon valinnassa lähtökohtana on aina potilaan hyöty sekä hoidon optimointi. Saattohoidossa potilas hyötyy yleensä

eniten oireiden lievityksestä. Potilaalle varmennetaan, että hän on tietoinen saattohoitopäätöksestä ja osallistuu päätöksentekoon. (Grönlund & Huhtinen 2011, 79.)

Saattohoitopäätöksen tekijän on oltava riittävän perehtynyt potilaan sairaushistoriaan, joten on luontevaa ja suositeltavaa, että potilaan hoitava lääkäri tekee saattohoitopäätöksen. Myös hoitaja voi tehdä aloitteen saattohoitopäätöksestä keskustelemiseen. On tärkeää, että keskusteluissa ja neuvotteluissa omaisten ja potilaan kanssa hoitoyhteisöllä on yhtenäinen näkemys hoitolinjoista ja avoin keskusteluyhteys. Päätös saattohoitoon siirtymisestä kirjataan selvästi ja yksityiskohtaisesti potilaskertomukseen ja kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien on oltava tietoisia tehdyistä päätöksistä. (Heikkinen ym. 2004, 24- 25.)

Saattohoitopäätöksen edellytyksenä on, että mahdollisuus hoitoon on tarjolla ja suunnitelma hoidon toteuttamiseksi on olemassa. Päätös saattohoidosta voi joskus olla vaikeampi tehdä kuin esimerkiksi *ei elvytetä* -päätös (DNR) tai *vain perushoitoa*-päätös. Saattohoitopäätös saatetaan joskus myös jättää tekemättä ja poistaa hoidosta vain joitain aktiivisen hoidon elementtejä. Saattohoidon aloitusta on vaikea ajoittaa oikein ja potilaan elinaikaennuste voi vaihdella saattohoidossakin paljon. Usein myös potilaan ennusteeseen vaikuttaa hänen emotionaalinen tilansa. Elämästä luovuttaminen usein nopeuttaa kuolemista, kun ihminen on väsynyt sairastamiseensa. Toisaalta voi olla, että saattohoitoon siirtyminen ja kuoleman tulon varmuus tuottaa rauhaa ja tyyneyttä. (Grönlund ym. 2008, 28.)

### 3 Saattohoidon ohjeet

Saattohoitoa antavilla perusterveydenhuollon osastoilla, erikoistuneilla kotihoidon yksiköillä ja saattohoitokodeilla noudatetaan tiettyjä ohjeistuksia ja suosituksia, joita esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut. Kaikkea ammatillista auttamistoimintaa valvotaan jollakin tavalla. Vaikka tämä ulkoinen säätely olisi sisällöltään ideaalista ja ristiriidatonta, niin valvonta jollain tasolla voidaan kokea pakottamisena tai epäluottamuksena. Eri auttamisaloilla ammattieettistä ajattelua on ilmaistu ja kehitetty erityisesti luomalla erilaisia eettisiä ohjeita. (Lindqvist 2006, 60-61.)

Saattohoitoa arvioidaan jatkuvasti laadullisin perustein. Saattohoidon kehittäminen on ollut viime vuosina etenkin Sosiaali- ja terveysministeriön keskusteluissa esillä. Keskustelujen tuloksena on selvitetty sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmien tilanne ja laadittu saattohoitosuosukset. Niissä korostuu kuolevan ihmisen ja potilaan ihmisarvo, inhimillisuus ja itsemääräämisoikeus. Hyvä saattohoito edellyttää hoitohenkilökunnan osaamista ja työhyvinvoinnin ylläpitoa. Vastuun kantaminen kuuluu sairaanhoitopiireille sekä paikallisille terveyskeskuksille. (Hyvä saattohoito Suomessa, 2010)

Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeistukset saattohoitoon ovat moninaiset ja laajat. Kuolevan potilaan hoidossa ja hyvässä saattohoidossa kaiken perustana on potilaan ihmisarvo ja itsemääräämisoikeus. Hoidon lähtökohtana on aina ihminen, jolla on kuolemaan johtava sairaus. Hoitolinjauksista keskustellaan potilaan ja mahdollisuuksien mukaan hänen omaistensa kanssa. Ohjeistuksen mukaan hoitopäätöksistä tulee vastata aina hoitava lääkäri, mutta on suositeltavaa nimetä myös ne henkilöt, jotka vastaavat saattohoidosta vuorokauden eri aikoina. Pääasiallisesti saattohoito toteutetaan potilaan, omaisten ja moniammatillisen työryhmän yhteistyönä. Hoidon jatkuvuus varmistetaan aina ja hoitoa arvioidaan systemaattisesti. (Hyvä saattohoito Suomessa, 2010)

Ohjeistuksen mukaan lääkäreiden ja hoitajien tulee olla saattohoitoon koulutettuja. Muu henkilökunta ja vapaaehtoiset työntekijät voivat täydentää osaltaan moniammatillista työryhmää, jolle tarjotaan saattohoitoon liittyvää säännöllistä täydenniskoulutusta, työhajausta ja tarvittaessa jälkikäteen keskustelua saattohoitotilanteista. Saattohoidon osaamiseen kuuluvat kyky arvioida, hoitaa ja soveltaa tietoa systemaattisesti ja riittävällä taidolla. Siihen sisältyvät kärsimyksen ja sitä aiheuttavien oireiden hoitaminen, fyysisten, henkisten, hengellisten, eksistentiaalisten sekä kulttuurillisten tarpeiden ja toiveiden huomioiminen. Lähestyvän kuoleman merkit ja kuoleman hetki sekä omaisten tukeminen potilaan kuoleman jälkeen sisältyvät myös oleellisesti laadukkaaseen saattohoidon osaamiseen. (Hyvä saattohoito Suomessa, 2010)

Ohjeistuksessa mainitaan, että saattohoitoa järjestävä hoitolaitos sitoutuu potilaan tarpeisiin ja toiveisiin, toiminnan hyvään laatuun ja Käypä hoito -suositusten noudattamiseen. Saattohoitoa on mahdollista toteuttaa potilaan tarpeiden ja toiveiden mukaisesti kotona, palveluoloissa, vanhainkodeissa ja muissa asumisyksiköissä, terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastoilla sekä saattohoitokodeissa. Saattohoitopotilaalle tarjotaan saattohoitopalvelut mahdollisuuksien mukaan siellä, missä hän on hoidossa tai asuu ja elää. Omaisille ja läheisille turvataan myös mahdollisuus osallistua loppuvaiheen hoitoon potilaan toivomalla tavalla. Ohjeistuksissa mainitaan myös saattohoitotyötä tekevän hoitohenkilökunnan työhyvinvointi, joka on herkkyyden ja intuition säilymisen edellytys. Kaikkien näiden edellä mainittujen ohjeistusten ja suositusten toteutumista seurataan ja pyritään edistämään hyvän saattohoidon merkitystä ihmisen kuoleman lähestyessä. (Hyvä saattohoito Suomessa, 2010.)

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä on julkaissut myös Käypä hoito -suosituksen kuolevan potilaan oireiden hoidosta. Tämä julkaisu keskittyy haittaavien oireiden ja kärsimyksen lievittämiseen potilaille, joiden kuolemaan johtavan perustaudin etenemiseen ei enää voida vaikuttaa hoidolla. Suosituksessa keskitytään oireiden lääkehoitoon ja siinä käsitellään neste- ja ravitsemushoidon sekä hapen annon hyödyllisyyttä kuolevan potilaan hoidossa. (Kuolevan potilaan oireiden hoito, 2012).

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE julkaisi vuonna 2004 työryhmämuistion, johon on koottu keskeisiä eettisiä ja oikeudellisia näkökohtia ja periaatteita kuolevan potilaan hoidosta. (Saattohoito, 2003) Ohjeissa määritellään saattohoidon lisäksi muita käsitteitä, viitataan oikeudelliseen ja eettiseen perustaan sekä otetaan kantaa saattohoitopäätöksen valmisteluun, päätöksentekoon ja päätösten kirjaamiseen. (Kokkonen ym. 2004, 122.) Tässä muistiossa kehoitetaan myös pohtimaan, mitä ihmisarvoinen kohtelu ja saattohoito tarkoittavat eri tilanteissa ja erilaisten potilaiden ollessa hoidettavana. Muistiota varten kerättiin tietoja ja niissä tuli esille, että saattohoidon käytännöt vaihtelevat paljon eri yksiköiden välillä. (Grönlund & Huhtinen 2011, 31.)

Myös potilasta hoitava ammattihenkilö on työssään erityisen lainsäädännön alainen. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, (20.3.2015/262), määrittelee ammatin eettiset velvollisuudet. Nämä ovat ammattitoiminnan keskeisiä periaatteita kuten sairauksien ennaltaehkäisy, parantaminen ja kärsimysten lievittäminen. Menetelminä tulee käyttää yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä menettelytapoja. Menetelmien vaikutuksissa tulee systemaattisesti arvioida hyötyjä ja haittoja potilaalle. Ammattitaidon ylläpitämisessä on oltava jatkuva velvollisuus kouluttautumiseen. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta 262/2015)

Myös sairaanhoitajan työtä varten on julkaistu eettisiä ohjeita. Tarkoituksena on ollut, että kansalliset järjestöt ottavat omat eettiset ohjeensa oman maansa oloihin ja yhteiskunnalliseen kehitykseensä. Suomen Sairaanhoitajaliiton eettiset ohjeet tukevat muun muassa sairaanhoitajien eettistä päätöksentekoa heidän päivittäisessä työssään. (Sairaanhoitajaliitto 1996) Sairaanhoitajan hoitokulttuurin ohjeistuksen myötä sairaanhoitajan perustehtävä yhteiskunnassa käy siten koko väestölle selväksi. (Grönlund & Huhtinen 2011, 20.)

#### 4 Kuoleman kulttuuri

*”Ei kuolema ole vaikeata, mutta kuoleman odotus. Vaikka sehän taitaa olla elämää.”*

Eeva Kilpi

Saattohoitokäytännöt vaikuttavat terveydenhuollon työntekijöihin. Nämä käytännöt vaikuttavat muun muassa kuoleman suhtautumiseen ja omaan kuolemaan vaikuttaviin hoitopäätöksiin. Kuoleman merkityksen kehitys on viime vuosina vahvistunut ja ihmiskeskeinen, tunteille ja sosiaalisille siteille tilaa antava saattohoito ja kuoleman kohtaaminen ovat kehittyneet. Eri tutkimuksissa on osoitettu, että hoitava henkilökunta ei näe potilasta ainoastaan toimenpiteiden kohteena, vaan myös kokevana ja tuntevana subjektina. Lääketieteellisen käytännön rinnalle on laajentunut myötätuntoinen maallikon, potilaan ja perheenjäsenten sekä omia reaktioita

tioita tarkkaileva toiminta kuolevan hoidossa. Kuolemasta ei enää tänä päivänä haluta vaieta, siksi kiinnostus kuolemaa kohtaan on vähitellen lisääntymässä. (Vainio & Hietanen 2004, 38-39.)

Nykyään kuolema nähdään yksittäisen tapahtuman sijasta erilaisina vaiheina, joista on erotettavissa muun muassa kuolemisen prosessi, kuoleman hetki ja kuolleen olo. Ennen kaikkea kuolema on sekä yksilön omaan elämään vaikuttava kokemus että yhteisöllinen ilmiö vaikuttaen aina kuolleen lähiomaisiin ja ystäviin sekä laajemmin yhteisöön ja yhteiskuntaan. (Hakola ym. 2014, 9-12.)

Kuolemaan liittyvät käsitykset ja tapakäyttäytyminen näkyvät erilaisina piirteinä. Me suomalaiset vieläkin uskomme, asennoidumme ja käyttäydymme suhteessa kuolemaan omalla tavallamme pystymättä useinkaan sanoin selittämään tai perustelemaan, miten ja miksi. Monille tutkijoille onkin yllättävää sellaisten kuoleman kokemusten ja uskomusten runsaus, joiden lähtökohtana ei ole tieteellinen eikä kristillinenkään maailmankuva. Näistä esimerkkinä ovat unessa koetut kohtaamisen kokemukset kuolleen kanssa. Suomalaisessa kulttuurissa naisia on voitu pitää kuoleman asiantuntijoina, koska kuolemaan liittyvät käytännön asiat, kuten sairaan luona käyminen päivittäin ennen kuolemaa, viime vaiheiden hoito, tavaroiden nouto tai hautajaisten järjestäminen ovat usein naisten tekemiä asioita. Ihanteellista naiseutta kuvaa usein myös vieressä istuva, kädestä pitävä, kuunteleva nainen. (Vainio & Hietanen 2004, 38-39)

Monet haluavat tänäkin päivänä olla läsnä läheisen kuoleman hetkellä. Aikoinaan tuli laittaa valkea kankaanpala vainajan suulle, ettei pahahenki, ”toispuolehini” pääsisi pujahtamaan kuolleen sisälle. Nykyäänkin vainajan suu sidotaan liinalla heti kuoleman jälkeen, jotta tämä näyttää kauniimmalta. Samoin uskottiin, että kuolleen ruumis oli vaarallinen koskea, koska siitä tarttui kalma, kuoleman paha voima. Vainajan käsittely ei ole aina muistuttanut elämästä poistuneen lähimmäisen kunnioittamista. Kuitenkin kuolema on aina läheisiin voimakkaasti vaikuttava tapahtuma. Sairaalakuoleman inhimillisyyteen ja kuolemisen tapaan onkin alettu kiinnittää yhä enemmän huomiota. Hienotunteisesti, kauniisti ja arvokkaasti hoidettu kuolema aiheuttaa pienemmän trauman kuin menetys, johon on liittynyt välttelevä kohtelu. (Vainio & Hietanen 2004, 38-39.)

Tänä päivänä meillä on mahdollisuus ehkäistä ja välttää kuolemaa tai ainakin siirtää sitä tuonnemmaksi. Riskinä samalla on, että muutumme tunnottomiksi kuoleman suhteen. Lääketieteellinen ammattiapu on tehokasta ja potilas voi joutua akuutissa hoidossa viettämään viimeiset elintuntinsa sterilissä ympäristössä teho-osastolla. Melvin Morse onkin esittänyt, että kuolinvuoteen äärellä tulisi olla enemmän ihmisiä ja vähemmän laitteita ja meidän tulisi kes-

kittyä enemmän kuoleamisen rauhaan ja lohtuun, missä kaikki voitava on tehty. (Fenwick & Fenwick 2008, 274.)

## 5 Saattohoidon erityispiirteitä

*Kuolema riistää meiltä ihmisen kokonaan. Ja antaa hänet kokonaan.*

Lassi Nummi, kirjailija

Saattohoitoon sisältyy tiettyjä erityispiirteitä, jotka liittyvät kuolemaan ja sen aiheuttamiin tuntemuksiin. Esimerkkinä erityispiirteistä on hyvän kuoleman käsite. Toisille hyvä kuolema edellyttää kotiympäristöä ja perheen tai läheisten seuraa, toisille se saattaa merkitä saattohoitokotia, jossa on asiantuntevia ammatti-ihmisiä. Kuoleman lähestyessä jotkut haluavat olla rauhassa, jopa yksin, joillekin jäähyväisten sanominen jollekin läheiselle on erityisen tärkeää. Hyvä kuolema voisi tarkoittaa sitä, että henkilö on kuollut niin kuin on itse halunnut kuolla, rauhallisesti, niin että ristiriidat on ratkaistu ja väärinymmärrykset oikaistu. Hyvässä kuolemassa useimpien mielestä kuoleman tulisi olla nopea ja kivuton. Samoin monen ihmisen toivomuksena on kuoleminen unen aikana. (Fenwick & Fenwick 2008, 281.)

Hyvä kuolema voi olla sidottu paikkaan. Kuolema pyritään järjestämään kuolevan potilaan toivomassa ympäristössä hänen läheistensä seurassa. Saattohoito voi toteutua vuorotellen laitoshoidon ja kotihoidon kesken potilaan voimien ja potilasta kotona hoitavien läheisten voimavarojen mukaan. Hoito saattohoitokodissa on todellinen vaihtoehto vain osalle potilaita, koska näitä saattohoitokoteja on toistaiseksi vain neljä Suomessa. Osa saattohoitopotilaita haluaa olla hoidettavana sairaalassa tai terveyskeskuksen osastolla, koska he eivät halua olla taakaksi läheisilleen kotioloissa. Monesti sairaala voi tuntua turvallisemmalta hoitopaikalta. Yksityishuoneen järjestäminen hoitopaikasta ei ole aina jokaisen kuolevan toivomus, koska potilas voi tuntea olonsa omassa huoneessa yksinäiseksi ja turvattomaksi. (Heikkinen ym. 2004, 102-105.) Kuolemiseen liittyy tänä päivänä vahvasti toive hallita omaa kuolemaansa, ja vaatimus saada viime kädessä itse päättää omasta kuolemastaan ja tavastaan kuolla. Tärkeää on, että kuolevalla on mahdollisuus toivoa hyvää lääketieteellistä oirehoitoa ja mahdollisimman hyvää elämänlaatua vielä elämän lopullakin. (Hakola ym. 2014, 39.)

Hänninen ja Pajunen ovat kirjassaan (2006, 104.) painottaneet saattohoidon periaatteita ja piirteitä. Heidän mukaansa saattohoidossa johdon ja vastuun tulee hoidossa olla selkeästi määritelty eikä hoidossa tule olettaa mitään. Kuolevan ihmisen vaivat ovat aina monisyisiä ja hänen tulee tietää, mitä hoitoja hän saa ja olla myös itse päättämässä niistä. Kuolevan hoito ei tule koskaan rajoittua lääketieteelliseen hoitoon eikä potilaalle tule ilmaista, ettei mitään



ole tehtävissä. Jos hoitava taho ei tiedä, tulee sen kysyä potilaalta tai läheisiltä. Siten luodaan turvallinen, toivoa ja luottamusta ylläpitävä hoitoilmapiiri.

Hyvään kuoleman kokemukseen liittyy monelle usko kuolemanjälkeiseen elämään. On myös sanottu, että ihmistä auttaa, jos hän muistaa koko ajan, että kaiken kestättömyys ja kuolema ovat elämässä tärkeintä. Jos ihminen elää vain hetken kerrallaan tiedostamatta päämäärää, hän tuhlaa elämänsä eli hukkaa sen. Liittyykö siis fyysiseen kuolemaan myös henkisen tason tapahtuma? Vastaus tähän on sen mukainen, mikä ihmisen elämänfilosofia tai -katsomus on. Ihminen kokee kuoleman lähellä tuskaa ja ahdistusta siksi, että hän ajattelee kaiken olevan lujaa ja kestävä. Muutosten kautta ihminen pystyy valmistautumaan kuolemaan ja jos ihminen hyväksyy muutoksen ja osaa luopua, on hänen helpompaa kohdata oma kuolemansa. Yleensä ihmiset kuitenkin pelkäävät, että muutoksessa menettää jotain arvokasta. (Grönlund & Huhtinen 1998, 46.)

Kuolemasta on tehty paljon tutkimustyötä ja pyritty selvittämään kuoleman ja kuoleamisen eri näkökohtia. Vanhin kuolemaa ja kuoleamisen ongelmaa käsittelevä kirja lienee egyptiläinen kuolleidenkirja. Tiibetiläinen kuolleidenkirja, Bardo Thödrol, antaa tietoa muun muassa siitä, miten kuolevaa ja kuollutta autetaan jatkamaan matkaansa tämän elämän päättymisen jälkeen. Tässä teoksessa kuolemista ja kuolemanjälkeistä elämää ajatellaan tilaisuutena kasvuun. Kirja auttaa kuolevaa ihmistä erkanemaan tästä maailmasta hyvillä mielin. Eurooppalaisia kuolemankirjoja on käytetty samassa tarkoituksessa. Niissä keskityttiin kuoleamisen kokemukseen ja kuolevan ohjaamiseen ja tukemiseen viimeisellä matkalla. Näitä teoksia alkoi tulla esille 1300-luvulla noitavainojen, ruttoepidemioiden ja sotien aiheuttamien ennennäkemättömien kuolemanmäärien jälkeen. Ihmiset alkoivat kiinnostua siitä, miten eläviä voitaisiin valmistaa kuolemista varten. (Grönlund & Huhtinen 1998, 51-56.)

Nykyajan tutkimuksissa on voitu havaita, että kuolemassa, jota voidaan pitää myös psyykkis-hengellisenä kriisinä, voidaan kohdata monenlaisia epätavallisia kokemuksia. Näitä ovat esimerkiksi vertauskuvallinen kuoleminen, jälleensyntyminen ja pääsy taivaaseen. Myös kuoleman rajalla käymisen kokemukset ovat osoittaneet, että joutuessaan kuolemanvaaraan ihminen kokee asioita, jotka muistuttavat vanhojen kuolleidenkirjojen kuvauksia ja nykyajan tietoisuustutkimuksen ja psykoterapian yhteydessä tapahtuvia kokemuksia. Kuoleamisen harjoittelua on myös tehty kokeellisesti ja sen on todettu vapauttavan ihmisen kuolemanpelosta ja muuttavan tämän suhtautumista kuolemiseen ja valmistavan häntä omaan kuolemaan. (Grönlund & Huhtinen 1998, 51-56.)

Kuolemaa ei siis voi käsitellä vain teknisesti, neutraalisti tai puhtaasti hallinnallisilla välineillä. Kuolema on tapahtumana hyvin konkreettinen, arkinen ja työntekijän näkökulmasta ammatillinen, mutta kuolema sisältää myös filosofista pohdintaa ja arvokysymyksiä. Siksi saatto-

hoitotyössä ammattilainen joutuu tekemisiin myös itsensä kannalta perustavien elämänkysymysten kanssa. Jokaisen yksilöllisen kuoleman merkitys on syvästi yhteisöllinen. Yhteisö käsittelee jokaisen kuoleman kautta omaa rajallisuuttaan ja mahdollisuuttaan jäädä henkiin menetyksestä huolimatta. Kuoleman kohtaamisen tavoissa on arvokasta se, joka määräytyy kulttuurista ja lähiyhteisöstä, tavallisesti perheestä tai suvusta. Kokemuksena kuolema on kuitenkin aina ainutkertainen eli jokainen on ensimmäinen, joka kuolee. Martti Lindqvist (2006, 24-27) on pohtinut kuoleman merkitystä ja toteaa, että ilman kuolemaa on mahdotonta ymmärtää joitakin elämän ydinasioita esimerkiksi elämän ainutkertaisuutta tai sen arvokkuutta. Hän toteaa myös, että kuoleman läheisyys luo meille eräänlaisen suurennuslasin, joka näyttää kaikki yksityiskohdat selvemmin. Tästä syystä hän katsoo, että sanoilla ja hoitoratkaisuilla tulee kuoleman lähellä enemmän merkityksiä ja asioiden emotionaalisen läpikäymisen merkitys korostuu. Tämän vuoksi terveydenhuollon henkilöstön merkitys kuoleman tapahtuessa ei koskaan rajoitu vain hoitoon, kipujen lievittämiseen tai yleensä kuolinprosessin inhimillistämiseen.

Terveydenhuollon henkilöstöllä tulee olla myös kykyjä kohdata kuoleman synnyttämät reaktiot ja mahdollistaa rauhallisesti ja arvokkaasti vainajan hyvästely ja siihen liittyvät mahdolliset rituaalit. Henkilökunnan on tunnettava hyvin oma roolinsa tukijana. Voidaan myös sanoa, että pohjimmiltaan potilaan ja hoitajan hyvinvoinnin edistäminen ovat samansuuntaisia pyrkimyksiä. (Vainio & Hietanen 2004, 294-295.)

Elämä vaatii, usein kovalla kädellä, nöyrytystä. Elämään tulisi kuulua myös pysähtymisiä, sortumisia, pettymyksiä ja suostumista rikkimienemiseen. Joskus kuolema saattaa ottaa yllätteen ihmisen elämästä siten, että koemme jatkuvaa haluamisen ja saamisen tarvetta emmekä kykene elämään tässä hetkessä. Jos elämän ja kuoleman kokemus ovat kuitenkin tasapainossa, ihminen voi rapistumisestaan ja vähittäisestä haurastumisestaan huolimatta olla vahvasti elossa ja henkisesti terveenä kuolemansairaanakin. Kuolemisen tapahtumaan ja kuolevan ihmisen kokemusten ymmärtämiseen onkin olemassa useita teoreettisia rakenteita, joista saa itselle ajattelun aineksia. Nämä ajatukset koskettavat ihmistä järjen, tunteiden ja ruumiillisuuden alueella. Jäämme yleensä peruskysymysten äärelle, missä vastaukset loppuvat. Kuolemisen kokemuksesta voi kuitenkin myös oppia. Ihmisillä on usein samanlaisia kokemuksia elämän eri asioista, mutta kokemuksen merkityksen luo jokainen itse. Kun ihminen kertoo kokemuksiaan, antaa hän samalla opetukseen ainesta, jota voi jakaa pohtien ja arvioiden toisten kanssa. Samalla hän saa lisää ymmärrystä toisen kokemuksista ja teorioista. (Grönlund ym. 2008, 76-78.)

Useimmat kuolevia hoitavat näyttävät olevan selvillä kuolevien kokemuksista. Tämä on todettu tutkimuksissa ja hoitohenkilökunnan haastatteluissa. Näistä kuoleman kokemuksista kuitenkin puhutaan harvoin. Jotkut hoitotyötä tekevät sanovat pelkäävänsä, että leimaavat poti-

laan kertoessaan kollegoilleen kuolevan kokemuksesta. On myös kerrottu, että potilaat eivät puhu näistä kuolemankokemuksistaan, etteivät omaiset ja hoitoon osallistuvat pitäisi heitä psyykkisesti sairaina. Kuolevia itseään ja heidän läheisiään voitaisiin kuitenkin auttaa enemmän, mikäli kuolemankokemuksia voitaisiin pitää luonnollisena ja asiaankuuluvana. (Grönlund & Huhtinen 1998, 115.)

Kuolema, kuoleminen ja kuolevan kohtaaminen koskettaa ja nostaa esiin hoitavassa henkilössä oman olemisen perusasioita. Hoitotyöntekijä on mukana myös kuolevan henkilön ilon, rauhan, kiitollisuuden ja rakkauden tunteissa, jotka kasvattavat häntä ja antavat voimaa. Kuoleva kertoo kuitenkin tärkeimmät asiansa kokonaisvaltaisesti ruumiin kielellä. Hoitaja oppii löytämään kohtaamisen kanavia, joiden kautta ja avulla vielä tullaan kohdatuksi. Katse, kosketus, toisen ihmisen syli ja asettuminen rauhassa tapahtumisessa antaa lohtua ja hoivaa. Tämä kohtaaminen on dialogisuutta, jossa kahden ihmisen yhdessä oleminen rakentuu ilman ennakoitoja ja suunnitelmia. Hoitotyöntekijällä on mahdollisuus oppia kuolevan kohtaamisessa itse kuoleman oppimista ja siinä kasvamista. Hän oppii olemaan kuolevan lähellä. Kuolema on siten hyvä opettaja, vaikka on ankara ja hellä samanaikaisesti. Hoitajalle oppi tuntuu ruumiillisina, henkisinä ja hengellisinä vaikutuksina. Kuolema heijastuu myös työntekijän sosiaalisiin suhteisiin ja ihmiseen itseensä yksilönä. (Grönlund ym. 2008, 78-81.)

Hoitohenkilökunnan keskeisenä tehtävänä saattohoidossa on kohdata kuoleva potilas ja vastaanottaa tunnelatauksia, joita tilanne tuo eteen. Kommunikaation ja vuorovaikutuksen tulee olla aitoa. Hoitaja on vahvasti ja lämpimästi mukana kuolevan potilaan kanssa. Potilaan tulee voida kokea, että hän on turvallisesti hoidettavana ja hänestä pidetään huolta. Hoitava henkilökunta tulee pitää lupauksensa potilaalle ja tehtävä tiivistä yhteistyötä koko hoitotiimin kanssa. Hoitajalta odotetaan rauhallisuutta, kärsivällisyyttä, turvallisuutta, ammattitaitoa ja taitoa kuunnella. Tehtävät ja odotukset ovat hoitajalle vaativia, ja siksi saattohoitotyö ja kuoleman kohtaaminen voivat myös uuvuttaa auttajaa. Kuolevien hoitaminen on usein hyvin kaunista ja herkkää, joten myös vaatimukset saattohoitotyön tehtävien hoitamisesta kasvavat. (Hänninen & Pajunen 2006, 106.)

Hoitosuhteessa kuolevan kanssa hoitaja joutuu usein tunnepuristuksiin hoidettavien ja heidän läheistensä kanssa. Hoidettavat pyrkivät joskus suojelemaan läheisiään vaikeilta tunteilta ja purkavat ahdistustaan hoitajiin, koska he luottavat siihen, että tilanne pysyy hallinnassa, kun kuuntelijana on etäisempi henkilö. Potilas voi kokea tehtäväkseen tukea läheisiään, joilla on vaikea aika edessään ja näin hän kykenee säilyttämään elämän mielekkyyden tunteen kuoleman läheisyydestä riippumatta. Kuolevan tarpeena on usein myös kokea oma tarpeellisuutensa ja hyvien jälkien jättämisen. Hoitaja joutuu tunnepuskuriksi joskus myös läheisten kanssa. He saattavat olla vaikeammin kohdattavia kuin itse potilaat, koska omaiset voivat kohdistaa vihamielisiä tunteita hoitajiin tai hoitaja joutuu selvittämään omaisten keskeneräisiä asioita

ja suhteita ja hoitaja pyrkii saattamaan perheenjäseniä lähemmäksi toisiaan. (Molander 1999, 37-39.)

Saattohoito on ihmistä lohduttavaa hoitoa, jonka tarkoituksena on olla saapuvilla ja mukana kuoleman lähestyessä. Hoitaja yleensä mielletään läsnä olevaksi potilaan saattohoidossa ja lääkäri poissa olevaksi työn konsultatiivisen luonteen vuoksi. Läsnäoloon ei riitä se, että hoitaja on samassa fyysisessä tilassa potilaan kanssa. Inhimillinen läsnäolo helpottaa potilaan pelkoa, jota lähestyvä kuolema aiheuttaa. Siksi tekeminen ei ole auttavaa vaan nimenomaan oleminen läsnä potilaan lähellä. Monille voi olla vaikea tiedostaa, miten toimia, kun haluaa lohduttaa tai miten tunnistaa olevansa aidosti läsnä kuolevalle. (Saattohoito-hyvä kuolema 2014).

Inhimilliseen läsnäoloon kuuluu myös potilaan koskettaminen, jolla luodaan fyysinen yhteys toiseen ihmiseen. Ammatillisessa koskettamisessa ja inhimillisessä kosketuksessa on suuri ero. Esimerkiksi koskemalla kuolevan kättä osoitetaan potilaalle ymmärrystä siitä, että hän kuolee, ja toivotetaan siten hyvää matkaa. Se, mitä potilas nimenomaan tarvitsee kuolemansa läheisyydessä, on välittämisen tunne. Myös puhumalla hoitaja pitää yhteyttä toiseen ihmiseen ja lohduttaa. Joskus puhuminen voidaan ajatella oleva tapa koskettaa tajutonta potilasta ja osoittaa tämän merkityksellisyyttä. Puhe ja sanat voivat joskus olla myös pakoa intiimistä läsnäolosta. Jos olemme sanattomia, voimme samaistua kuolevan sanattomuuteen kuoleman edessä. Kuolevalla ihmisellä on usein tarve suojautua ja olla puhumatta kuolemasta ja toisaalta turvautua toisiin puhumalla siitä. Kuoleva kokee usein voimakkaitakin mitättömyyden ja hylkäämisen tunteita, joten jos hoitava henkilö kykenee tuottamaan potilaalle turvallisuuden tunteen, on tällä mahdollista käydä myös kuolemanpelkoaan läpi. Kuolevan lohduttamiseen liittyy usein lohdun antajan kokema riittämättömyyden tunne, koska lohduttaminen koetaan vaikeaksi niin suuren surun keskellä. Auttajan voi olla vaikea myös itse kestää surua. Potilas kuitenkin odottaa, että auttaja on kiinnostunut ja paneutunut hänen ainoaan kuolemaansa. (Hänninen & Pajunen 2006, 100-111.)

Saattohoitotyössä tärkeimmät potilaan ja perheen hoitoon osallistuvat asiantuntijat ovat hoitava lääkäri ja omahoitaja, jona yleensä toimii sairaanhoitaja tai lähihoitaja. Hänen vastuullaan on varmistaa, että kuoleva potilas saa mahdollisimman hyvää kivunlievitystä ja muiden oireiden hoitoa. Omahoitajalla on myös paras kokonaiskuva potilaalle tärkeistä perheenjäsenistä ja muista läheisistä. Useimmiten potilas puhuukin asioistaan eniten omahoitajalleen. Tämän on myös tunnistettava osaamisensa rajat ja huolehdittava moniammatillisen tiimin asiantuntija-avun järjestämisestä potilaan hoidossa. Ammattiapua ovat tavallisesti antamassa myös fysioterapeutti, psykoterapeutti, sosiaalityöntekijä tai sosionomi ja sairaalasielunhoitaja. (Aalto 2013, 95-99.)

Kuolevan potilaan hoitaminen on hyvin emotionaalista ja ihmissuhdetaitoja vaativaa kohtaamista. Hyvä saattohoito perustuu myös luottamukselliseen hoitosuhteeseen, joka ilmenee aitoutena, rehellisyytenä ja avoimuutena. Hoitajan tehtävänä on vuorovaikutuksellisin keinoin tukea potilasta, mikä käytännössä tarkoittaa sitä, että hoitaja auttaa potilasta tunnistamaan omaa sairauttaan ja elämäntilannettaan koskevia tarpeita. Hän auttaa potilasta myös löytämään henkilökohtaisia ja ympäristöönsä liittyviä voimavaroja, jotta hän saisi tunteen elämäntilanteensa hallinnasta. Jotta hoitosuhde onnistuisi, on hoitajan hyväksyttävä ehdoitta potilas ja hänellä tulee olla halu ymmärtää potilasta. (Heikkinen ym. 2004, 42-45.)

Saattohoidon toteutumiseen vaikuttavat omahoitajan ja hoitotiimin ammatillinen osaaminen, johon sisältyy hoitamisen tiedon ja taidon lisäksi kokemus ja tunneviestintä. Tämä viestintä ilmenee hoitajan kykyä tiedostaa, hallita ja käsitellä omia tunteitaan tilanteeseen sopivalla tavalla ja lisäksi hoitaa toisten henkilöiden tunteita ja ihmissuhteita. Viestinnässä ja vuorovaikutuksessa ovat aina mukana sanojen lisäksi ilmeet sekä eleet. (Heikkinen ym. 2004, 43-45.) On muistettava, että kuoleva potilas ei mielellään häiritse kiireisiä hoitajia, vaan hän jopa pyrkii miellyttämään kiireistä hoitajaa tekeytymällä helpoksi ja huomaamattomaksi hoidon kohteeksi. Tämän kaltaista hoitosuhdetta ei voida pitää eettisesti arvokkaana eikä myöskään hyväksyttävänä. (Lipponen 2006, 32.)

Hoitamisen ja hoitosuhteen lähtökohtana on, että arvot ja arvostukset perustuvat sekä hoitoyhteisön määrittämiin arvoihin että yksittäisen omahoitajan näkemykseen siitä, mikä on potilaalle hyväksi. Omahoitajalla tulisi olla ainakin näkemys siitä, mitä on hyvä elämä, vaikka hän ei ymmärtäisi täysin sen merkitystä. Kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhde voidaan nähdä yhteistyösuhteena, jossa potilaan toiveita kuullaan ja hänen oikeuksiaan kunnioitetaan. Parhaimmillaan toimiva hoitosuhde auttaa kuolevaa potilasta hallitsemaan elämänsä myös kuoleman lähestyessä, koska potilas voi tulla tietoiseksi itsestään ja omasta elämäntilanteestaan. (Lipponen 2006, 23-24.)

Lipponen (2006, 30) ottaa kantaa myös hoitosuhteessa vallitsevaan hoitajan vallankäyttöön, jossa hoitaja käyttäytyy kaikkietävästi ja holhoavasti pyrkien objektivomaan kaiken ympärillään olevan, myös potilaan. Tällaiselle hoitajalle saattaa olla vaikeata olla yksin tai hänellä on tarve herättää huomiota. Valitettavasti tällöin hoitaja alistaa potilaansa, jolla ei ole enää voimia vaikuttaa omaan tilanteeseensa.

Lipponen (2006, 30-31) katsoo, että hoitosuhteessa ja saattohoitotyössä tarvitaan myös empatiakykyä, jota voidaan pitää eettisenä toimintana ja kykyä nähdä hoitosuhde ja se todellisuus samanaikaisesti kahdesta näkökulmasta: hoitaja kykenee ymmärtämään kuolevan potilaan näkökulman ja säilyttämään samanaikaisesti oma näkökulmansa. Kaikilla hoitajilla ei kuitenkaan aktivoidu samalla tavoin tämä huolenpitotaipumus kuten ei vastavuoroinen kohtaami-

senkaan taito. Nämä edellyttävät hoitajalta tietynlaista kutsumusta tai erityistä herkkyyttä kuulla toisen ihmisen tarpeita ja vastata niihin. Empatiassa ei kuitenkaan heittäydytä toisen tunteiden vietäväksi, vaan toisen kokemuksia kyetään tarkastelemaan tietyltä etäisyydeltä. Empatiakyky mahdollistaa myös ilmeiden ja eleiden merkityksen ymmärtämisen.

Hoitajan ammattitaito antaa varmuutta työhön ja hoitamiseen sekä luottamuksen omaan pätevyYTEEN ja kykyyn hoitaa tehtäviä ja auttaa toisia ihmisiä. Toisaalta hyvä ammattitaito tai ammatillisuus ei auta kohtaamisessa vaan sitä voi käyttää kuin verhoa, jonka taakse ihminen piiloutuu eikä tällöin kohtaamisessa ole mukana ihmisyyttä. (Mattila 2008, 12.)

Hoitajan persoonan mukana olo kuolevan hoidossa sisältää myös riskejä. Persoonan kautta työntekijään voi siirtyä kohtuuttoman paljon epätoivoa, avuttomuutta tai pelkoa. Hoitajalla tulisi siksi olla kyky suojautua ammatillisuuteen ja erillisyyteen potilaasta siten, että hän säästelee etäisyyttä kuhunkin tilanteeseen nähden tarkoituksenmukaisesti. On tärkeää, että hoitaja tunnistaa oman haavoittuvuutensa ja kuolevaisuutensa käsittäen ne yhteydeksi kuolevan potilaan ja tämän omaisten maailmaan. Myös omaa osaavuuttaan täynnä oleva, itsensä virheettömäksi ja vahvaksi kuvitteleva työntekijä on eettinen uhka hoitotyössä. Valitettavasti kuolevien hoitoon liitetään helposti miltei yli-inhimillisiä mielikuvia ja vaateita, joista tulee työntekijöille paljon paineita. Joskus edellytetään jopa inhorealismia, koska kuoleman läheisyydessä on pystyttävä kohtaamaan myös rumia, ristiriitaisia ja epämiellyttäviä asioita. Olisi eettisesti tärkeää ja psyykkisesti helpottavaa niin potilaalle kuin hoitajalle, että arkea konkretisoitaisiin ja vallitsevista olosuhteista hankittaisiin pätevää ja monipuolista tietoa. Hoitoetiikkakaan ei tule koskaan valmiiksi vaan se on aina tekemisissä ja kosketuksissa kesken eräisyyden, rajallisuuden ja jatkuvasti muuttuvien prosessien kanssa. (Vainio & Hietanen 2004, 295-296.)

Aili Huhtisen (2005, 153) mukaan ihminen, joka työkseen kohtaa ja hoitaa kuolevia, on etuoikeutetulla paikalla elämässä, koska hän saa lahjana mahdollisuuden tulla lähemmäksi oman kuolemisensa tajuamista. Raskas ja paljon vaativa työ toisen hyödyksi antaa Huhtisen mukaan kuin kylkiäisenä auttajalle hoitoa.

Työntekijä saattaa hoitaessaan kuolevaa ajautua toisinaan omaan auttajarooliinsa. Tätä kutsutaan ns. auttajasyndroomaksi. Ammatikseen auttava henkilö voi olla takertunut idealisoituun mielikuvaan ammattiroolistaan, mitä ulkopuoliset hänelle tarjoavat. Mielikuva on myös hänessä itsessään, vaikka se onkin täysin epärealistinen kuva. Kuoleman läheisyys yleensä lähes maagisella tavalla korostaa tätä piirrettä. Tuo idealistinen mielikuva omasta roolista samanaikaisesti sekä tyydyttää että ahdistaa työntekijää. Tämä näkyy siinä, että auttajalla on kyvyttömyyttä ilmaista itseään tärkeimmissä henkilökohtaisissa asioissa, vaikka ulospäin hän ei vaikuta ahdistuneelta. Hoitosuhteessa hän on lähes kyvytön ilmaisemaan omia tarpeitaan ja

tunteitaan, mutta hän sallii potilaalle ja omaisille näitä pahan olon tunteita, ja auttaja voi jopa etsiä ja rohkaista heitä niihin. Tämä voi johtaa tilanteeseen, jossa hoitaja kokee masentuneisuutta, mutta viha on käännetty sisäänpäin auttajaa itseään vastaan. Tässä auttaja on kuin lapsi, jolla on suurta riippuvaisuutta vanhempiaan kohtaan, mutta hän ei voi vihata tai hylätä vanhempiaan. Suuruusfantasiat ja masentuneisuus vuorottelevat hänessä. (Huhtinen 2006, 153-155.)

On väitetty, että auttajasyndroomassa työntekijä hakee potilaalta sitä hyväksymistä, jota hän ei ole kunnolla saanut lapsuudessaan. Hän on salaisesti yhtä riippuvainen potilaasta kuin potilas hänestä. Silti auttaja kokee, ettei hän kykene tyydyttämään kaikkia potilaan tarpeita. Hän ajautuu loputtomaan yrittämiseen ja antamiseen ja jopa rajattomaan uhrautumiseen, koska hänen kokemuksensa mukaisesti rakkautta voi saada vain tekemisen ja käyttäytymisen perusteella. Hylätyksi jääminen synnyttää vihaa, jota ei voi kuitenkaan tuntea ja näyttää, koska työntekijä on jo varhain oppinut olemaan ystävällinen ja kiltti ja jatkaa sitä aikuisuudessaakin. Hoitajan auttajaidentiteetti on suuri riski erityisesti kuolevien hoidossa, koska kukaan ei pysty sitä roolia täyttämään. On täysin kohtuutonta tehdä työtään siten, että potilaan tuhoutuminen on vain hoitajasta riippuvaa. Hoitaja alkaisi vain syyllistää itseään ja kerätä omalletunnolleen painolastia epäonnistumisistaan. Ajatus auttajasta pelastajana on suuruudenhullu, usein vaarallinenkin. Työntekijä alkaa kuvitella itsensä henkilöksi, jolla on erityinen rooli elämän tragedioissa. Hän voi alkaa ottaa samalla myös valtuuksia, jotka ovat kohtuuttomia. Jos potilaskin mieltää hoitajansa pelastajaksi, tämä helposti identifioituu häneen luovuttaen koko elämänsä ”suurempiin käsiin”. (Huhtinen 2006, 153-155.)

Edellä esitetty auttajasyndrooma voi aiheuttaa työntekijässä uupumuksen merkkejä, joita ovat tavallisesti krooninen väsymys, yliyrittäminen, syyllisyys, vaikeuksien peittely ja ongelmien kasaantuminen. Usein työntekijä myös eristäytyy ulkoisesti ja yksinäistyy sisäisesti. Uupumuksen merkkejä ovat myös fyysiset oireet, jotka vähitellen pahenevat. Näitä oireita ovat muun muassa unettomuus, säryt ja syömishäiriöt. (Vainio & Hietanen 2004, 297- 299.) Työntekijän jaksamista käsitellään myös muissa kappaleissa tässä opinnäytetyössä.

## 6 Hoitajana saattohoidossa

*Saattohoidossa ei tarvita täydellisiä ihmisiä. Tarvitaan ihmisiä, jotka puutteistaan huolimatta, tai ehkä juuri sen vuoksi jaksavat kantaa ja rakastaa.*

Mirja Jussila, sosiaalityöntekijä, Pirkanmaan Hoitokoti

Kaikki inhimillinen elämä ja auttaminen perustuu vuorovaikutukseen. Kokemuksellisesti auttajalla on mahdollisuus eläytyä hoitosuhteessa toisen tunteeseen ja tavoittaa sen kautta aina jotain siitä, mitä tämä juuri tässä ja nyt oman sielunsa pohjalla kokee. Lindqvistin (2006, 16-

24) mukaan auttamisella tarkoitetaan tukea antavaa toimintaa, missä ihminen kokee itsensä kyvyttömäksi selviytymään omin avuin jostakin ongelmastaan. Auttaja on häntä varten joko täysin vapaaehtoisesti tai ammattinsa puolesta, jotta ongelma voitaisiin ratkaista tai ainakin lievittää sen seurauksia. Hyväntekeväisyysajattelu korostaa sitä, että auttaja tietojensa, taitojensa ja resurssiensa lisäksi on antanut autettavalleen jotakin myös itsestään, elämästään ja persoonastaan. Tällöin hän on asettunut haavoittuvaksi, jopa uhrautuvaksi, jotta autettava voisi saada sen, mitä hän tarvitsee. Siksi auttamisessa on kiinnitetty aikaisemmin paljon huomiota auttajan persoonallisiin ominaisuuksiin ja mielenlaatuun. Tämän käsityksen mukaan on oltava aito kutsumus työskennellä toisen puolesta. Auttajarooliin on myös liittynyt kertomuksia lämpimistä, viisaista, rohkeista ja toisten hyväksi pyyteettömästi uhrautuvista ihmisistä. Auttamisen tulisi näkyä myös selkeänä, ja rationaalisena ammattityönä käytettävissä olevilla tiedoilla, taidoilla ja keinoilla. Vuorovaikutuksessa ja henkilökohtaisessa kontaktissa tulisi kuitenkin edellyttää todellista kohtaamista ja jakamista. Ihmiset voivat silloin ikään kuin peilautua toisiinsa jättäen jäljen omasta itsestään eikä vain omasta ulkoisesta roolistaan tai ammatistaan. (Lindqvist 2006, 16-24.)

Hoitaja tarvitsee myös empatiaa auttamistyössä ja hoitosuhteessa. Empatia on ihmisen kykyä virittyä omassa tunnekokemuksessa samaan elämykseen, mikä toisella ihmisellä on juuri silloin. Empatiakyky on kaikille synnynnäinen ominaisuus, jota ei tarvitse opettaa eikä tuottaa. Kuitenkin on täysin mahdollista, että ihminen elämänvaiheissaan menettää tämän kyvyn joko osittain tai kokonaan tai sulkee pois sen käytön tietyissä tilanteissa. Auttamistyö ilman empatiaa on kuitenkin tuomittu epäonnistumaan, vaikka se olisi muuten kuinka ammatillista taitoa. Jos empatia puuttuu, persoonatasoinen auttamissuhde estyy. Asioita ehkä voidaan hallita ulkoisesti, mutta ne eivät tunnu milteään. Samoin yhteistyötä voidaan tehdä, mutta todellista kohtaamista ei tapahdu lainkaan. (Lindqvist 2006, 73-74.)

Kuolevien hoitaminen ja auttaminen on haastavaa ja palkitsevaa, mutta samalla se on raskas työkenttä terveydenhuollon ammattilaisille. Työntekijät, jotka ovat lähellä potilaiden kuoleman ja omaisten surun kanssa, altistuvat monella tavalla väsymykselle, avuttomuudelle, haavoittuvuudelle ja myös omalle surulle. Varsinkin tilanteessa, jossa potilaan elämä muistuttaa työntekijän omaa tilannetta tai kun kuoleva on lapsi tai nuori. Jos hoitaja voi huonosti, hän ei kykene siihen vaativaan hoito- ja tukemistyöhön, jota saattohoidossa ja kuoleman läheisyydessä tarvitaan. (Vainio & Hietanen 2004, 299.)

Potilas toimii peilinä työntekijälle. Potilaasta heijastuvat työntekijään myös auttajan oma hätä, yksinäisyys ja avuttomuus. Auttajan on osattava rajautua ja puolustaa itseään, koska aina ei voi ottaa vastaan kaikkea sitä, mitä potilas näyttää. Tämän peilin kautta työntekijä joutuu käsittelemään sitä, mikä on jäänyt piiloon tiedostamattomaksi. On tärkeää, ettei työntekijä käsittele henkilökohtaisia surujaan vuorovaikutuksessa potilaan kanssa, vaan hakee tu-



kea muualta ja pitää omat asiat riittävän erillään potilaan asioista. Tavallisesti työntekijä selviytyy, vaikka joutuisi toimimaan pitkäänkin hyvin raskaiden asioiden kanssa ja vaikeissa olosuhteissa. Minimiedellytys kuitenkin jaksamiselle ja itseensä uskomiselle on, että pystyy luottamaan ja kuvittelemaan hyvän mahdolliseksi. Eli elääkseen ihminen tarvitsee kykyä toivoa, joka on hyvän odottamista ja kykyä liittää itsensä omaan tulevaisuuteensa. Siksi jaksamisenkin kannalta on tärkeää, että jossakin on jäljellä luottamusta siihen, etteivät elämässä kaikki petä, ja että on jotakin tai joku, jonka varaan voi jättää itsensä ehdoitta. Henkisiä ja fyysisiä voimavaroja vaativassa työssä, saattohoitotyössä, henkilöstö tarvitsee jaksamiseensa tukea ja työnohjausta. Myös koulutus ja hyvän ammattitaidon hankkiminen ja säilyttäminen tukevat ja ylläpitävät hoitajan jaksamista. Moniammatillinen tiimi edesauttaa hyvän saattohoidon onnistumista. (Vainio & Hietanen 2004, 299-300.)

Ihmistyön ja auttamisen alueilla hoitajakin käyttää persoonaansa tärkeimpänä työkalunaan. Auttajan persoona on elävä peili ja ikkuna autettavan maailmaan eli avuntarvitsija voi nähdä itsensä uudessa valossa auttajansa kanssa. Auttaja toimii tarvittaessa puolisona, lapsena, työnantajana, rakastettuna, vihamiehenä tai naapurina, koska auttaja edustaa tunnereaktioissaan sekä asiakastaan että kaikkia niitä vastarooleja, jotka ovat merkittäviä asiakkaan maailmassa ja jääneet hänen mieleensä. Hoitajan persoona voi edustaa potilaalle myös toivoa, elämänuskoa ja selviytymismahdollisuutta. Persoonan käyttäminen omassa auttamistyössään tekee mahdolliseksi monia tärkeitä asioita. Se tuottaa potilas- ja asiakassuhteeseen tilaa herkkyydelle, intuitiivisuudelle, spontaanisuudelle ja sallivuudelle. Persoonallaan on enemmän kosketuksessa autettavan maailmaan kuin tiukassa ammattisuhteessa, koska mikään inhimillisesti tärkeää ja tosi ei ole ennakkoon poissuljettua. Molemmat ovat sekä antajan että saajan, osaavan ja osaamattoman roolissa. (Lindqvist 2006, 72-76.)

Suurimmaksi haasteeksi kuolevien hoidossa on todettu työntekijöiden omien tunteiden hallitseminen ja omaisten tunteiden kohtaaminen. Tämä todettiin yhteispohjoismaisessa hospistyöntekijöiden haastattelututkimuksessa. Sama tutkimus osoitti, että haastateltavat pitivät kuolevien hoitajia erilaisina kuin muita hoitajia. Kuolevien hoitajia on tutkittu eri maissa ja erilaisissa hoitolaitoksissa ja tulokset ovat olleet erilaisia. Esimerkiksi hospistyyppisissä hoitokodeissa työskentelevillä oli vähemmän uupumisoireita kuin syöpäosastolla työskentelevillä. Tämä johtui oletettavasti paremmasta työtovereiden tuesta ja mahdollisuudesta käsitellä kuolemaan liittyvää ahdistusta työyhteisössä. (Molander 1999, 17-20.)

## 6.1 Tunteet hoitotyössä

Hoitajan omat tunteet voivat nousta esille hänen hoitaessaan kuolevaa potilasta. Hoitaja voi kokea vihaa ja toivottomuutta, kun hän kohtaa sairauden epäoikeudenmukaisuuden. Hän voi kokea itsensä kyvyttömäksi auttaa potilasta ja hänen omaisiaan. Hoitaja voi kokea tarvetta

paeta tilanteesta ennemmin kuin nähdä surevien hätää ja tuskaa. Tilanne voi tuntua vielä vaikeammalta, jos kuoleva muistuttaa hoitajan läheistä tai elämäntilanne vastaa kuolevan tilannetta. Hoitosuhteessa omahoitaja on usein potilaan ja hänen läheisten kanssa pitkässä yhteistyösuhteessa, missä nämä tulevat tutuiksi hoitajalle. Kun potilas kuolee, omahoitajan on lupa surra yhdessä perheen kanssa. Jos kuolematapauksia sattuu useita lyhyen ajan sisällä, kokemukset saattavat olla hoitajalle hyvinkin raskaita. Hoitajan on sen vuoksi tarpeen tunnistaa omia arvojaan, jotta hän kykenee auttamaan potilasta ja hänen läheisiään, kun nämä pohtivat elämän tarkoitusta. Hoitajan on syytä myös tiedostaa omat mahdolliset taipumuksensa etsiä syytä sairastumiseen, jotta tuomitseva suhtautuminen ei välity sanattomina viesteinä hoitosuhteessa. (Grönlund & Huhtinen 2011, 192-193.)

Hoitotyössä elämän loppumiseen ja kuolemaan liittyvät vaikeat tunteet on nähty erityisen kuluttavina. Kuoleman kohtaamiseen on oletettu vaikuttavan sen, miten on omassa elämässään kokenut pystyneensä saavuttamaan asettamansa päämäärät. Ihminen, joka on kokenut elämänsä rikkaaksi ja arvokkaaksi, on helpompi kohdata kuolema. (Molander 1999, 21.) Toinen näkökulma on, onko hoitajalla voimia ottaa vastaan kuoleman herättämät tunteet, mielikuvat ja ajatukset (Hänninen & Luomala 2013, 170).

Vaikka tunteet syntyvät vuorovaikutuksessa niin potilaan kuin työyhteisön kanssa, on tärkeää, että kukin hoitaja oppii kantamaan vastuun omista tunteistaan. Kaikki tunteet eivät ole miellyttäviä, ja osa tunteista voi tuntua jopa häiritsevältä tai hämmentävältä. Kanssakäymistä helpottaisi, jos itse kukin työntekijä voisi huonoina päivinä todeta, että on pahoillaan kurjasta olostaan. Usein pelkkä toteaminenkin tekee tilanteesta aivan toisenlaisen, kun asia ja tunteet tulevat puheeksiotetuksi. (Mattila 2008, 84.)

Yksi työn suorituskykyyn keskeisimmin vaikuttavista seikoista on se, kuinka paljon panostaa tekemiseen. Tunteet vaikuttavat panostuksen määrään monella tasolla kuten siihen, kuinka paljon energiaa meillä on kullakin hetkellä käytettävissä. Niin negatiiviset kuin positiiviset tunteet työssä lisäävät energiaa. Esimerkiksi innostus, ylpeys, pelko ja viha lisäävät kaikki energiaa. Toiset tunteet taas vähentävät energiaa kuten suru, häpeä ja tyytyväisyys. (Rantanen 2011, 51.)

### 6.1.1 Kuolemanpelko

Hoitohenkilökuntaan kuuluva tuntee kuolemanpelkoa silloin, kun oma kuolema, ikääntyminen, ja omat kokemukset läheisen kuolemasta ovat jääneet käsittelemättä. Jos kuolema on uusi ja outo asia eikä kuolemasta ole mitään kokemuksia, sitä kohtaan tunnetaan pelkoa. Hoitaja saattaa pelätä, ettei osaa hoitaa oikein, etteivät potilaan kivut lievity tai kuolevan kaikkiin tarpeisiin ei osata vastata. Ihmisen uskonnollinen vakaumus ja sen voimakkuus on tärkeä

muuttuja selittämään uskonnon ja kuolemanpelon välistä suhdetta. Uskonnolla on merkittävä osa yhteiskunnassa, sillä se auttaa ihmisiä selviytymään epätavallisista tapahtumista, erityisesti kuolemasta. Sellaiset, joilla on kaikkein vahvin uskonnollinen orientaatioperusta, kokee vähiten pelkoa kuolemasta. (Grönlund & Huhtinen 1998, 75-77.)

Kuolemalla ja kuolemanpelolla saattaa joskus olla yliote ihmisen elämästä. Se voi näyttäytyä ihmisellä jatkuvana haluamisen ja saamisen tarpeena. Sen seurauksena ihminen ei viestitä elämänilosta, intohimosta, vihasta ja rakkaudesta vaan kulkee tunteettomana. Ihminen voi myös elää kieltäytymällä jostakin syystä tunnistamasta ja toteuttamasta omia todellisia mahdollisuuksiaan ja tarpeitaan. Hän voi kuoleman läheisyydessä kokea, että elämää ei ole ollutkaan ja elämä on pettänyt hänet. Tähän elämän ja kuoleman tasapainoon liittyy monia kysymyksiä myös hoitohenkilöstölle. Olemmeko mahdollisesti kuolemassa siirtymässä elämästä johonkin toiseen olotilaan ja onko se sama tila, josta syntymän kautta on tultu? Onko meillä sellaisia kokemuksia, jotka auttavat kestämään kuoleman todellisuutta? Miten ihminen voi tulla toimeen kuoleman pelon kanssa niin, että se kirkastaisi elämän arvokkuutta eikä vähentäisi hänen elämänsä mahdollisuuksia? Kun ihminen on löytänyt oman tiensä, hän voinee ajatella kuolemaa rauhallisemmin ja kuolla puolensa pitäen. Entä auttavatko luopumisen tuskan ja sitoutumisen riemut kuoleman hetkellä luopumaan? Liittykö kuoleman pelkoon luopumisen vaikeus, yksinjäämisen uhka tai se, ettei koskaan ole ollut täysin itsellinen ihminen? Näiden kysymysten äärellä voidaan todeta, että kuoleman pelko on yksi ihmisen tärkeistä opettajista, koska tullakseen rohkeaksi elämässä tulee ensin pelätä kuolemaa. (Grönlund ym. 2008, 76-77.)

### 6.1.2 Haavoittuneisuus

Läheisyyden, liittymisen ja hyväksynnän tarpeisiin voi myös liittyä monenlaista haavoittuneisuutta. Jos ihminen ei saa arvostusta, hän ei ehkä ole tarpeeksi ehjä löytääkseen tämän luottamuksen ja arvon sisimmästään. Elämän kipukohdat muodostuvat usein tunteiden ja tarpeiden ympärille, ja myös häpeä on niissä osana. Tämäkin edellyttää hoitajalta oman itsen ja oman elämäntarinan kohtaamista. Hänen on tunnistettava ja myönnettävä omat särönsä ja varjonsa, jotta hän voi kohdata potilaansa rohkeasti ja totuudellisesti. Paradoksaalista onkin, että mitä vahvemmin ihminen uskoo siihen, ettei omalla elämäntarinalla ole vaikutusta, sitä enemmän se vaikuttaa. Mikäli työntekijä kokee turvattomuutta, on sen taustalla usein syvään juurtunut uskomus, että jos ei itse pärjää, ei kukaan auta. Varsinkin elämän epävarmoissa ja vaikeissa tilanteissa voi tällöin puuttua luottamus siihen, että elämä kantaa. (Mattila 2008, 40-43.)

Työntekijän oman elämäntarinan haavoittuneisuus ja eheys vaikuttavat aina sekä työn motiiviin että asiakassuhteiden reaktioihin. Työntekijä pohtii, miksi haluaa tehdä työtään, miksi

haluaa palvella ja hoitaa, onko hän oikeanlainen ihminen kannustavana, jaksavana, auttavaisena ja kärsivällisenä. On hyvä tarkastella myös sitä, miten työntekijä kestää työssään vastoinkäymisiä, epäonnistumisia ja yllätyksiä. Miten hän pärjää auttajana, jos joku ei suostu autettavaksi? Ajatteleeko hoitaja silloin, että tuskin hänellä on olemassaolon oikeutta, kun ei onnistu palvelemaan toisia ihmisiä? Vai kykeneekö hän luottamaan siihen, että hänen elämälleen ja työllään on arvo ja merkitys, vaikka hän ei aina jaksa tai onnistu? Jos hoitajan oma kelpaavuus riippuu siitä, auttaako hän aina kaikkia, hänelle on erittäin vaikeaa valita lepo palvelemisen sijaan. Haavoittuneisuuden vuoksi hoitaja ajattelee helposti, että hänen tulee tehdä kaikki ja jos hän ei tee, hän tuntee syyllisyyttä. Riittävän ehjä auttaja uskaltaa arvioida, mikä on hänen tehtävänsä tässä maailmassa ja hän voi kohdentaa voimavaransa siihen. Ihmisen tulee suojella itseään ja pitää huolta omasta jaksamisestaan, koska uupuneena hän ei voi auttaa ketään. (Mattila 2008, 40-43.)

Lindqvistin (2006, 95-98) käsityksen mukaan haavoittuneisuuteen tulee myös suostua. Hän tarkoittaa sillä sitä, ettei hoitaja halua väistää mitään vastaantulevaa vaan mennä suoraan päin. Kohtaaminen potilaan kanssa tapahtuu täysin aseettomana ja omaa reviiriään suojaamatta ja pakenematta riippuvuutta. Hoitaja tiedostaa, että potilas satuttaa häntä, mutta hän ei silti väisty. Haavoittuvuus on läsnäolevaa kaikissa niissä kohdissa, missä ihminen menettää erillisyytensä. Tällaisesta symbioottisesta samastumiskokemuksesta on esimerkkinä syvä rakkaus rakkauden kohteen kanssa.

### 6.1.3 Myötätuntouupumisen riski

Kärsivän ihmisen kokemusten ja tarpeiden kuuleminen on hoitohenkilöstölle ja ammattiauttajille tavallista saattohoitotyössä. Ihmisellä on yleensä luontainen kyky elää kärsimysten kanssa, käsitellä niitä tietoisesti tai alitajunnassa ja löytää oma selviytymistapa. Kuitenkin niillä, joilla on työssään jatkuva kontakti elämän kärsimykseen, on myötätuntouupumisen riski suuri. Uuvuttavuus auttamistyössä on kuitenkin auttamisen luonnollinen osa, jos kohtaaminen on aitoa eikä se ole auttajajan oma erityispiirre eikä merkki auttamistyön puutteellisuudesta. Pitkemminkin olisi erikoista, jos toistuva kärsimyksen myötätuntoinen kohtaaminen ei uuvuttaisi. Ammattiauttamisessa on kuitenkin piirteitä, jotka eivät ole normaaleja. Sen vuoksi on auttajien rasitteita on tutkittu tarkemmin ja lähdetty puhumaan emotionaalisesta kuormittumisesta, joka yleensä lisää pahoinvointia ja vaikuttaa palveluiden laatuun. (Nissinen 2007, 12-14.)

Määritelmän mukaan myötätuntouupuminen on ihmishuhtetyöntekijän työuupumusta. Se on laajempi käsite kuin työstressi ja työstä väsyminen ja prosessina työuupumus on monisyisempää ja hitaammin kehittyvää. Uupumuksen syyt löytyvät sekä yksilö- ja työyhteisötasoilta että yhteiskunnallisista tekijöistä. Yksittäisen työntekijän emotionaalinen kuormittuminen vaikut-

taa aina työtoverisuhteisiin ja koko työyhteisön toimintatapoihin. Virkeäkin työntekijä voi uupua, jos työyhteisössä on paljon väsyneitä työntekijöitä. (Nissinen 2007, 12-14.)

Työntekijä kokee lisääntyvää stressiä, mikäli hän ei pysty vaikuttamaan omaan työhönsä. Hän kokee tällöin puutteellisuutta, jos hän ei tunne voivansa vaikuttaa perustehtävän toteutukseen. Tämä johtaa tavallisesti motivaation laskuun, kun ammatilliset haasteet aletaan kokea ylivoimaisiksi ongelmiksi ja esteiksi. Erityisesti henkiseen kuormittumiseen liittyvät kysymykset tarvitsevat työyhteisön keskustelua. Jokainen tarvitsee kokemuksen kuulluksi tulemisesta ja näkökulmien jakamisesta. Mikäli työntekijä ei voi käydä ammatillisia keskusteluja työtovereidensa, esimiestensä eikä työn kannalta keskeisten organisaation tahojen kanssa, hän ajautuu tilanteeseen, jossa hänen on etsittävä yksin sopeutumisen ja suojautumiskeinoja selvitäkseen paineista. Työntekijöiden kuormittumista lisää myös palautteen unohtaminen. Valitettavasti työntekijät joutuvat usein tulkitsemaan hiljaisuuden myönteiseksi palautteeksi. Kun kielteisistä asioista ei puhuta, se tarkoittaa onnistumista. Työnantaja ei taloudellisista tai asennesyistä pysty järjestämään tukitoimia työpaikalle, esimerkiksi kehittämispäiviä, työnohjausta ja lisäkoulutusta eivätkä siksi pysty viestittämään alaisilleen ymmärtävänsä työntekijöiden arvoa ja tuen tarvetta. Kaikki työntekijät kuitenkin tarvitsevat myönteistä kannustusta työssä jaksamiseen ja motivoitukseen. (Nissinen 2012, 25-28.)

#### 6.1.4 Itsetunto ja väsyminen

Hoitavan henkilön persoonallisuuden tärkein perusta on terve itsetunto, jonka avulla voi selvitä elämän kriiseistä. Jos itsetunto (terve narsismi) on riittämätön, henkilö kääntyy itseensä ja menettää kykynsä vuorovaikutukseen ympäristönsä kanssa. Vähitellen ihminen menettää myös kykynsä käyttää hyväkseen itsessään olevia luovia voimavaroja, ja hänen käyttäytymisensä muuttuu kaavamaiseksi ja tunteettomaksi. Ihmisen hoitamisessa on tärkeää opetella tilanneherkkyyttä ja pyrkiä huomioimaan ja vastaamaan hoidettavan yksilöllisiin tarpeisiin. Tunteiden salliminen ja hyväksyminen tukee itsetunnon kehitystä. Aina ei ihminen kuitenkaan osaa selittää omia tunnekokemuksiaan ja sanoa, mitä hän tuntee ja kokee huomenna tai yleensä jossain toisessa ajassa tai paikassa. Jos ympäristön odotukset ja hoitajan omat henkilökohtaiset tarpeet sopivat yhteen, hän voi elää omaa elämäänsä itsenäisesti joutumatta kovin suureen ristiriitaan tai ahdistukseen. Silloin myös potilaalla on mahdollisuus, kuten myös oikeus, tulla hoitajan taholta kohdelluksi omista arvoistaan ja elämäkatsomuksestaan käsin. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 106-108.)

Hoitajan yleensä odotetaan olevan aina iloinen, ahkera ja ymmärtäväinen. Jos hoitaja onkin väsynyt, voimaton ja innoton, tuntee hän olevansa huono ja kelvoton ihminen. Jostain syystä monelle on vaikea myöntää väsymystään ja sitä, ettei jaksaa. Jos taas ei myönnä väsymystään,

ei voi levätä eikä myöskään kykene kohtaamaan tunteitaan, jotka ovat sallittuja ja oikeita. (Mattila 2008, 69.)

Terhokodin ylilääkäri J. Hännisen (yleisöluento 23.1.2014) mukaan hoitohenkilöstöä uuvuttaa ennenkaikkea kuolemien määrä ja tiheys, riittämättömyyden ja voimattomuuden tunne, surun kumuloituminen, positiivisuuden tai toivon hukkaaminen, henkilökohtaiset vajavaiset keinot auttaa sekä kuolevien regressiivisyys ja perheiden kaoottisuus.

On hyvä muistaa, että terveen työntekijän mieli ei nosta esiin tunnetta, jota se ei kestäisi. Kun työreaktiot ja vaikeat tunteet alkavat virrata, voi olla helppoakin kohdata tunteet ja viipyä niissä, kunhan näkee itse sen mielekkäänä. Kun joudumme inhimillisen kärsimyksen äärelle, se herättää tunteemme, oli tilanne työhön liittyvä tai ei. Saatamme kohdata silloin myös niitä tunteita, joita ei ole ennen elämässään kohdannut. Omat tunteensa on tarpeen kuitenkin kohdata, jotta emme säilöisi tunteitamme tai piehtaroi niissä turhaa. Lopputuloksena onnistuneessa potilaan kohtaamisessa on syvän levon, lämmön ja energisyyden tunne, jota voi työstä palautumisessa kokea. (Palosaari 2007, 190-191.)

Ammattiauttajien väsymyksen syytä ei tule etsiä vain henkilökohtaisesta tai työyhteisöön liittyvästä problematiikasta. Vähintään yhtä paljon hoitajan väsymyksessä on kyse itse työn luonteesta, sen henkisestä rasittavuudesta ja erityisesti tunnetasolla tapahtuvasta kuormittumisesta. Lindqvist (2006, 128-129) määrittelee auttajat ”säiliöihmisiksi”, joiden työhön kuuluu olennaisena osana asiakkaan kuorman vastaanottaminen ja varastoiminen itseensä. Tämä voi olla arkista käytännön asioiden painetta hoitotyössäkin. Mutta täysin kohtuuton rasitus hoitajalle ovat tilanteet, jossa tehdään työtä ilman riittävää koulutetun työvoimaa ”tappavilla” rutiineilla. Tunteiden vastaanottajana työntekijän asema on vaikea. Jos hän korostaa ammatillisuuttaan ja suojautuu sen taakse, ei apua tarvitseva silloin voi saada sitä, mikä on kaikkein tärkeintä, empatiaa ja kokemusta ongelmien jakamisesta inhimillisellä tavalla. Se auttaa vain, jos auttaja suostuu panemaan työhön oman persoonansa. Mutta tällöin hän kuitenkin tulee haavoittuvaksi ja samalla hänelle jää ylimääräistä painetta, jota ei voi kaataa asiakkaan päälle.

Hoitajan väsymyksen syynä voi olla myös ylivastuisuus. Hän ei kykene rajaamaan työtään, koska hän kokee velvollisuudekseen olla aina kaikkien käytössä ja hän kokee olevansa korvaamaton. Ylivastuinen työntekijä tarjoutuu helposti tekemättömien töiden suorittajaksi ja myös työtovereiden paineiden vastaanottajaksi. Avuntarpeella ei yleensä ole mitään loppua, joten auttaja vähitellen uupuu. Ylivastuisuudessa on yleensä kysymys torjunnasta ja ihmisen sisäisestä tyydyttämättömyydestä. Jos ihminen pysähtyy, hän joutuisi kohtaamaan oman tyhjyyden ja yksinäisyyden kipeästi. Siksi ylivastuinen työntekijä jatkaa puurtamista katkeamisenkin uhalla. (Lindqvist 2006, 129-130.)

## 6.2 Hoitajan kasvu

*”Tänään havaitsin: kuoleman maa ei enää tunnu etäiseltä kuin ennen, ei pelottavalta, eikä se ole musta.”*

Lassi Nummi, kirjailija

Paatuneinkaan auttaja ei voi välttyä siltä, että jotakin elämän haavoittavuudesta siirtyy auttamistyön kautta myös hänen omaan minuuteensa. Auttajalla on halu elää avuttoman kanssa tietäen, ettei voi tehdä mitään pelastaakseen toisen tämän omalta kivulta. Siksi auttaja alkaa kokea omaa kipuaan, joka peilautuu asiakkaasta. Auttajalla ei yleensä ole mahdollisuutta katkeytyä siltä todellisuudelta, vaan hän on valinnut itselleen elämän, jonka tarkoituksena on käydä läpi sitä yksinäisyyttä, syyllisyyttä ja avuttomuutta, joka on keskeinen osa kaikessa elämässä. Hoitajalla on kuitenkin auttajana mahdollisuus kasvaa sekä vahvuudessaan että haavoittuvuudessaan. Se edellyttää, että hoitaja työskentelee aluksi hyvin minäkeskeisesti ikään kuin autettavan roolissa paneutuen omaan avuntarpeeseen ja oman elämän ongelmakohtiin. Sen jälkeen auttaja opiskelee työhönsä liittyviä perustietoja ja -taitoja, joista hän hakee itselleen ammatillista näkemystä ja työvälineitä. Niin sanotussa kolmannessa vaiheessa auttaja on jälleen yksin ja työskentelee itseohjautuvuutensa ja ihmisenä olemisensa kanssa. Tämän Lindqvistin näkemyksen mukaan on tärkeää, että kaikki tasot tai vaiheet ovat mukana omassa kasvussa. Auttajana ei voi säilyä, ellei hyväksy omaa yksinäisyyttään, syyllisyyttään ja avuttomuuttaan ja opi selviytymään niiden kanssa. (Lindqvist 2006, 98-100.)

Hoitajalta edellytetään, että he ovat arkista työtään tekeviä, välittömästi kokevia ja itseään ilmaisevia, spontaanisti reagoivia ihmisiä. Toisaalta he toimivat myös oman elämänsä ja työnsä todistajina nähdessä omat varjonsa ja heikkoutensa sekä kaiken sen, mitä varjon pakeneminen teettää. Hoitaja ei pysty paljoakaan muuttamaan näkemästään, mutta hän voi opetella erottamaan omat ongelmansa potilaidensa ongelmista. Auttamistehtävässä onkin väärää itse-suojelua pelata aina varman päälle. (Lindqvist 2006, 117-119.)

Kiehtovaa onkin Lindqvistin (2006, 170) ajatus, että hoitaja on lähinnä kartanlukija, joka tutkii, mitä hyvää ja pahaa elämällä on varattuna potilasta varten. Kun jotain on selvinnyt, ainoksi tehtäväksi jää kulkeminen yhdessä potilaan kanssa siihen kohtaan, missä elämä alkaa puolustaa itseään ja tuottaa omaa prosessiaan. Tämä mielikuva liitosta elämän kanssa suojelee työntekijää myös itsensä hylkäämiseltä ja hänen on suostuttava hyväksymään myös oma elämänsä. Siinä on kasvun paikka.

## 7 Henkinen hyvinvointi

*Elä paikassa, johon tunnet kuuluvasi, sellaisten ihmisten kanssa, joita rakastat, tehden sellaista työtä, jolla on merkitystä.*

Richard Leider

Hyvinvointi työssä on psykologisesta näkökulmasta ytimeltään tunneperäinen asia, koska tiedämme kehossamme ja tunteissamme, miltä tuntuu, kun työvuoro lähestyy ja saavumme työpaikalle. Työhyvinvointi näyttäytyy meille työtyytyväisyytenä, työn ilona, työn imuna, sitoutuneisuutena, ammattitilpeytenä ja kutsumuksena. Työn mielekkyyden kokeminen on työhyvinvoinnin kannalta erittäin tärkeää. Voimme pitää hyvää työtä meille siunauksena ja huonoa työtä kärsimyksenä, joka uuvuttaa ja kasvattaa sairastumisen riskiä. Työhyvinvointimme lisääntyy, kun saamme työrauhan suorittaa kulloisenkin tehtävämme rauhassa. Samoin työmme selkeä päämäärä tuo hyvinvointia kuten myös välitön ja rakentava palaute tehdystä työstämme. Työn kautta itsensä kehittäminen tuntuu hyvältä. Parhaan mahdollisen työkokemuksen merkki on, kun voi irtaantua arjesta eli palautua työstään. Nämä kaikki edellä esitetyt seikat ovat työhyvinvoinnin ydinkokemuksia. (Luukkala 2011, 32.)

*Työnimu* on suhteellisen pysyvää ja myönteistä hyvinvointia työssä kuvaava motivaatio- ja tunnetila. Ihminen kokee *tarmokkuutta* eli hänellä on energisyyttä ja halua panostaa työhön, hänellä on sinnikkyyttä myös vastoinkäymisissä ja tarmokas ihminen menee yleensä mielellään töihin. *Työlle omistautuminen* tarkoittaa, että työ koetaan merkitykselliseksi ja innostavaksi, ja työstä saadaan inspiraatiota ja haasteellisuutta, jossa työntekijä voi kokea saavuttaneensa jotakin ja löytäneen itsestään myös jotain uutta.

*Työhön uppoutuminen* on ihmiselle syvää keskittyneisyyden tilaa ja paneutuneisuutta työhön. Ihminen kokee niistä nautuntoa ja aika tuntuu kuluvan huomaamatta ja töistä on vaikea irrottautua. (Rytikangas 2011, 38.)

Seuraavissa kappaleissa esitellään hieman tarkemmin työssä jaksamisen ja voimaantumisen kannalta olennaisia tekijöitä yksilö- yhteisö ja johtotasolla. Olennaista on, että työhyvinvointiin johtavista asioista huolehtiminen kuuluu organisaation jokaiselle jäsenelle, työntekijöistä ylimpään johtoon. Jokainen taso voi itse valita, perustuuko työmme arvostukseen, välittämiseen ja läsnäoloon. (Rytikangas 2011, 14.)

### 7.1 Itsensä johtaminen

*Ole itse muutos, jonka haluat nähdä maailmassa.*

Mahatma Gandhi



Tämän päivän työelämän haasteet ovat suuret. Monilla työpaikoilla tulostavoitteet ovat kovia ja työntekijämääriä vähennetään ja vastuualueita laajennetaan. Työntekijät väsyvät, jopa uupuvat. Kuitenkin niin yksilön, organisaation ja yhteiskunnan etu on, että jaksaisimme olla mahdollisimman pitkään mahdollisimman hyvässä työkunnossa mukana työelämässä. (Rytikan-gas 2011, 16.)

On tärkeää säilyttää oma ote työntekoon myös ulkoisten paineiden ja vaikutteiden kohdistu-essa. Työntekijä on itse avainhenkilö muuttaamaan tilannetta, jos työssä ei jokin tunnu toi-mivan. Jotkut muokkaukset työssä voi tehdä oma-alotteisesti, toiset muokkaukset edellyttä-vät neuvottelua esimiehen kanssa. Oman työn muokkaaminen voimistaa ja kehittää työminää. Jokainen voi muokata omaa työtään muuttamalla työtapojaan ja muovaamalla työalueensa rajoja, vaihtamalla näkökulmaa tai säätelemällä työssä tarvittavaa vuorovaikutusta. Työn muokkaamista voi tehdä pienimuotoisesti ja jatkuvasti ja usein se tapahtuu huomaamatta, sen enempää ajattelematta. Väsymyksen tai sairauden yllättäessä ja työhön palatessa oman työn muokkaaminen voi auttaa löytämään ratkaisuja työkunnon palaamisessa. (Kallio & Kivistö 2013, 27-31.)

Työuupumuksen syy voi johtua meistä itsestämme silloin, kun meille on syntynyt osaamisen vajetta. Osaamattomina meillä ei ole hallinnan tunnetta työhömmä. Toinen mahdollinen uu-pumuksen aiheuttaja on työasenteemme. Jos vaadimme työsuorituksiltamme liikaa, se uuvut-taa. Voimme myös toimia liian alistuneisesti työtovereitamme kohtaan, jolloin tämä vuorovai-kutustyyli on pitkällä aikavälillä liian uuvuttava. Entä mistä tiedämme, milloin työstä palau-tumiseen tulee panostaa? Mitkä ovat liiallisen väsymisen merkkejä, jotka on korjattava? Jos-tain syystä voi olla vaikea tunnustaa itsellensä väsymystään. Osaamme olla joskus luovia ja lahjakkaita itsemme harhauttamisessa. Voimme kuitenkin olla itseemme avoimia, rehellisiä ja rakentavia sekä oppia havannoimaan omaa itseään ja jaksamistaan. Yleensä eriomainen stres-sinhallintakeino on juuri ongelman kohtaaminen. (Luukkala 2011, 56- 61.)

Työn ja vapaa-ajan selkeä erottaminen edistää usein elpymistä työstä ja sen kuormituksesta. Tilanne on hankala, jos työasiat tahtomattamme pyörivät ajatuksissa useita tunteja vielä työ-päivän jälkeen ja kannamme huolta työasioista. Myös työpäivän aikana on syytä organisoida työnsä siten, että voimme ripotella päivän kulkuun lepo- ja liikuntataukoja. Silloin voimme säilyttää monipuolisen ja tasapainoisen otteen omaan elämään. Vapaudumme yleensä stres-sistä pitämällä tauon ja pelkästään olemalla hyvällä omallatunnolla tekemättä mitään. Taita-vana rentoutujana edistämme oman vapaa-aikamme nautittavuutta, työssä jaksamistamme ja hyvää yöaikaamme. (Luukkala 2011, 67-68.)

Omien tunteiden säätely lisää kokonaisvaltaisesti hyvinvointiamme niin fyysistä kuin psyykkis-tä terveystämme. Itsetuntemus onkin tunneälyn perusta, johon tunteiden käsittely, itsekont-

rolli ja empatia ovat kiinteästi yhteydessä. Näissä saattaa olla yksilöllisiä eroja sukupuolten välillä. Miehet saattavat purkaa henkisiä paineita toiminnallisesti esimerkiksi he lähtevät lenkille tai saunovat. Naiset purkavat tunteitaan verbaalisemmin ja sosiaalisemmin kuten soittavat ystävälleen. Meidän ei kannata liikaa murehtia ja velloa tunteissamme olemalla liian pitkään tunnekoukussa, mutta ei ole myöskään suositeltavaa olla tukahduttamatta omaa mieltä ja turruttaa ja kivettää tunteitaan. Tunteet ovat tärkeitä ja meidän kannattaa ottaa niistä tunteista kiinni, jotka antavat meille voimaa mennä eteenpäin elämässä. Kaiken kaikkiaan erilaiset ihmiset tavoittelevat tyytyväisyyttä ja onnellisuutta eri tavoin ja kehittävät itselleen erilaisen elämäntavan. (Luukkala 2011, 78-80.)

Saattohoitotyössä suru koskettaa myös työntekijää, kun hänen oma potilaansa kuolee ja hän lohduttaa omaisia. Surun kokemuksia työpaikalla voivat olla myös työtoverin lähtö muualle, tärkeän projektin loppuminen, työtilojen vaihtuminen, tavoitteiden saavuttamattomuus tai kun ei saa kaipaamaansa huomiota. Työntekijän henkilökohtaiset elämän surut välittyvät myös työpaikalle. Suru on tunne, jonka jätämme usein huomioimatta ja vielä useammin hyödyntämättä. Lievänä suru on kuitenkin hyödyllisimmillään, jos se vain osataan hyödyntää. Surun tarkoituksena on viestiä, että on aika hidastaa tahtia tai pysähtyä sekä järjestää ajatukset uudelleen menetyksen jälkeen. Sureminen ei ole kuitenkaan vakaa olotila, vaan tunteet vaihtelevat. Suremisessa mieleemme nousevat menetykseen liittyviä mielikuvia, muistoja ja ajatuksia. Suru vaikuttaa suorituskykyymme monella tavalla ja eri tutkimusten ja havaintojen pohjalta vaikuttaa siltä, että surua kokiessamme käsittelemme tietoa entistä tarkemmin ja yksityiskohtaisemmin.. Alakuloisena huomaamme siis tarkemmin, mitä ympärillämme tapahtuu. Luotamme silloin vähemmän huhuihin, spekulatioihin ja stereotyyppioihin, ja kiinnitämme enemmän huomiota uuteen informaatioon. Surun tunne auttaa meitä siis sopeutumaan tilanteeseen ja oppimaan uutta. Meillä on surullisina myös taipumus pyrkiä vaihtamaan vanhoja asioitamme uusiin, joista saamme taas iloa elämäämme. Esimerkiksi shoppailu on tyyppillinen surun lieventämiskeino. (Rantanen 2011, 157-161.)

## 7.2 Työyhteisön kestävyys

Työn merkityksellisyyden kokemukseen vaikuttaa jokapäiväinen kanssakäyminen työyhteisön kanssa. Työpaikassa tehdään työtä yhdessä ja huolehditaan työn edellytyksistä. Työpaikoilla onkin yleensä yhteisesti työstettyjä määritelmiä, käytäntöjä, sopimuksia ja arvoja henkilöstöasioiden hoidossa. Hyvässä työyhteisössä sosiaalisen kuormittuneisuuden kestävyys on vahvaa, koska jokaisella on halu ja kyky rakentaa osaamistaan hyvässä yhteistyössä ja vuorovaikutuksessa. Työyhteisötaitoisina emme asetu muiden yläpuolelle. Siedämme hyvin erilaisuutta ja kohtelemme kaikkia työyhteisön jäseniä tasapuolisesti noudattamalla organisaation asettamia velvotteita esimerkiksi työaikoja. (Luukkala 2011, 214-215.)

Organisaatiokulttuurilla tarkoitetaan sitä työyhteisön toimintatapaa, joka on kehittynyt jokaisessa sosiaalisessa yksikössä oppimisen avulla omanlaisekseen. Eri organisaatiot ovat kulttuuriltaan siis erilaisia. Tavallisesti kulttuuri yhdistetään sanana traditioon ja käyttäytymistapoihin, joissa kielen ohella myös ilmeet, eleet, tavat ja käyttäytyminen eri tilanteissa sekä ihmisten suhtautuminen toisiinsa ilmaisevat yleistä yhteisön kulttuuria. Näihin voidaan vielä lisätä yhteinen asioiden ymmärtäminen ja yhteisen tiedon hyödyntäminen organisaatiossa. Ominaista organisaatiokulttuurille on, että se muuttuu hitaasti, jos ollenkaan. Kulttuurilla on aina selvä yhteys arkipäivään, vaikka sen olemassaoloa ja sen merkitystä ei tunnusteta tai pohdita, kun kaikki toimii organisaatiossa erinomaisesti. Normien noudattaminen on luontevinta ihmisille, jotka ovat työskennelleet organisaatiossa pitkään. Heille samaistuminen organisaatioon auttaa kokemaan organisaation tehtävät omikseen ja he tuntevat olevansa tärkeitä organisaation vision toteuttajia. Tästä seuraa sitoutuminen yhteisön perustehtävään. Kulttuuri tarjoaa työntekijälle myös mahdollisuuden tarkistaa, miten selkeitä käyttäytymistavat ovat ja millaista käyttäytymistä tuetaan. Onko yhteisössä vapautta tuottaa ja ilmaista uusia ideoita? Kuinka herkästi organisaatio havaitsee työntekijöiden tarpeet ja reagoi niihin? Onko avoin kommunikaatio mahdollista? (Heikkilä & Heikkilä 2005, 54-56.)

Työyhteisön kulttuurilla on selvä vaikutus työhyvinvointiin ja työntekijöiden jaksamiseen työssä. Tietty kommunikaatiokulttuuri voi olla rajattu eikä avoimuutta ja ihmettelyä siedetä. Yhteisön kulttuuri voi joskus rajoittaa luovuutta, spontaaniutta ja yleensä vapaata ideointia ja kulttuuri voi valmentaa ihmiset karttamaan avointa leikinlaskua ja huumoria. Joskus työkulttuuri korostaa pelkkää järkeilyä, jolloin intuitiota ja mielihyvän kokemuksia pidetään arvottomina. Tapaamme myös työkulttuureja, joissa traditioita on vaikea murtaa ja työ tapahtuu samojen tottumusten ja itsestäänselvyyksien tapaan. (Heikkilä & Heikkilä 2005, 54-65.)

Työyhteisössä onkin hyödyllistä miettiä ja määritellä myös haitallisen työstressin lähteitä ja muodostaa niistä yhteinen ymmärrys stressin hallinnan pohjaksi. Jonkin työn päättäminen tehdään liian usein kiinnittämättä ollenkaan huomiota työn lopettamiseen tai uuteen tehtävään siirtymiseen. Pysähtyminen ja arviointi olisi kuitenkin tarpeellista, jotta voidaan yhdessä katsoa, mitä on saavutettu, mitä olisi voitu mahdollisesti tehdä toisin ja enemmän. Mielemme rauhoittuu, kun saamme varmuuden tuntea asioiden loppuun saattamisesta. Joillakin työpaikoilla pidetään purkukeskustelu, jossa arvioidaan tapahtunut prosessi ja sen onnistuminen ryhmässä ja verrataan muiden esittämiä arvioita. Kyse on siis yhteisestä työnteen tuntuman jakamisesta ja hahmottelemisesta, mikä työssä on tärkeintä. Yhteinen päivitys palvelee aina myös laadun varmistusta. (Kallio & Kivistö 2013, 71-73.)

Hyvään työtoveruuteen kiteytyy ilo aikaansaamisesta ja yhdessä onnistumisen tunteesta, vaikka olemme kukin omana itsenämme omassa työroolissa. Nykyisin toimenkuvat eivät ole kovin tarkkarajaisia ja moni voi olla vastuussa samasta työtuloksesta. Hyvät työtoverisuhteet

rakennetaan yhdessä ja ne ovat mahdollisia hyvinkin erilaisten ihmisten välillä. Työn organisoimista ei voikaan koskaan tehdä henkilökemioiden perusteella. Roolien ollessa selkeitä kaikki ovat tietoisia, mistä asioista työssä vastataan ja mitä työssä edellytetään. Siten työroolimme auttaa selviytymään hankalistakin tilanteista. (Kallio & Kivistö 2013, 77.)

### 7.3 Palautteen antamisen ja kannustamisen merkitys

Työelämässä annamme toisillemme palautetta monin eri tavoin. Rakentavan palautteen antaminen vaatii sosiaalista harjaantuneisuutta, tunneälyä ja jämäkkyyttä. Rakentavan palautteen periaatteina voidaan pitää sitä, että palaute annetaan kahden kesken, pehmeästi, ajallaan, asiasta ja ratkaisua hakien. Tämä ei läheskään aina ole helppoa. Jos halutaan olla kannustavia, puheenvuoroista vähintään 2/3 tulisi olla myönteisiä, jotta ei haavoiteta toisen ihmisen itsetuntoa. Väsyneenä ja kiireisenä annamme toisille palautteen usein valitettavasti raakana eli kielteisenä ja voimme pahoittaa toistemme mielen. Tällöin väsymme nopeammin ja työtehomme laskee. Työilmapiiri olisi pyrittävä pitämään kannustavana ja rakentavaa palautetta antavana. (Luukkala 2011, 246-248.)

Hyvässä työyhteisössä työntekijät tukevat ja rohkaisevat toisiaan. Tavallista on, että joku on aina jossain tehtävässä taitavampi toista. Etenkin esimies vaikuttaa työntekijän itseluottamukseen. Hänenkin on parempi kannustaa työntekijää eikä kiinnittää huomiota hänen osaamattomuuteensa. Hyvä esimies rohkaisee, kannustaa ja kehuu alaistaan enemmän kuin odottaa tältä itseltään kannustusta ja kehuja, koska työntekijöiden tietäessä osaavan ja tekevän työnsä hyvin, on esimies onnistunut myös omassa esimiestyössään. Palautetta saadessaan voi työntekijä oppia tekemään työnsä paremmin ja kasvaa myös ihmisenä. Työyhteisön kannattaa aika ajoin tarkistaa yhteinen päämääränsä ja tulevaisuuden tavoitteensa. Tämä yhdistää työntekijöitä ja palauttaa samalla työyhteisön perustehtävän jokaisen mieleen. Työntekijöiden keskinäinen arvostus heijastuu myös asiakastyöhön. Yleensä potilas aistii arvostuksen puutteen ja ilmapiirin työntekijöiden välillä. On syytä pitää mielessä, että kun työntekijä huomaa viestii epäluottamusta työtoveriaan kohtaan, tämä herättää epäluottamusta myös asiakkaassa koko työyhteisöä kohtaan. (Mattila 2008, 81-82.)

Lindqvistin (2006, 181-182) mukaan kaikkein tärkeintä itsensä kehittämisen ja hoidattamisen takana on syytä olla turvallinen tietoisuus siitä, että niiden syvin ja parantavin voima sekä tuki ovat lähtöisin tavallisesta elämästä eikä niiden tuottamiseen tarvita suuria ammatillisia koulutuksia tai työnohjauksia. Kannustaminen ja palautteen antaminen on aitoa jakamista ja osallisuutta.

## 8 Opinnäytetyön toteutus

### 8.1 Opinnäytetyön tarkoitus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa hoitajien jaksamisen kokemuksista saattohoitotyössä. Tavoitteena oli saada tietoa

1. miten hoitaja kokee saattohoidon
2. mitkä tekijät tuovat voimavaroja saattohoidossa ja
3. mitkä tekijät kuormittavat saattohoidossa.

### 8.2 Avoimet haastattelut

Keräsin tutkimusaineiston haastatteleamalla viittä eri-ikäistä lähi- tai sairaanhoitajaa. Taustatiedoista keräsin ainoastaan kokemusajan saattohoidosta. Haastattelut toteutettiin Hyvinkään terveyskeskusosaston 11 a:lla Hyvinkään sairaalassa toukokuussa neljänä eri päivänä. Tutkimusluvan saannin jälkeen haastatteluista sovittiin osastonhoitaja Seija Saukkonen-Hämäläisen kanssa. Hän sopi haastateltavien kanssa ajankohdat, jotka sopivat sekä työvuorossa oleville hoitajille että haastattelijalle. Haastateltaville lähetettiin ennen haastattelua saatekirje (liite 1), jossa kerrottiin opinnäytetyön tarkoituksesta ja haastattelun tekijästä. Kaikilla haastateltavilla oli kokemusta saattohoitotyöstä ja he olivat halukkaita osallistumaan vapaaehtoisesti yksilöhaastatteluun.

Hoitajien haastattelut kestivät 25 minuutista 40 minuuttiin ja ne nauhoitettiin. Tiedot nauhurin käytöstä myös saatekirjeessä etukäteen ja kaikki haastateltavat hyväksyivät keskustelun nauhoituksen. Haastattelut toteutettiin osasto 11 a:n neuvotteluhuoneessa, jonka oven sai lukittua ja johon laitettiin vielä ”varattu”-viesti oveen. Haastattelijana minulla ei ollut kiinnostaa haastattelurunkoa, mutta pidin huolen siitä, että haastatteluaiheet liittyivät teemoihin. Nämä teemat olivat, minkälaisena haastateltava kokee saattohoidon, millaisia voimavaroja hänellä on ja mitkä seikat tuovat kuormitusta saattohoitotyöhön. Haastattelun keskusteluissa palasin tarvittaessa kiinnostavaan aiheeseen haastateltavan kanssa. Myöhemmin keskustelut litteroitiin eli auki kirjoitettiin. Täsmensin haastateltaville, että nauhoitettava aineisto hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.

Haastattelu aloitettiin kaikkien hoitajien kohdalla siitä, kauanko haastateltava oli työskennellyt osastolla. Jotkut haastateltavat olivat aktiivisia kertomaan paljon itsestään, kokemuksistaan ja työstään. Toiset haastateltavat kaipasivat enemmän tarkentavia kysymyksiä. Haastattelijana pyrin olemaan esittämättä omia mielipiteitäni, mutta olin vuorovaikutuksellisesti läsnä ja myötäilin eleillä tai vastauksilla haastateltavia. Kirjoitin itselleni muistiin joihinkin kohtiin esille tulleet ilmeet tai eleet, joilla arvelin olevan merkitystä. Kaikki haastateltavat ker-

toivat hyvin avoimesti tunteistaan ja saattohoitotyön kokemuksistaan haastattelutilanteessa. Tällaisessa avoimessa haastattelussa tilanne muistuttaa kaikkein eniten tavallista keskustelua, jossa haastattelija ja haastateltava keskustelevat tietystä aiheesta, mutta kaikkien haastateltavien kanssa ei käydä läpi kaikkia teema-alueita. Vastaaaja pääsee kuitenkin halutessaan puhumaan varsin vapaamuotoisesti. (Eskola & Suoranta 2014, 87-88.)

Ensimmäisen haastattelun pitämisen jälkeen tein litteroinnin eli muutin tallennuksen kirjalliseen muotoon tietokoneen tekstinkäsittelyohjelmalla. Numeroin jokaisen haastateltavan numerojärjestykseen. Toteutin litteroinnin suurimmaksi osaksi siten, että kirjoitin kaikki haastateltavien puheet, mutta en niinkään omaa jutusteluani tai kommenttejani. Jokaisen haastattelun jälkeen litteroinnin yhteydessä tarkistin, että kaikkia haastatteluteemoja oli sivuttu keskusteluissa. Kaikkien litterointien jälkeen merkitsin tulostettuun tekstiin punaisella korostuskynällä kuormitusta tuovat lauseet ja sanonnat ja vihreällä kynällä voimavaroja tuovat sanonnat tai lausahdukset. Tämä toimenpide selkeytti tutkimustulosten jaottelua.

## 9 Tutkimustulokset

Tutkimustulokset on esitetty seuraavissa kappaleissa siten, että ensin on käsitelty niitä tuloksia, jotka kuormittavat hoitajaa ja heikentävät hänen jaksamistaan. Sen jälkeen on tuotu esille niitä tekijöitä, jotka tuovat hoitajalle voimavaroja työhön tai jotka vaikuttavat myönteisesti jaksamiseen ja hyvinvointiin. Tuloksissa on käsitelty myös kokemuksia saattohoidosta.

### 9.1 Kuormittavat tekijät ja kokemukset jaksamisessa

Haastateltavat kertoivat, miten he kokevat jaksavansa tällä hetkellä työskennellä osastolla ja millaiseksi he kokevat oman hyvinvointinsa olevan sillä hetkellä. Vastauksissa painottui sen hetkinen tilanne osaston luonteessa. Osasto toimii akuuttina kuntoutusosastona sekä palliatiivisena yksikkönä olemalla myös tehostetun kotihoidon kotiosasto. Samaan aikaan osastolla kehitetään palliatiivista hoitotyötä ja vastaanotetaan akuutteja potilaita muilta Hyvinkään sairaalan osastoilta. (S.Saukkonen-Hämäläinen, henkilökohtainen tiedonanto 11.11. 2014)

Hoitajat kertoivat kaikki olleensa jo useampia vuosia osasto 11 a:lla työssä. Viime vuosina ja varsinkin Hyvinkään sosiaali- ja terveystoimen organisaatiouudistuksen jälkeen uudistuksia on tehty myös 11 a:lle. Osastonhoitaja vastaa kahdesta terveyskeskusosaston toiminnasta ja osaston toimintoja on laajennettu. Henkilöstön sijaisresursseja on vähennetty muun muassa siten, että sijaiset rekrytoidaan vain osaksi päivää. Hyvinkään sairaalan laajennuksen valmistuttua on sinne tarkoitus siirtää osaston palliatiivinen yksikkö. Osastolla tehdään tällä hetkellä pioneerityötä uuden yksikön saattamiseksi ja samalla pienimuotoisia kehittämistutkimuksia on meneillään osastolla.

*”mutta kun tässä on niin paljon uutta ja sitä eri päistä tulevia potilaita tulee niin tuntuu, että se ottaa välillä niin kovin voimille”*  
*”on tää viidessä vuodessa mennyt rankempaan”*  
*”työn monimuotoisuus ja rikkonaisuus kuormittavat”*

Kuormittavana tekijänä painottui se, että osasto koetaan levottomaksi eikä hoitajalla ole antaa tarpeeksi aikaa potilaalle ja hänen läheisilleen, koska akuutit toimenpiteet ja potilaat on priorisoitava etusijalle. Hoitohenkilöstö haluaa antaa saattohoitopotilaalle ennen kaikkea henkistä tukea ja läsnäoloa. Haastateltavat hoitajat toivat kaikki esille kiireen ja resurssipuulan haasteet. Etenkin aamuvuorot vaativat paljon sekä osaamista että henkilökuntaa.

*”me ei saada tai voida keskittyä vain siihen saattohoitoon”*  
*”haluaisin vaikuttaa juuri palliatiiviseen työhön paljon enemmän, mutta resursseja viedään koko ajan ja työ kuormittuu koko ajan”*  
*”ne akuuteimmat asiat ehditään hoitaa- se henkinen tuki jää vähemmälle”*  
*”tuntuu jopa järjettömiltä ne päätökset, miten tulee hoitaa nykyresursseilla ja miten me pystytään nämä uudet muutokset täällä suorittamaan”*

Kiire puhutti hoitajia. Osaston käytävillä kiire ei välttämättä näy, mutta potilaan hoidossa kiireen tuntu heijastuu myös aidossa kohtaamisessa ja siihen keskittymisessä. Yksi haastateltavista kertoi, että monesti potilaat aistivat ja reagoivatkin hoitajan kiireeseen ja äänensävyyn. Osastolla on jatkuvasti potilaita ylipaikoilla.

*”välillä tuntuu, että on turha aloittaa mitään suurta keskustelua, kun tietää, ettei ole aikaa jäädä pidemmäksi aikaa”*  
*”tottakai osa kiireestä voi olla itse aiheutettua, mutta se priorisointi ja se, että antaa itselle anteeksi”*  
*”tää osaston luonne on liian levoton”*  
*”tuntuu, että henkilöstöä vähennetään ja työ lisääntyy”*

Myös epäselvyys tavoitteista kuormittaa hoitajaa. Vaikuttaa siltä, että uusi palliatiivinen yksikkö valmistuu Hyvinkään sairaalan laajennukseen aikaisintaan vuonna 2017, mutta siihen asti helpotusta osaston toimintaan ei näyttäisi olevan. Päätöksiä osaston toiminnan tavoitteista on tehty, mutta hoitaja ei koe pystyvänsä täyttämään niitä eikä antamaan laatuhoitosuosituksen mukaista hoitoa saattohoitopotilaalle. Haastatteluissa tuli esille myös hoitajan tunne riittämättömydestä.

*”kaikki on pikkasen levällään ja epäselvää”*

*”eniten mä kuormitun tästä sirpaleisuudesta”*

*”ja tulee välillä sellaista riittämättömyyden tunnetta”*

Saattohoitotyössä ei voi välttyä potilaan tai läheisten purkauksilta, jotka tavallisesti kohdistetaan hoitohenkilöihin. Näihin purkauksiin osataan yleensä suhtautua ammatillisesti ja hoitaja ymmärtää, että purkaukset eivät ole tarkoitettu henkilökohtaisiksi. On myös tavallista, että hoitajilta pyydetään myös anteeksi käyttäytymistään tai sanomistaan.

*”toiset purkavat sen pahan olon meihin”*

*”kyllä sitä ottaa itselleenkin liikaa ja omille niskoilleen sitä työtä”*

Hoitajilla vaikutti kertomusten mukaan olevan voimia ottaa vastaan kuoleman ja potilaan herättämiä tunteita tai ajatuksia. Hoitajat kantoivat vastuuta omista tunteistaan, vaikka kaikki tunteet eivät olleet miellyttäviä tai helppoja. Myös negatiiviset tunteet vaikuttivat lisäävän energiaa ja hoitaja pystyy säilyttämään ammatillisuutensa vaikeissakin tilanteissa.

## 9.2 Voimavaratekijät jaksamisessa

Kuten teoriaosuudessa jo todettiin, kuolevien hoitaminen on haastavaa ja palkitsevaa, mutta se on raskas työkenttä hoitohenkilöstölle. Haastateltavia pyydettiin kertomaan, mistä asioista he saavat voimavaroja työhön. Keskusteluissa kaikki haastateltavat toivat esille moniammatillisen työryhmän merkityksen. Erityisesti palliatiivisen hoidon lääkäreihin hoitajat pystyvät turvautumaan ja heille voi aina soittaa. Hoitajien ei tarvitse konsultoida päivystyksen lääkäreitä, kun osaston lääkärit ovat jo ennalta valmistutuneet potilaan voinnin romahtamiseen ja kipulääkityksen lisäämiseen.

*”on itsellä sellainen turva ja pystyy turvautumaan toisen osaamiseen”*

*”tänä päivänä voi huohtaa siitä, että on käytössä hyvät kipulääkkeet ja lääkäreille voi aina soittaa”*

Suurin voimavara hoitajien jaksamisessa on osaston henkilöstön hyvä henki ja hyvä ilmapiiri. Miltei kaikki haastateltavat kertoivat, että töihin on mukava tulla. Kolmivuorotyössä koettiin tärkeäksi, että yövuoroja voidaan tehdä vain kaksi yötä peräkkäin. Arkivapaat koettiin tärkeäksi vapaa-ajan viettämisen ja työstä palautumisen kannalta.

*”oman jaksamisen kannalta auttaa, kun on välillä omaa päivävapaata”*

*”arkivapaat ovat tärkeitä, niistä mä elän. Pidän sen rytmin vapaapäivänäkin, nousen ajoissa”*



*”ilon ja huumorin kautta jaksetaan ja sitä tarvitaan. Mun mielestä meidän osastolla on aina ollut hyvä henki”*

*”tottakai työympäristö ja työyhteisö muutenkin, on sellaista tukea siellä”*

Haastateltavien motivaatio työhön oli suuri. He kokivat olevansa omalla alallaan ja monet kertoivat haluavansa työskennellä myös jatkossa saattohoitotyössä, koska se on antoisaa ja palkitsevaa. Myös tasapainoinen elämä ja perheen tuki koettiin tärkeäksi voimavaraksi jaksamiselle. Kuntoilu ja itsestä huolehtiminen olivat myös oleellisia voimavaroja hoitajille.

*”ja sitten on se, että on aina halunnut tehdä tätä työtä ja saa tehdä. Tämä työ on niin antavaa”*

*”haluan olla potilaan ja omaisen tukena”*

*”tässä joutuu käyttämään sitä omaa persoonaa paljon ja se haastaa mua itseäni”*

*”mä olen tykännyt olla täällä tosi paljon ja se on huomattu kotonakin”*

Haastatteluissa tuli esille, että työntekijät keskustelevat ja purkavat kokemuksiaan toistensa kanssa aktiivisesti. Se ei ole suunnitelmallista muulloin kuin osastotunneilla, mutta tarpeen mukaan järjestetään purkutilaisuus työntekijän tai esimiehen toimesta. Saattohoitotilanteista ja sen kokemuksista hoitohenkilöstö kuitenkin keskustelee tauoillaankin ja hyvä työilmapiiri sallii sen. Näitä asioita ei viedä vapaa-aikaan, jos saa purkaa tunteuksiaan työpaikalla.

*”se on täällä niin hyvä, kun näistä kokemuksista keskustellaan paljon esimerkiksi aamukahvilla”*

*”purkutilanteet ovat hyviä, mitä olisi voitu tehdä paremmin, ne ovat tärkeitä”*

Työntekijän kokemus tuo myös voimavaroja työhön. Haastateltavat vaikuttivat varmoilta ja kokeneilta ammattiauttajilta, jotka hallitsevat työnsä, vaikka se on ajoittain kiireistä ja rankkaa. Työntekijät kokevat osaavansa priorisoida työtehtävänsä ja ymmärtävät, milloin on pysädyttävä potilaan vierelle pidemmäksi aikaa. Pitkä työkokemus tuo myös osaamista koko työyhteisölle.

*”voin paremmin, kun tiedän ja osaan työni, tiedän miten toimia eri tilanteissa, tiedän lääkkeitä enemmän”*

*”kokemus on auttanut siinä, ettei ihan kaikki jää pyörimään mieleen”*

*”ne potilaat, jotka tuovat itse keskustelutarpeen esille, niin kyllä sitä pitää vaan pysähtyä”*

Hyvän työilmapiiriin lisäksi haastateltavat kokivat työn organisoinnin olevan kunnossa ja helpottavan työn sujuvuutta. Jokainen tietää tehtävänsä ja vastuualueensa työvuoronsa alussa ja seuraavalle vuoroon tulevalle voidaan delegoida ne työtehtävät, joita ei ole ehtinyt tehdä. Myös sairaalateologiien tuki ja käynnit koettiin tärkeiksi. Sairaalateologit tulivat usein osastolle ja tekivät yhteistyötä hoitajien kanssa. Lääkäreiden panostus ja tuki kuuluivat moniammatillisen tiimin toimintaan. Esimiehen tukeen luotettiin.

*” kyllä joo, työ on selkeätä ja organisoitua eikä se lisää kiirettä”*

*”mitään järjestelmällistä mallia ei ole, mutta pääsääntöisesti se, joka ottaa vastaan potilaan, alkaa omahoitajaksi”*

*”meillä on täällä niin hyvät lääkärit”*

*” on tilanteita, joissa ne on ollut tosi paikallaan, meillä tavoittaa sairaalateologit hyvin ja saadaan tänne ne hyvin”*

*”mutta osastonhoitaja pitää aina työntekijöiden puolta. Se on kanssa sellainen tärkeä tuki”*

Omaisten rooli saattohoitotyössä koettiin toisaalta kuormittavana ja toisaalta tärkeänä tukena ja voimavarana hoitajien työlle. Hoitajat kokevat läheisten tukea silloin, kun he ovat paljon potilaan kanssa ja he ovat hyväksyneet tilanteen. Jotkut läheiset tarvitsevat paljon tukea hoitohenkilöstöltä, jos he ovat hysteerisiä ja ahdistuneita eivätkä kykene hyväksymään tilannetta.

*”omaisten rooli on tosi tärkeä jaksamisessa”*

*”se omaisten tuska koskettaa vieläkin joka kerta- se luopumisen tuska”*

*” kyllä voin olla ylpeä siitä hyvästä hoidosta, mitä annan ja omaisilta tulee aina se hyvä palaute” ...” se on yleensäkin siitä kohtelusta ja kohtaamisesta, että heitä on kohdeltu hyvin”*

Rohkaisin haastateltavia kertomaan, miten he kokevat kuoleman ja sen kohtaamisen ja minikälaisia tunteita se herättää. Hoitajat kertoivat tunteiden olevan mukana hoitotyössä niin ilossa kuin surussa. Saattohoitotyössä kuolemaa ei kuitenkaan kukaan haastateltavista kokenut ahdistavana tai vieraana. Tärkeimpänä asiana kuoleman prosessissa oli se, miten hoitaja kykenee auttamaan ja tukemaan potilasta. Joskus hoitaja kokee riittämättömyyden tunteita, mutta toisaalta kivun lievityksessä moni kokee onnistuneensa. Nuoret saattohoitopotilaat tai potilaat, joilla on pieniä lapsia koettelevat hoitajan jaksamista enemmän kuin vanhempien potilaiden kuolemat. Myös sellaiset kuolemat ovat hoitohenkilöstölle raskaita, joissa hoitaja ei ole ehtinyt luoda hyvää hoitosuhdetta potilaaseen, ja joka ei ole vielä itsekään hyväksynyt tilannettaan ja tulevaa kuolemaansa.

*”joskus ei tarvitse sanoa mitään ja joskus voi puhua niistä omista ajatuksista”  
 ”välillä on ihan ahdistaviakin tunteita, kun mä nään, että ne haluaisivat läsnä-  
 oloa ja kiireettömyyttä”*

*” mä uskon, että omaisten ja potilaiden suurin pelonaihe on se kipu”*

*”kuoleman kohtaaminen ei ahdistaa”- ”itse kuolema ei mua pelota eikä ahdis-  
 ta”*

*”kyllä muistan itsellenikin, että sitä oppii vaan kuolemaa kohtaamalla se ja si-  
 tä kautta sä opit käsittelemään niitä asioita”*

*”kuolema itsessään ei ole raskasta vaan se, että osaisi tukea siinä matkalla ja  
 että olis niitä rahkeita ja osaamista ja huomais ne asiat, mitä sieltä potilaalta  
 tulee, lukea rivien välistä”*

*”joskus tuntuu, ettei ole tarpeeksi taitoja tai rohkea, joskus tulee sellainenkin  
 olo”*

*”kyllähän siinä hoitotilanteessa tunteet on aina mukana, hoitokontakti ei kui-  
 tenkaan ahdistaa”*

*”itse kuolema ei kuormita, se on niin luonnollinen tapahtuma ja osa ihmisen  
 elämää”*

*”hyvä kuolema on kivuton, on hyvä olla, levollinen”*

Haastateltavat eivät tuoneet selkeästi esille työnhjauksen tarvetta. Sitä ei ollut osastolla ollut, joten kaikilla ei ollut työnhjauksesta selkeää mielipidettä. Ensisijaisiksi ja tärkeimmiksi tukijoiksi koettiin ennen kaikkea omat työkaverit.

*”uskon, että hyötyisimme ulkopuolisesta työnhjauksesta, jos se porukka ei tu-  
 lisi kovin isoksi”*

*”en tarvitse työnhjausta, mutta uusia näkökulmia voin tarvita työhöni ja  
 vinkkejä”*

*”se purku sais olla vähän organisoidumpaa eli olisi sellainen tilanne, jossa voisi  
 käydä läpi tilanne”*

*”henkilökunnalle voisi ehkä enemmänkin käyttää apuna sairaalateologin apua,  
 kun ei ole työnhjaustakaan”*

*”joka tapauksessa olisi hyvä missä porukassa vaan päästä juttelemaan niistä  
 tunteistaan ja kokemuksistaan”*

Haastattelutilanteissa tuli esille myös hoitajien ajatuksia tulevaisuudesta ja saattohoidon kehittämisestä. Haastateltavilla oli halukkuutta siirtyä palliatiiviseen yksikköön sen valmistaututtua, mutta joillakin oli huoli siitä, jaksavatko siihen asti tehdä hektisesti rankkoja työvuorojaan. Selkeästi tuli esille myös se, että saattohoitotyötä halutaan tehdä rauhassa ja kiirettömästi, missä hoitaja voisi olla aidosti läsnä potilaan tukena ja auttajana.

*”haluaisin, että voitais mennä jo kertomaan tilanteesta saattohoidossa ja saivat sitä tietoa ilman kysymistä”*

*”en usko, että mitään helpotusta saadaan aikaiseksi...en tiedä, mihin tää menee”*

*”mutta siltikin tulisi olla aikaa sille potilaalle”*

## 10 Pohdinta

Laadullisen tutkimuksen mukaisesti opinnäytetyöni pohdinta on henkilökohtaista kuten kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tavallista. Laadullisessa tutkimuksessa pääasiallinen luotettavuuden kriteeri onkin itse tutkija ja siksi myös luotettavuuden arviointi koskee koko opinnäytetyön prosessia. Opinnäytetyössäni onkin mahdollista kulkea paljon vapaammin edestakaisin aineiston analyysin, tehtyjen tulkintojen ja tekstin välillä kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa. (Eskola & Suoranta 2014, 209-211.) Tässä pohdintaosassa kootaan työn tärkein sisältö ja painotetaan se oman näkemyksen mukaan. Tällöin mukaan tulee jotain uutta omasta näkemyksestäni, joka ei suoranaisesti ole tullut esille aikaisemmin. (Kniivilä & Lindblom-Yläne & Mäntynen 2007, 75.)

Olen käyttänyt opinnäytetyöni aineiston analyysitapana lähinnä teemoittelua. Siinä aineistolla voi nostaa esiin tutkimusongelmia valaisevia teemoja. Aineistosta voidaan poimia sen sisältämät keskeiset aiheet ja vertailla niiden esiintymistä ja ilmenemistä. (Eskola & Suoranta 2014, 175-176.)

Opinnäytetyössäni käsitellyt teemoja olivat voimavaroja sekä kuormitusta tuovat tekijät hoitajan jaksamiseen sekä kokemukset omasta jaksamisesta ja hyvinvoinnista saattohoitotyössä. Narratiivisen aineiston analyysitapa voi olla usein vapaamuotoinen. Pyrin olemaan tietoinen siitä, mitä kysymyksiä esitin aineistolleni. Valmistauduin etukäteen ja mietin myös, miten tulen näitä kysymyksiä esittämään. Analyysin tavoitteena on välittää alkuperäinen kertomus mahdollisimman tarkasti, jotta lukija voi arvioida tulkintojen luotettavuutta. (Janhonen & Nikkonen 2001, 91.) Haastateltavinani oli viisi hoitajaa. Määrä voi kuulostaa liian pieneltä, mutta laadullisessa tutkimuksessa aineistot voivat olla varsin pieniä. Aiheeni työssä jaksamisesta on henkilökohtainen, mutta se ei vaikuttanut olevan aiheena arka, koska haastatteluun suhtauduttiin varsin myönteisesti ja haastateltavat olivat motivoituneita osallistumaan siihen. Koska aineisto oli pieni, tulee eettiset näkökulmat huomioida tarkasti. (Janhonen & Nikkonen 2001, 93.)

Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja tästä kerrottiin osallistujille. Kirjallinen tutkimuslupa pyydettiin sosiaali- ja terveydenhuollon johtajalta, mutta ei haastateltavilta

erikseen. Tutkimusluvassa ja haastattelujen alussa ilmaistiin, mitä haastatteluaineistolle tehdään. Haastattattelujen anonymiteetin suojaamisesta kerrottiin myös haastattelun alussa.

Olen pyrkinyt ymmärtämään sen, mistä olen tehnyt tulkintoja. Litteroin aineiston itselleni käyttöön miltei sana sanalta. Tekstistä oli suhteellisen helppo teemoittaa tutkimuksen tavoitteiden mukaiset kysymykset ja vastaukset, värien käyttö litterointitekstissä helpotti tulosten esittelyä. Opinnäytetyössä kokemuksen merkitys korostui hoitajien jaksamisessa. Aineisto oli mielestäni riittävä ja tarpeeksi laaja, koska viiden hoitajan kertomukset, kokemukset ja keskustelut tuottivat yli useita kymmeniä sivuja litteroitua tekstiä. Mielestäni sain siten riittävästi havaintoja tutkittavasta ilmiöstä.

Johdannossa mainitsin kiinnostuksestani saattohoitotyötä ja työhyvinvointia kohtaan. Hoitotyön näkökulmasta vuorovaikutusta voi mielestäni toteuttaa ja haastaa itsensä mitä parhaimmalla tavalla juuri kuolevien parissa. Pientä ennakoasennetta minulla kuitenkin oli saattohoitotyön raskautta ja vaativuutta kohtaan. Olin tietoinen, että osasto 11 a:lla hoidetaan varsin nuoriakin kuolevia potilaita, joten ajattelin hoitajien kokemusten jaksamisesta olevan rankat nimenomaan osaston luonteen ja kuolevien potilaiden vuoksi. Kaikilla viidellä haastattavalla oli varsin pitkä työsuhde kyseisellä osastolla, joten heidän kokemuksensakin työn kuormittuneidudesta oli pitkä. Yllättävintä tuloksissa olikin se, ettei kuolema, kuoleva potilas ja kokemukset kuoleman kohtaamisesta olleet kuormittavia tekijöitä jaksamisessa. Kuoleman kohtaaminen tai hoitokontakti eivät ahdistaneet eikä niitä pelätty. Sen sijaan hoitajat toivat esille riittämättömyyden tunteensa. He toivat esille pelon siitä, ettei heillä ole tarpeeksi taitoja tai rohkeutta hoitaa kuolevaa potilasta. Hoitajat kokivat tärkeäksi saattohoidossa sen, että potilaan tarpeita pystyy täyttämään, kykenee tunnistamaan hänen tarpeitaan sekä osaa tukea häntä ja hänen läheisiään oikein ja ennen kaikkea tarpeeksi. Kivuton ja levollinen kuolema on hyvä kuolema, jossa voi potilaan läheinen olla paikalla. Jos hoitaja ei aina ole paikalla, on läheisten läsnäolo korvaamattoman arvokasta niin potilaille kuin läheiselle. Omaisten hätäntyminen tai ahdistus koettiin myös luonnollisena käyttäytymisenä, jota hoitajat haluavat tukea. Hoitajat saavat joskus potilaan läheisiltä sanallisia purkauksia ja negatiivistakin palautetta, mutta hoitaja ottaa ne vastaan ammatillisesti. Kivunhoitoon ja sen onnistumiseen hoitajat panostavat ja siinä hoitajat kokivat onnistuneensa yhteistyössä osaston lääkäreiden kanssa.

Jaksamisen kuormittavimmiksi tekijöiksi osottautuivat jatkuva kiire ja paineet tehokkuuden vaatimuksista. Kiireen koettiin vievän aikaa nimenomaan saattohoitopotilaalta. Osasto koettiin levottomaksi, koska se toimii tehostetun kotihoidon kotiosastona, akuuttina kuntoutusosastona ja palliatiivisena osastona. Yksi hoitaja toikin esille toiminnan pirstaleisuuden ja rikkonaisuuden. Kuormittavana koettiin myös se, että henkilöstöresursseja on vähennetty ja ”mullistukset” ja uudistukset ovat arkipäivää. Keskittyminen saattohoitoon ei vaikuta onnis-

tuvan ainakaan tässä vaiheessa, kun Hyvinkään sairaalan laajennuksen valmistumista ja sen palliatiivisen yksikön valmistumista vielä odotellaan. Toisaalta tarkkoja tulevaisuuden suunnitelmia ja tavoitteita ei ollut tiedostettu, mikä toi hoitajille epätietoisuutta ja epävarmuutta siitä, jaksako sellaisella tahdilla työskennellä vielä pitkään. Yksi hoitaja toikin esiin armollisuuden itselleen. Osaston monimuotoisuuden ja työn pirstaleisuuden vuoksi hoitajat kokivat, että töiden priorisointia ja delegointia on tarvetta tehdä enemmän kuin aikaisempina vuosina, jotta työstä selviytyy.

Kiireen tuntu heijastuu toisinaan myös potilaalle. Potilas kokee hoitajan äänensävyä tai eleistä, milloin hoitaja on kiireinen tai ei ole kunnolla läsnä. Hoitajalle tämä on yhtä epämiellyttävää kuin potilaalle, koska hoitajalla on tarve hoitaa työnsä laadukkaasti ja hyvässä vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Varsinkin silloin, kun hoitaja näkee potilaan haluavan keskustella, on vaikeaa vain ”läpijuosta”.

Vaikka hoitajat kertoivat saattohoitotyön olevan rankkaa myös henkisesti, työ koettiin antoisaksi ja kutsumustyöhön verrannolliseksi. Itse hoitotyötä tehneenä tunnistan itsessäkin tuon hoitotyön antaman merkityksen, halun auttaa ja tukea ja antaa persoonansa potilaiden käyttöön. Tunteiden kerrottiin olevan läsnä jokaisessa hoitotilanteessa ja yleensä työn kokemukset ja tapahtumat eivät siirtyneet vapaa-aikaan. Sen sijaan tuotiin esille se, että ennen työvuoroa saatetaan miettiä, mitä työvuoron aikana on tulossa ja miten siitä selviää. Tällä tarkoitettiin jälleen kiirettä ja painetta ehtiä hoitaa omat työtehtävänsä.

Haastateltavat toivat kaikki esille motivaationsa hoitaa saattohoitopotilaita ja halukkuutensa siirtyä palliatiiviseen yksikköön Hyvinkään sairaalan laajennuksen valmistuttua. Kuolema koettiin luonnolliseksi tapahtumaksi, mutta kuoleman aiheuttaman läheisten tuskan ja surun kokemukset tunnistettiin vaikeammaksi kohdata. Ennen kaikkea hoitajat kokivat riittämättömyyden tunnetta auttaessaan ja tukiessaan potilasta ja hänen läheisiään. Saattohoitotyöhön halutaan kuitenkin paneutua ja sitoutua. Hoitajat toivat selkeästi esille sen, että osastolla ei ole tällä hetkellä mahdollista keskittyä pelkästään hyvään ja laadukkaaseen saattohoitoon osaston monitahoisen luonteen vuoksi.

Tärkein voimavaroja tuova tekijä vaikuttaa olevan hyvä yhteishenki ja ilmapiiri osastolla. Saattohoitotyöhön osallistuva henkilöstö koetaan turvalliseksi ja hoitotyön organisointi ja lähijohtaminen on kunnossa. Jokainen tietää tehtävänsä ja toimenkuvansa laajuuden. Työtilanteita puretaan tauoilla tai järjestetään tarvittaessa palaute- tai purkukeskustelu saattohoitotilanteista. Lääkärit ja hoitajat tekevät paljon yhteistyötä osastolla. Tämä vaikuttaa olevan erityisen tärkeää tukea hoitajille. Hyvään yhteishenkeen, yhteistyöhön ja koulutukseen on panostettu osastolla. Jokainen haastateltava toi esille myös osastonhoitajan tuen merkityksen jaksamiseen.

Haastattelujen toteutuksen koin miellyttäväksi. Kaksi haastateltavaa kertoi, että opinnäytetyö oli aivan kuin tilaus siihen osaston valitsevaan tilanteeseen. Aivan kuin hoitajat olisivat nauttineet ja kokeneet kertomisen terapeuttiseksi, koska heille tuli haastattelija, joka halusi kuulla ja ymmärtää heitä. Narratiiviseen kertomukseen sisältyikin tietty puhdistava vaikutus (Vainio & Hietanen 2004, 297).

Opinnäytetyön tuloksissa tuli esille myös hoitajien ammatillisuus ja osaaminen. Hyvä saattohoito edellyttääkin hoitohenkilökunnan osaamista ja työhyvinvoinnin ylläpitoa. Hoitajat halusivat viestittää potilaalle ja hänen läheisilleen kiireettömyyttä ja inhimillistä läsnäoloa ja välittämisen tunnetta. Haastateltavat kokivat kuitenkin riittämättömyyden tunnetta, koska työrauhaa työtehtävien loppuun saattamiseen ei hoitajilla aina ollut. He pohtivat myös, kykenevätkö olemaan tarpeeksi hyviä hoitajia ja lohduttamaan tai reagoimaan ajoissa potilaan tarpeisiin. Toivon, että opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää osastolla. Ennen kaikkea on mielestäni tärkeää työyhteisössä tiedostaa, että hyvää ja laadukasta saattohoitoa ollaan motivoituneita tekemään jatkossakin. Jokainen työntekijä on vaikuttamassa työhyvinvointiinsa ja osaston työilmapiiriin, lisäksi työhyvinvointia johdetaan ja tuetaan esimiehen toimesta. Ylhäältä tulevat vaatimukset ja muutokset kuormittavat työntekijöitä, ja kiireen tuntu ja sekavuus hoidon monitahoisuudessa kiristyneiden resurssien kanssa vaikuttavat selkeästi hoitajien jaksamiseen. Henkilöstö tarvitsee jatkossakin työyhteisön keskustelua ja kokemusta kuulluksi tulemisesta ja näkökulmien jakamisesta.

Jäin miettimään hoitajien tavoin, miten saattohoitotyö osastolla muuttuu. Henkilöstöllä on taitoa ja motivaatiota antaa laadukasta saattohoitoa ja kehittää jatkuvasti ammattitaitoaan, mutta riittävätkö hyvä yhteishenki ja itsestä huolehtiminen takaamaan hoitajien jaksamista? Henkilöstö on viestittänyt keväällä 2015 osaston tilanteesta johtotason virkamiehille, ja odotukset ymmärryksestä ja tuesta ovat suuret. Palliatiivisen yksikön perustaminen on mielestäni tämän jälkeen oleellista saattohoitotyön laadun kehittämistä Hyvinkäällä.

## Lähteet

Aalto, K. 2013. Saattohoito kuolevan tukena. Helsinki: Kirjapaja.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2014. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 10.painos. Tampere: Vastapaino.

Fenwick, P. & Fenwick, E. 2008. Kuoleamisen taito. Matka toiseen olemisen tilaan. Helsinki: Rasalas Kustannus.

Grönlund, E., Anttonen, M., Lehtomäki, S. & Agge, E. 2008. Sairaanhoidtaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

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

Grönlund, E. & Huhtinen, A. 1998. Lähemmäs kuolevaa. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Hakola, O. & Kivistö, S. & Mäkinen, V. 2014. Kuoleman kulttuurit Suomessa. Helsinki: Gaudemus Oy.

Heikkilä, J. & Heikkilä, K. 2005. Voimaantumisen työyhteisön haasteena. Helsinki: WSOY.

Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito. Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Helsinki: WSOY.

Heikkinen, H.L.T. 2001. Narratiivinen tutkimus - todellisuus kertomuksena. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Jyväskylä: PS-kustannus.

Huhtinen, A. 2005. Epävalmiin ajassa ja hetkessä valmiina. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Hyvä saattohoito Suomessa. 2010. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksen. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 2010:6.

Hänninen, J. 2006. Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Helsinki: Otava.

Hänninen, J. & Luomala, M. 2013. Elämän puu. Kirjoituksia saattohoidosta. Helsinki: Otava.

Hänninen, J. & Pajunen, T. Kuoleman kaari. 2006. Sairastumisesta, luopumisesta, elämästä. Helsinki: Kirjapaja Oy.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kallio, E. & Kivistö, S. 2013. Mieli työssä. Helsinki: Työterveyslaitos.

Kiviniemi, K. 2001. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Jyväskylä: PS-kustannus.

Kniivilä, S., Lindblom-Ylänne, S. & Mäntynen, A. 2007. Tiede ja teksti. Tehoa ja taitoa tutkielman kirjoittamiseen. Helsinki: WSOY.

Kokkonen, P., Holi, T. & Vasantola, S. 2004. Hoitotahto-Potilaan oikeudet ja lääkärin velvollisuudet. Helsinki: Talentum.



Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta 262/2015.

Lindqvist, M. 2006. Auttajan varjo. Helsinki: Otava.

Lipponen, V. 2006. Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä. Kuolevan potilaan ja oma-hoitajan hoitosuhde dialogisen filosofian näkökulmasta tarkasteltuna. Tampere: Tampereen Yliopisto.

Luukkala, J. 2011. Jaksaa, jaksaa, jaksaa- työhyvinvointitaitojen kirja. Helsinki: Tammi.

Mattila, K. 2008. Arvostava kohtaaminen arjessa, auttamistyössä ja työyhteisössä. 2. painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

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

Mäkelä, A., Ruokonen, T. & Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Helsinki: Tammi.

Nissinen, L. 2007. Auttamisen rajoilla. Myötätuntouppumisen synty ja ehkäisy. Helsinki: Edita.

Nissinen, L. 2012. Rajansa kaikella. Miten estää myötätuntouppuminen? Helsinki: Edita.

Palosaari, E. 2007. Lupa särkyä. Kriisistä elämään. Helsinki: Edita.

Rantanen, J. 2011. Tunteella! Voimaa tekemiseen. Helsinki: Talentum.

Rytikangas, I. 2011. Kehity ja jaksaa tiimissä. Helsinki: Helsingin Kamari Oy.

Saattohoito. 2003. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. ETENE-julkaisuja 8, 2003.

Sairaanhoitajaliitto 1996. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet.

Sand, H. 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Tampere: Tampereen yliopisto.

Saukkonen-Hämäläinen, S. Haastattelu 11.11.2014. Osasto 11 a. Hyvinkään sairaala. Hyvinkää.

Vainio, A. & Hietanen, P. 2004. Palliatiivinen hoito. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Hänninen, J. 2014. Hyvän saattohoidon toteuttaminen. Yleisöluento 23.1.2014. Viitattu 10.3.2015. <http://www.kessy.fi/?x103997=275408>

Käypä hoito-suositus 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Viitattu 10.3.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50063>

Mitä on palliatiivinen hoito? 2015. Suomen Palliatiivisen hoidon yhdistys ry. Viitattu 10.3.2015. [http://www.sphy.fi/mita\\_on\\_palliatiivinen\\_hoito/](http://www.sphy.fi/mita_on_palliatiivinen_hoito/)

Saattohoito-hyvä kuolema. 2014. Saattohoito puheeksi-luennon koulutukset. Viitattu. 10.3.2015. <http://www.kessy.fi/?x103997=275408>

## Liitteet

Liite 1 Saatekirje.....	51
-------------------------	----

Saatekirje

27.4.2015

Arvoisa haastatteluun osallistuja

Olen Laurea - ammattikorkeakoulun opiskelija ja olen saanut tutkimusluvan opinnäytetyölleni osasto 11 A:lla. Toteutan opinnäytetyöni haastattelemalla viittä työntekijää, joilla on kokemusta saattohoitotyöstä. Jokaiseen haastatteluun varataan aikaa noin tunti ja haastattelut nauhoitetaan.

Opinnäytetyöni ”Jaksanko saattaa?” tarkoituksena on selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat saattohoitotyössä hoitajan henkiseen hyvinvointiin, minkälaisia tunteita saattohoito herättää hoitajassa ja miten niitä käsitellään sekä millaisia voimavaroja hoitajalla on jaksamisensa tueksi.

Opinnäytetyöni on laadullinen ja tiedon hankkimisessa käytetään narratiivista menetelmää, jonka tarkoituksena on saada hoitajien kertomusten avulla subjektiivista ja henkilökohtaista tietoa työssä jaksamisesta. Haastateltavien henkilöllisyys suojataan ja osallistuminen haastatteluun on vapaaehtoista.

Kiitos osallistumisestasi!

Ystävällisin terveisin,

Aija Orenius