

HOITORINKI –
SAIRAAHOITAJIEN KOKEMUKSIA
KOTISAATTOHOIDOSTA

Mervi Nieminen & Pinja Oilinki

Opinnäytetyö, syksy 2014

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Nieminen, Mervi & Oilinki, Pinja. Hoitorinki – sairaanhoitajien kokemuksia kotisaattohoidosta. Oulu, syksy 2014, 35 s, 3 liitettä. Diakonia ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyössä työelämän yhteistyökumppanina oli Oulun kaupunginsairaalan osasto A2:n yhteydessä toimiva kotisaattohoitoa toteuttava hoitorinki. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitoringissä työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia työstään. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää hoitoringin toimintaa ja löytää uusia toimintamalleja tukemaan työntekijöiden työssä jaksamista.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisen tutkimuksen menetelmin. Aineisto koottiin teema-haastattelujen avulla ja käsiteltiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tuloksista ilmeni hoitoringissä työskentelyn vaativan perusteellista tietoa saattohoitopotilaan hoidosta ja hoitoprosessista kokonaisuudessaan. Moniammatillisen työyhteisön tuki ja riittävät kädentaidot korostuivat yksin työskennellessä. Sairaanhoitajien näkökulmasta eniten kehitettävää oli työn kuormittavuudessa, työssä jaksamisen tukemisessa sekä resurssien riittävyudessa. Työntekijöiden tueksi toivottiin lisäkoulutusta sekä omaa työnohjausta. Tulevaisuuden haasteena on tasapuolisen palvelun tarjoaminen kaikille oululaisille. Jatkossa on tärkeää kartoittaa asiakkaan ja häntä hoitavien omaisten käsityksiä hoidosta ja sen saatavuudesta.

Asiasanat: saattohoito, palliatiivinen hoito, sairaanhoitajat, työn kuormittavuus, jaksaminen, terveyden edistäminen

ABSTRACT

Nieminen, Mervi & Oilinki, Pinja. Nursing ring – Nurses' experiences of palliative care at home. Oulu, autumn 2014. 35 pages, 3 appendices. Language: Finnish. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Nursing. Degree: Registered Nurse.

The partner in the cooperation in this thesis was Oulu City Hospital, Finland and its palliative unit A2, which provides palliative care at home. The meaning of this thesis was to describe nurses' experiences of their work. The aim of this thesis was to improve the operation of the palliative care unit and find new operation models to support coping of employees.

This thesis utilised the qualitative method. The material was collected by using theme interviews and was processed with material-focused content analysis. According to the results, to provide palliative care at home demands thorough knowledge about taking care of palliative patients and the whole caring process. The support of a multi-professional work community and sufficient manual skills stand out while working alone. From the nurses' point of view, work load, coping at work and sufficiency of resources need the most improvement. More education and own supervision of work were wished for. In the future it is a challenge to offer equal service to all people living in Oulu. It is also important to chart clients' and relatives' impression of care and its availability.

Keywords: palliative care, nurses, work load, managing, health promotion

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 ELÄMÄN LOPPUVAIHEEN HOITON LIITTYVÄT KÄSITTEET	6
2.1 Saattohoitotyöstä	7
2.2 Saattohoitotyö elämänlaadun edistäjänä	10
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	11
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	12
4.1 Kotisaattohoitoa toteuttava hoitorinki.....	12
4.2 Tiedonantajat ja aineistonkeruu	14
4.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi.....	15
5 HOITORINGISSÄ TYÖSKENTELYN EDELLYTYKSET	18
5.1 Perusteellinen tieto saattohoitopotilaan hoidosta	18
5.2 Hoitoprosessin hallitseminen	19
5.3 Työhyvinvoinnin ja taloudellisten resurssien lisääminen	21
6 POHDINTA	24
6.1 Opinnäytetyön tuloksista.....	24
6.2 Eettisyys	27
6.3 Luotettavuus	28
6.4 Jatkotutkimushaasteet	29
LÄHTEET.....	30
LIITE1: HAASTATTELUITEEMAT	33
LIITE 2: ESIMERKKI AINEISTON PELKISTÄMISESTÄ.....	34
LIITE 3: AINEISTON ABSTRAHOINTI.....	35

1 JOHDANTO

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittää yksilön oikeuden päättää omasta hoidostaan. Laissa säädetään, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaalla on oikeus kieltäytyä häneen kohdistuvista hoitotoimenpiteistä. Lain henki ei toteudu saattohoidon osalta, koska jopa neljännes potilaista tahtoisi kuolla kotonaan. (Hänninen & Pajunen 2006, 123.) Potilaiden toiveesta huolimatta saattohoito tapahtuu edelleen suurimmaksi osaksi hoitokodeissa ja sairaalaosastoilla.

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2010 laatiman saattohoitosuosituksen mukaan saattohoitoa ja ammattihenkilöstön osaamista tulee kehittää vastaamaan kasvavaan saattohoidon tarpeeseen. Myös terveydenhuoltolaissa (2010) nostetaan esiin saattohoitopotilaan kärsimysten lievittäminen osana hyvää saattohoitoa. Saattohoitoa voidaan pitää laadukkaana silloin, kun terveydenhuollon henkilöstö hallitsee kuolevan potilaan ja hänen omaistensa kokonaisvaltaisen hoidon. Saattohoidon kehittämisen kannalta on tärkeää tutkia hoitohenkilöstön valmiuksia toimia käytännön saattohoitotyössä. (Lipponen & Karvinen 2014, 37).

Tässä opinnäytetyössä työelämän yhteistyökumppanina toimi Oulun kaupunginsairaalan palliatiivisen osaston yhteydessä toimiva kotisaattohoitoa toteuttava hoitorinki. Tällä hetkellä hoitorinki on ainoa kotisaattohoitoa tarjoava hoitoyksikkö suur- Oulun alueella. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kotisaattohoitoa toteuttavassa hoitoringissä työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia työstään. Opinnäytetyön tehtävänä oli saada vastaus kysymyksiin; mitä tietoja ja taitoja sairaanhoitaja kokee tarvitsevansa saattohoitotyössä ja mitkä ovat kotisaattohoitoa toteuttavan hoitoringin toiminnan kehittämistarpeet sairaanhoitajan näkökulmasta. Tavoitteena oli kehittää hoitoringin toimintaa ja saattohoidon toteuttamista työntekijöiden näkökulmasta.

2 ELÄMÄN LOPPUVAIHEEN HOITOOON LIITTYVÄT KÄSITTEET

Elämän loppuvaiheen hoitoon liittyvät osittain päällekkäiset käsitteet palliatiivinen hoito, saattohoito ja terminaalihoido. Palliatiivinen hoito määritellään parantumattomasti sairaan potilaan kokonaisvaltaiseksi ja aktiiviseksi hoidoksi. Potilasta hoidetaan huomioiden hänen fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset, hengelliset ja henkiset tarpeensa. Kuoleva ihminen voi kärsiä voimakkaista kivuista, väsymyksestä sekä hoitojen aiheuttamista sivuvaikutuksista. Fyysisten voimien vähentyessä koetaan turvattomuutta, alakuloisuutta, surua ja masennusta. Vuorovaikutussuhteiden vähentyminen ja ihmissuhteiden muutokset aiheuttavat sosiaalista kärsimystä. On tärkeä auttaa kuolevaa ja hänen omaisiaan luopumisprosessin aikana, esimerkiksi tukemalla ja tarjoamalla keskusteluapua. (Hyvä saattohoito Suomessa 2010, 17.) Palliatiivinen hoito sijoittuu aktiivisen hoidon ja saattohoidon välivaiheeseen ja se voi kestää jopa vuosia riippuen sairauden kulusta (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 16-17).

Palliatiivista hoitoa on Suomessa vuonna 2010 tarvinnut arviolta 300 000 ihmistä, joista varsinaisen saattohoidon piiriin on kuulunut noin 15 000 potilasta. Heistä noin puolet on voitu hoitaa kotona. (Hyvä saattohoito Suomessa 2010, 11, 17-18). Worldwide Palliative Care Alliancen mukaan 100 miljoonaa ihmistä maailmassa hyötyisi vuosittain palliatiivisesta hoidosta. Vain 8 prosenttia heistä pääsee palvelun piiriin (The Quality of Death 2010, 5). Haasteellista on löytää saattohoitopaikkoja, koska varsinaisia täysi-ikäisille tarkoitettuja saattohoitokoteja on Suomessa vain neljä ja ne kaikki sijaitsevat maan eteläosassa. (Hänninen & Pajunen 2006, 123.)

Palliatiivista hoitoa seuraa saattohoitovaihe. Juuri ennen kuolemaa tapahtuvaa saattohoitoa kutsutaan terminaalihoidoksi (Saattohoito–Valtakunnallisen Terveystieteiden neuvottelukunnan muistio 2003, 6). Saattohoidossa potilasta ja hänen omaisiaan tuetaan sairauden viime vaiheessa ja kuolinprosessin aikana. Saattohoito ei ole riippuvainen diagnoosista eikä iästä. Saattohoitoa voi tarvita parantumattomasta sairaudesta tai synnynnäisestä vauriosta kärsivä ihminen. (Hyvä saattohoito Suomessa 2010, 17-18; Saattohoito 2013.)

Saattohoidon taustalla on Hospice-hoito, jonka juuret ulottuvat keskiajalle. Hoidon teki tunnetuksi englantilainen lääkäri Dame Cicely Saunders, joka perusti vuonna 1967 Lontooseen St Christopher's Hospicen hoitokodin kuoleville. Hospice voidaan nähdä myös filosofiana, jota suomalaiset saattohoitokodit noudattavat. Suomessa Hospice- hoitoa nimitetään saattohoidoksi, jolla tarkoitetaan kuolevan ihmisen kanssa kulkemista loppuun saakka. (Sand 2003, 44).

Saattohoitoon siirrytään potilaan, omaisten ja lääkärin yhteisestä päätöksestä. Kyse on hoidon linjaamisesta ja samalla määritellään, mitä saattohoito tarkoittaa kyseisen potilaan tilanteessa. Sairauden hoitovaste ja ennuste määrittävät sen, kuuluuko potilas palliatiivisen vai saattohoidon piiriin. (Hänninen & Anttonen 2008, 23.)

Saattohoito on lyhytaikaista, yleensä muutamia viikkoja kestävä hoitoa. Tässä vaiheessa tulee viimeistään ajankohtaiseksi päätös elvyttämättä jättämisestä, eli potilasasiakirjoihin tulee merkintä ER (ei resuskitoida) tai DNR (do not resuscitate). Elvytyskieltopäätöksellä ei suljeta pois muuta hoitoa, vaan se jatkuu ennallaan. (Päätös elvyttämättä jättämisestä 2013). Hoitolinjausta suunniteltaessa otetaan huomioon lainsäädäntö potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Potilaan tulee olla mukana päätöksenteossa ja ymmärtää tehtyjen hoitopäätösten syyt ja seuraukset. Saattohoidon aloittaminen on potilaslaissa määritelty tärkeä hoitopäätös, josta tulee neuvotella ja päättää yhdessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Lähiomaisten tai laillisen edustajan kuuleminen on tärkeää tilanteessa, jossa potilas ei esimerkiksi muistisairauden vuoksi kykene päättämään häntä koskevasta hoidosta. Ristiriitatilanteissa hoitava lääkäri päättää potilaan etujen mukaisesta hoidosta. (Saattohoito 2013.)

2.1 Saattohoitotyöstä

Potilaan saattohoito ajoittuu usein ajankohtaan, jolloin potilas siirtyy erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Saattohoito on perusterveydenhuollon tehtävä, mutta potilaille tulee turvata heidän tarvitsemansa erikoissairaanhoidon palvelut. Saattohoitoa toteutetaan hyvin erilaisissa terveydenhuollon yksiköissä, kuten esimerkiksi sairaaloissa, vuodeosastoilla, vanhainkodeissa, kehitysvammalaitoksissa ja potilaan kotona. (Hyvä saattohoito Suomessa 2010, 23-24.)

Hoitoympäristö muodostuu fyysisestä ja psyykkisestä ympäristöstä, joilla kummallakin on merkitystä saattohoidossa olevan potilaan ja hänen omaistensa hyvinvoinnille. Laitosten fyysistä ympäristöä kuvaillaan usein ankeaksi ja persoonattomaksi. Nykyisin on alettu kiinnittämään huomiota potilaiden ja heidän läheistensä viihtyvyyteen. Saattohoidossa pyritään mahdollistamaan rauhallinen hoitoympäristö, jotta omaisille jäisi positiivinen mielikuva läheisensä viimeisistä hetkistä. Viihtyvyyttä lisätään potilaalle tutuilla, tärkeillä tavaroilla. (Anttonen 2008, 53; Heikkinen ym. 2004, 105.)

Käypä hoito-suositus korostaa potilaan ja hänen omaistensa mahdollisimman hyvää elämänlaatua saattohoitovaiheessa (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012). Hoidossa pyritään kuolevan ihmisen henkilökohtaisten tarpeiden ja toiveiden täyttämiseen. Laadukkaan saattohoidon lähtökohdina ovat terveyden edistämisen käsitteet ihmisarvosta, kunnioituksesta ja terveyden ylläpitämisestä. Jokaisella on oikeus hyvään ja arvokkaaseen loppuelämään. Saattohoitotyössä potilaan terveyttä edistää turvallisuuden tunne, mahdollisuus osallistua itseä koskeviin hoitoratkaisuihin sekä tiedonsaanti omasta terveydentilastaan (Hyvä saattohoito Suomessa 2010, 17-19; Pietilä, Hakulinen, Hirvonen, Koponen, Salminen & Sirola 2008, 62-65).

Psyykkinen saattohoitoympäristö käsittää tavan, jolla henkilökunta kohtaa potilaan ja hänen omaisensa. Myönteistä ilmapiiriä edistää asiallisuus, ystävällisyys ja kärsivällisyys sekä sujuva tiedonkulku potilaiden, omaisten ja henkilökunnan välillä. Näihin asioihin ei voi kiinnittää liikaa huomiota, sillä potilas ja hänen omaisensa ovat emotionaalisesti hyvin herkässä tilassa. Nonverbaalinen viestintä, eli ilmeet ja eleet, on tärkeä osa ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Hoitohenkilökunnan on syytä kiinnittää siihen erityistä huomiota. (Anttonen 2008, 53; Heikkinen ym. 2004, 105-106.)

Saattohoidossa huomioidaan kuolevan henkiset ja hengelliset tarpeet. On tärkeää selvittää potilaan hengelliset tarpeet jo saattohoitosuhteen alussa, sillä papin voi pyytää paikalle vain potilaan omasta pyynnöstä. Tässä korostuu yhteistyö omaisten kanssa, jos potilas ei itse kykene ilmaisemaan tarpeitaan. Hoitohenkilökunnalla täytyy olla valmiudet vastata potilaan hengellisiin tarpeisiin esimerkiksi rukoilemalla potilaan kanssa tai mahdollistaa hänen osallistumisensa hengelliseen tilaisuuteen. (Hyvä saattohoito Suomessa 2010, 18; Kärpänniemi 2008, 114-115.)

Moni saattohoitoa tarvitseva pelkää, ettei saa kotiin tarvitsemaansa hoitoa. Potilaan hoito vaihtelee kuitenkin sairaaloiden ja laitosten välillä, sillä aina ei ole mahdollista järjestää saattohoitoon soveltuvaa hoitoympäristöä. Myös henkilökuntaresurssit tuottavat ongelmia, koska hoitajilla ei ole mahdollisuutta käyttää aikaansa kuolevan erityistarpeisiin. (Hyvä saattohoito Suomessa 2010, 25.)

Saattohoitoa voidaan toteuttaa kuolevan omassa kodissa kotihoidon avulla. Kotisaattohoitopalveluja tarjoavat esimerkiksi kaupunkien kotihoitoyksiköt, kuntien kotisairaanhoido ja kotisairaalat. Kotona tapahtuvaa saattohoitoa lähdetään toteuttamaan potilaan omasta toivomuksesta. Edellytyksenä on, että potilaalla on omainen tai läheinen, joka on valmis huolehtimaan hänestä. Kotisaattohoidosta vastaavat henkilöt on tärkeää määritellä selkeästi, jotta potilas ja omainen ovat tietoisia sovitusta järjestelystä. Omaisen saa hoitoapua oman kunnan kotihoidosta potilaan hygieniasta huolehtimiseen, peseytymiseen ja muihin päivittäisiin rutiineihin. Hoitohenkilökunnan vastuulla on potilasta hoitavan ohjaus, jotta hän pystyy huolehtimaan omaisensa lääkkeistä ja hoitotoimenpiteistä. Hoitohenkilökunnan tulee huolehtia ennen kotihoitoon siirtymistä, että perhe on tietoinen heille kuuluvista sosiaalietuuksista ja muista tukimuodoista, kuten omaishoidontuesta. Myös erilaisia apuvälineitä on mahdollisuus saada kotiin hoitamista helpottamaan. (Heikkinen ym. 2004, 106-109; Hyvä saattohoito Suomessa 2010, 24- 25.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on tehnyt selvityksen suomalaisen saattohoidon tilasta. Selvityksen pohjalta on julkaistu vuonna 2010 asiantuntijakuulemisiin perustuvat saattohoitosuosituksen. Ne käsittelevät kotisaattohoitoa osana saattohoidon prosessia. Suositukset on laadittu, jotta jokainen kuoleva saisi parhaan mahdollisen hoidon kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä. (Hyvä saattohoito Suomessa 2010, 7). Käypä hoito -suositus kuolevan potilaan oireiden hoidosta edellyttää, että saattohoitoa toteutetaan kaikilla terveyden huollon tasoilla. Jokaisen parantumattomasti sairaan tulisi saada laadukasta palliatiivista hoitoa asuin- tai hoitopaikastaan riippumatta. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012). Kansainvälisesti asiaa on tutkinut The Economist Intelligence Unit, joka on koontanut selvityksen 40 eri maan saattohoidon laadusta ja saatavuudesta erilaisten indeksimittareiden ja asiantuntijalausuntojen perusteella. Tutkimustuloksia vertailtaessa Suomi sijoittuu sijalle 28. (The Quality of Death 2010.)

2.2 Saattohoitotyö elämänlaadun edistäjänä

Kuoleman ja elämän ajatellaan olevan toisensa poissulkevia käsitteitä. Myös saattohoitovaiheessa ihmisellä on oikeus laadukkaaseen elämään, vaikka kuolema on jo odotettavissa. Kuolevaa potilasta ei kuitenkaan tule sulkea normaalielämän ulkopuolelle. Saattohoidon tarkoituksena ei ole jäädä odottamaan kuolemaa, vaan tehdä viimeisistä päivistä elämisen arvoisia.

Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan terveyden edistäminen voidaan määritellä toimintana, jossa lisätään ihmisen vaikutusmahdollisuuksia oman terveytensä hallintaan ja parantamiseen. Hyvinvoinnin saavuttamiseksi ihmisen on pystyttävä toteuttamaan toiveensa ja tarpeensa. Aina se ei ole mahdollista, vaan muutoksiin on pystyttävä sopeutumaan. (The Ottawa Charter of Health Promotion 1986). Terveys on positiivinen voimavara. Ihmisten tulisi arvostaa sitä mikä on jäljelle eikä turhaan tavoitella jo menetettyä. Esimerkiksi puhekykynsä menettänyt ihminen voi kertoa ajatuksiaan ja toiveitaan kirjoittamalla tai kommunikaattorin välityksellä. Samoin kuolemansairas voi iloita vielä jäljellä olevista päivistä. Saattohoitopotilaan kohdalla terveyden edistäminen on jäljellä olevan elämän kunnioittamista ja suojelemista sekä kärsimysten lievittämistä. (Lindqvist 2000, 259).

Laadukkaassa saattohoitotyössä otetaan huomioon potilaan yksilölliset voimavarat ja vahvuudet. Hoitomyönteisyyteen voidaan vaikuttaa arvostamalla ihmistä yksilönä, joka haluaa hallita omaa elämänsä loppuun saakka. Tunnetta elämän hallinnasta lisää toimiva vuorovaikutussuhde hoitohenkilökunnan kanssa. Eettisen arvopohjan mukainen, tasokas hoito edistää myös hoitajan työhyvinvointia. (Grönlund & Huhtinen 2011, 122). Onnistuminen potilastyössä koetaan mielekkääksi ja arvokkaaksi. Työssä onnistumisen tunnetta lisäävät hyvät potilassuhteet, työn valmiiksi saaminen ja työyhteisön tuki. (Utriainen, Ala-Mursula & Virokangas, 2010, 32). Terveiden edistäminen työyhteisössä koostuu yhteisöllisyydestä, omaan työhön vaikuttamisesta sekä kuormituksen vähentämisestä. Työn hallittavuuden tunnetta lisää sopiva työtahti, riittävät henkilöstöresurssit ja oma työnohjaus. Hoitajien pitää pystyä keskittymään perustehtäväänsä ilman, että heidän täytyy miettiä tulosvastuuta. Jatkuva rahasta puhuminen stressaa työntekijöitä ja heikentää heidän sitoutumistaan itse hoitotyöhön. (Pirskainen, Pietilä, Rytönen & Varjoranta 2010, 42).

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata hoitoringissä työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia työstään.

Opinnäytetyön tehtävänä on saada vastaus seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaista tietoa hoitoringissä työskentelevä sairaanhoitaja kokee tarvitsevansa?
2. Millaisia taitoja hoitoringissä työskentelevä sairaanhoitaja kokee tarvitsevansa?
3. Mitä kehittämistarpeita on hoitoringin toiminnassa sairaanhoitajan näkökulmasta?

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää hoitoringin toimintaa ja löytää uusia toimintamalleja tukemaan työntekijöiden työssä jaksamista.

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Kotisaattohoitoa toteuttava hoitorinki

Työelämän yhteistyökumppani oli Oulun kaupunginsairaalan palliatiivinen osasto A2 ja sen yhteydessä toimiva kotisaattohoitoa toteuttava hoitorinki. Kotisaattohoitotoiminta on alkanut vuosina 2010- 2012 käynnissä olleesta Kytke- hankkeesta. Hankkeessa on ollut mukana viisi erillistä osahanketta, joista Oulu Pohjoinen on kehittänyt yhdessä Oulu Eteläisen ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kanssa uusia toimintamalleja syöpä-, aivohalvaus- ja mielenterveyspotilaiden hoitoprosesseihin. Yhtenä tavoitteena oli luoda malli palliatiiviseen ja saattohoitoon siirtymisestä sekä selkiyttää saattohoidon koordinoitua. Asiakkaiden kotona selviytymisen tukemiseen sekä hoito- ja palveluprosessien portaattomaan liittymiseen toisiinsa on hankkeessa kiinnitetty erityistä huomiota. (Kytkehanke 2012.)

Vaativaa kotisaattohoitoa toteuttaa tällä hetkellä Oulun seudulla vain Oulun kaupunginsairaalan palliatiivisen osasto A2:n yhteydessä toimiva hoitorinki. Hoitoringin piiriin kuului haastatteluhetkellä noin 70 asiakasta. Palvelun tarvitsijoiden määrä kasvaa koko ajan ja kysyntään vastaaminen on tulevaisuudessa haaste. Kotisaattohoidon kehittäminen on taloudellisesti kannattavaa. On osoitettu, että kotisaattohoidon kustannukset ovat jopa seitsemän kertaa sairaalakustannuksia pienemmät (Alamartimo, Kraus, Mäenpää, Paukkunen & Jussila 2013, 19).

Hoitorinki tarjoaa kotona tapahtuvaa saattohoitoa aikuisille ja vanhuksille. Hoitosuhteet ovat lyhyitä ja kestävät muutamista päivistä enintään kuukausiin. Hoitoringissä työskentelee 12 sairaanhoitajaa kolmessa vuorossa. Jokaisessa vuorossa työskennellään yksin. Työvuoro koostuu ennalta sovituista ja akuuteista kotikäynneistä sekä puhelimitse tapahtuvasta asiakkaiden neuvonnasta ja tilanne-arvioista. (Linda Kraus, henkilökohtainen tiedonanto 12.9.2013.)

Hoitoringin asiakkuus alkaa, kun erikoissairanhoidossa todetaan, ettei parantavia hoitoja enää kannata jatkaa. Asiakas siirtyy lähetteellä palliatiivisen hoidon piiriin ja samalla hoitovastuu siirtyy perusterveydenhuollolle. Hoitosuhde alkaa potilaan tapaamisesta ko-

tona tai osastolla. Tuleva hoito suunnitellaan yhdessä asiakkaan, hoitoringin hoitajan, lääkärin ja häntä hoitavan omaisen kanssa. Hoitosuunnitelmaan kirjataan asiakkaan toiveet hoidosta ja niitä päivitetään tarvittaessa. Hoitoringin tehtävänä on järjestää asiakkaan hoito kokonaisuudessaan. Siihen kuuluvat esimerkiksi yhteydenotot sosiaalitoimeen ja yhdistysten tukihenkilöihin. Tarvittava kotihoito ja hoitotarvikkeet järjestyvät tärkeän yhteistyökumppanin, kaupungin palvelutarpeen arvioijien kautta. (Alamartimo ym. 2013, 19.) Moniammatillista yhteistyötä tehdään edellä mainittujen lisäksi fysioterapeutin, erikoissairaanhoidon, syöpäsairauksien ja hematologian osasto 19:sta ja tarvittaessa seurakunnan kanssa (Anitta Koivisto, henkilökohtainen tiedonanto 08.04.2014).

Hoitorinki toimii tiiviissä yhteistyössä osasto A2:n kanssa. Hoitoringin sairaanhoitajat työskentelevät vuoroin ringissä ja vuoroin osastolla. Tämä takaa hoidon jatkuvuuden tilanteessa, jossa potilas siirtyy kotoa osastolle. Vuorotyöskentely tukee hoitajien jaksamista ja tarjoaa vaihtelua. Jokaisella asiakkaalla on lupapaikka osastolle. Lupapaikalla tarkoitetaan mahdollisuutta tulla suoraan osastolle ilman erillistä päivystyskäyntiä silloin, jos asiakkaan vointi kotona huononee tai hänen omaishoitajansa tarvitsee lepotaukoa. Osastolääkärin myöntämän lupapaikan potilas saa, kun hän siirtyy hoitoringin asiakkaaksi. Tavoitteena on tukea asiakkaan kotona selviytymistä mahdollisimman pitkään niin, että hän voi halutessaan kuolla kotona. (Linda Kraus, henkilökohtainen tiedonanto 12.9.2013.) Lääkäri käy kotona toteamassa kuoleman ja hoitoringin hoitaja tekee viimeisen kotikäyntinsä seuraavana päivänä. Samalla lainatut apuvälineet palautetaan ja käydään keskustelua omaisten kanssa. Tämä on päätös viralliselle asiakkuudelle. (Mäkinen 2013, 16.)

Hoitorinki toteuttaa vaativaa kotisairaanhoitoa, johon kuuluvat esimerkiksi verinäytteidenotto, kipupumppuhoidot, suonensisäisten lääkkeiden anto, nestehoito ja punasolutankkaus. Hoitoringin työntekijät pitävät hoitavan lääkärin ajan tasalla asiakkaan tilasta. Tarvittaessa he konsultoivat lääkäriä tai järjestävät kotikäynnin. Sairaanhoitajan työssä korostuvat vastuullisuus ja ammattitaito. Työ on itsenäistä, tilanteet vaihtelevat päivittäin ja sairaanhoitajalla on kokonaisvastuu asiakkaan hoidosta. (Alamartimo ym. 2013, 19.)

4.2 Tiedonantajat ja aineistonkeruu

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Haastateltavina olivat Oulun kaupunginsairaalan hoitoringissä työskentelevät sairaanhoitajat. Tutkimustapa valittiin, koska laadullisen tutkimuksen perustana on todellisen elämän kokemusten kuvaaminen. Kohdetta tutkitaan mahdollisimman laajasti ja kokonaisvaltaisesti. Tutkimusta käytetään tosiasioiden löytämiseen ja paljastamiseen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157-160). Laadullisen tutkimuksen aineisto kerättiin teemahaastattelujen avulla. Tyypillinen piirre laadulliselle tutkimukselle on tekijän oma havainnointi ja keskustelun analysointi. Olosuhteet voivat muuttua tutkimuksen edetessä, joten aineiston keruun ja sen analysoinnin tapa voivat muovautua tilanteiden muuttuessa. (Hirsjärvi ym. 2007, 157-160; Tuomi & Sarajärvi 2012, 71.)

Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin teemahaastattelu, koska se tukee parhaiten opinnäytetyön tavoitteita. Teemahaastattelun avulla saadaan informaatiota tutkittavasta asiasta. Teemahaastattelua voidaan pitää keskusteluna haastattelijan ja haastateltavan välillä. Haastattelun aihepiirit ovat etukäteen määriteltyjä. Haastattelija ei esitä tarkkoja kysymyksiä, vaan hän on etukäteen valinnut teema-alueet jotka käydään läpi haastattelun aikana. Teema-alueiden laajuus ja järjestys voivat vaihdella haastateltavien välillä. (Eskola & Vastamäki 2010, 26-29.) Haastateltavat kertovat ja kuvaavat kokemuksiaan haastattelun teemoista. Opinnäytetyössä haastatteluteemoiksi valittiin hoitajan tiedolliset ja taidolliset valmiudet toteuttaa kotisaattohoitoa ja kotisaattohoitoa toteuttavan hoitoringin toiminnan kehittäminen tulevaisuudessa (LIITE 1). Tiedonantajina toimivat hoitoringissä työskentelevät sairaanhoitajat. Haastateltavien lukumäärää ei voitu päättää etukäteen vaan sen määritti saturaatiopiste. Hirsjärven ja Hurmeen (2001, 60) mukaan saturaatiopisteellä tarkoitetaan tilannetta, jossa haastateltavat eivät anna enää olennaisesti uutta tietoa tutkimukseen. Haastatteluja tehtiin yhteensä neljä, jolloin todettiin saturaatiopisteen täytyneen eli haastateltavat toistivat samoja asioita teemoihin liittyen.

Haastattelut suoritettiin yksilöhaastatteluina osastolla A2, josta järjestyi haastatteluja varten rauhallinen ja tarkoituksenmukainen tila. Paikan etuja olivat häiriötön ja neutraali ympäristö, jossa haastattelua häiritseviä tekijöitä oli mahdollisimman vähän. Haastateltavat oli helppo tavoittaa heidän työympäristöstään eikä opinnäytetyön tekijöiltä kulunut aikaa paikasta toiseen siirtymiseen. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 61).

Työelämän yhteistyökumppanin kanssa sovittiin, että opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet esitellään työntekijöiden tiimipalaverissa. Tällä tavoin haastateltavat saivat mahdollisuuden tutustua etukäteen haastatteluteemoihin. Haastatteluteemat lähetettiin tiedonantajille sähköpostitse viikkoa ennen haastattelua. Haastatteluteemoja testattiin esihaastattelun yhteydessä ja niiden todettiin olevan toimivia. Näin ollen esihaastattelu otettiin osaksi tutkimusmateriaalia.

Haastateltavien kanssa käytiin läpi haastattelun suorittamiseen ja aineiston käsittelyyn liittyvät käytännön asiat. Haastateltaville kerrottiin, että nauhoitukset tehdään oppilaitoksesta lainatulla nauhurilla. Nauhoitteet tullaan käsittelemään luottamuksellisesti niin, etteivät ulkopuoliset pääse missään vaiheessa niitä kuulemaan. Samoin toimitaan haastateluista tuotetun kirjallisen materiaalin kanssa. Kaikki materiaali käsitellään niin, ettei tiedonantajan henkilöllisyyttä voida päätellä. Analysoinnin jälkeen haastattelumateriaalit hävitetään asianmukaisella tavalla.

4.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Sisällönanalyysillä pyritään käsitteellistämään tutkittava ilmiö. Sisältöä analysoidaan niin, että aineisto on tiiviissä ja selkeässä muodossa ja sisältää saadun informaation. Analyysi voidaan toteuttaa kahdella eri tavalla. Deduktiivisessa analyysissä käytetään hyväksi aiemmin luotua käsitejärjestelmää, jonka avulla aineisto luokitellaan. Tämän opinnäytetyön materiaali käsiteltiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Laadullisen aineiston induktiivinen analyysi koostuu kolmesta osasta; pelkistäminen eli reduointi, ryhmittely eli klusterointi ja teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi. Hyvin laaditut tutkimuskysymykset edesauttavat aineiston analysointia, niitä voidaan käyttää apuna pelkistämisessä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.)

Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin eli kirjoitettiin auki sana sanalta. Puhtaaksi kirjoittamisen jälkeen haastattelumateriaalia oli kokonaisuudessaan 24 sivua. Aineiston analysointi toteutettiin Kynkään ja Vanhasen (1999, 4-7) mukaan. Tekstit luettiin läpi ajatuksella ja niiden sisältöön perehdyttiin syvällisesti. Aineiston käsittelyn tukena käytettiin Kylmän ja Juvakan (2007, 110) hyväksi toteamaa tutkimuspäiväkirjaa. Haastateluista litteroitu materiaali pohjautuu puhuttuun tekstiin, mutta itse haastattelutilanteessa on tär-

keää aistia ja havainnoida nonverbaalista viestintää ja kysymysten herättämiä tunnetiloja. Ennen jokaista haastattelua sovittiin roolit, kumpi toimii haastattelijana ja kumman vuoro on kirjata ylös havaintoja haastattelun kulusta. Havainnot toimivat tärkeänä apuna myöhemmin aineistoa analysoitaessa.

Aineiston analysointia jatkettiin Kynkään ja Vanhasen (1999, 4-7) mukaisesti pelkistämällä. Tekstistä etsittiin ilmaisuja, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Jokaiselle tutkimuskysymykselle varattiin erivärinen kynä. Ilmaukset alleviivattiin tekstistä värikynällä tutkimustehtävittäin. Näin saatiin muodostettua aineiston ”pesulistat” eli aineiston pelkistetyt ilmaukset. (LIITE 2). Sisällönanalyysin seuraavassa vaiheessa eli klusteroinnissa ryhmiteltiin samankaltaiset ilmaisut. Ryhmittelyn tarkoituksena oli etsiä samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia pelkistetyistä ilmauksista. Samankaltaiset ilmaukset koottiin alakategorioiksi, jotka nimettiin niiden sisältöä parhaiten kuvaavalla tavalla (TAULUKKO 1). Tästä vaiheesta käynnistyi aineiston abstrahointi eli käsitteellistäminen. Analyysia jatkettiin yhdistämällä samansisältöiset kategoriat toisiinsa niin, että ne kuvaisivat tutkittavaa ilmiötä parhaiten. Kategorioiden muodostaminen määräytyi analyysin tekijän oman tulkinnan perusteella. Hän määrittää aineistosta, mitkä asiat kuuluvat samaan kategoriaan. Tiivistämisen jälkeen alakategorioita oli yhteensä kahdeksan, joista muodostui kolme yläkategoriaa tutkimuskysymyksiensä perusteella. Yläkategorioista koottiin yksi niitä yhdistävä käsite (LIITE 3).

TAULUKKO 1. Esimerkki kategorioiden muodostamisesta

PELKISTETYT ILMA- UKSET	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Ei saattohoitokoulutusta. - Erityiskoulutuksen tarve. - Lisäkoulutusta asiakkaan ja omaisten kohtaamiseen. - Perehdytys kaksi päivää 	Tietojen syventäminen	Perusteellinen tieto saattohoitopotilaan hoidosta
<ul style="list-style-type: none"> - Työ paras opettaja - Pääpaino työssä oppimisella - Eniten kouluttaa työ ja työkaverit - Oppinut käytännötyössä 	Työssä oppiminen	

5 HOITORINGISSÄ TYÖSKENTELYN EDELLYTYKSET

Opinnäytetyön tulokset esitetään ylä- ja alakategorioiden mukaisesti. Tulosten väliotsikot kuvaavat tutkimusaineiston yläkategorioita ja alakategoriat on kirjoitettu tummennetulla tekstillä. Tutkimustulosten yhteyteen on liitetty suoria lainauksia, jotka kuvaavat haastattavien tuntemuksia ja selventävät tutkimustuloksia. Alkuperäiset ilmaisut erottuvat tekstistä kursivoituina lainausmerkeissä.

Yläkategorioita yhdistäväksi tekijäksi muodostui hoitoringissä työskentely. Tuloksista erottui selkeästi, että työskentely vaatii riittävää tietopohjaa saattohoidosta ja sen hoitoprosessista kokonaisuudessaan. Yksin työskennellessä korostuvat työyhteisön tuki ja vastuun jakaminen moniammatillisesti sekä riittävät kädentaidot. Nämä asettavat omat vaatimuksensa hoitoringissä työskentelevälle sairaanhoitajalle. Kysyttäessä mielipiteitä hoitoringin toiminnan kehittämistä, vastauksista nousi esille työhyvinvointiin liittyvät asiat. Erityisesti kehittämisen tarvetta koettiin olevan työn kuormittavuudessa, työssä jaksamisen tukemisessa ja nykyisten resurssien riittävydessä.

5.1 Perusteellinen tieto saattohoitopotilaan hoidosta

Hoitoringin sairaanhoitajia yhdisti kiinnostus palliatiiviseen hoitoon sekä saattohoidon toteuttamiseen. Kaikki kokivat saattohoitotyön omakseen ja halusivat kehittää omaa osaamistaan edelleen.

”Kun on tahto hoitaa, sitä oppii ja suurin väline olet itse kuolevan potilaan hoidossa.”

Haastatteluissa kävi ilmi, että perehdytys hoitoringissä työskentelyyn oli ollut muutamia päiviä. Haastateltavat kokivat, että syvällisempi perehdytys työsuhteen alkaessa antaisi enemmän varmuutta työskentelyyn ja auttaisi ymmärtämään saattohoitopotilaan hoitoprosessia. Yhteinen mielipide oli kuitenkin, että **työssä oppii** parhaiten. Kokeneempien työtovereiden välittämä tieto koettiin tärkeäksi. Jokaisella on omat vahvuutensa, joiden jakaminen auttaa koko työyhteisöä. Työskentely vuorotellen osastolla ja hoitoringissä näh-

tiin positiivisena voimavarana. Sen katsottiin auttavan kokonaisuuksien hahmottamisessa, lisäävän tiedollisia ja taidollisia valmiuksia sekä antavan varmuutta hoitoringissä työskentelyyn. Haastateltavien mielestä käytäntö lisäsi asiakkaiden turvallisuuden tunnetta, kun tuttu hoitaja työskentelee sekä osastolla että kotona.

Hoitoringissä koulutus painottuu työpaikkakoulutukseen. Työntuoja tarjoaa **tietojen syventämiseen** lyhyitä lisäkoulutuksia esimerkiksi näytteenotosta. Laajemmat koulutukset ovat omaehtoisia ja suoritetaan omalla ajalla. Uusille työntekijöille toivottiin erityistä saattohoitokoulutusta. Kokonaisuudessaan voidaan todeta, että lisäkoulutuksia kaivattiin. Taloudellisten resurssien sekä ajan puutteen vuoksi niiden järjestäminen on vaikeaa.

”Aluksi pitäis koulutusta olla enemmän, että pääsis jyvälle mitä me täällä tehdään.”

5.2 Hoitoprosessin hallitseminen

Tässä opinnäytetyössä sairaanhoitajan taidollisilla valmiuksilla tarkoitetaan erityisesti klinisiä taitoja ja niihin liittyviä haasteita hoitoringissä työskennellessä. Kaikki haastateltavat kokivat omaavansa **riittävät kädentaidot** hoitoringissä työskentelyyn. Kädentaidoilla tarkoitetaan esimerkiksi suonensisäisen lääke-, neste- ja ravitsemushoidon toteuttamista ja epiduraalista kivunhoitoa. Vastauksista ilmeni, että kädentaidot kehittyvät työssä toistojen kautta. Osastolla työskentely tukee klinisten taitojen kehittymistä. Lisäkoulutusta ja tietojen päivitystä toivottiin erityisesti vaativimpiin hoitotoimiin, kuten epiduraaliseen kivunhoitoon. Haasteellisia tilanteita koetaan kuitenkin olevan harvoin. On kuitenkin tärkeää tuntea omat rajansa ja hyväksyä epäonnistumiset.

”Pitää olla hyvin armollinen itselleen, jos ei itse onnistu kaveri onnistuu.”

Moniammatillisen tuen merkitys korostuu yksin työskennellessä ja se koettiin pääpiirteittäin toimivaksi. Epäselvissä tilanteissa voi soittaa ja kysyä neuvoa kokeneemmalta hoitajalta, lääkäriltä tai osastolta.

”Yhteistyö kentältä toimii mielestäni hyvin, ei semmosta oo että pitäis neuvottamaksi jäähä.”

Erityisen saumattomaksi koettiin yhteistyö fysioterapeutin kanssa. Fysioterapeutti tulee asiakkaan kotiin opastamaan apuvälineiden käytössä ja näin helpottaa sekä hoitajien että omaisten hoitotyötä.

”Se (moniammatillinen yhteistyö) toimii todella loistavasti tuon fysioterapeutin kanssa.”

Tunne vastuun jakautumisesta herätti ristiriitaisia ajatuksia. Osa koki, ettei kentälle saa käsiparia avuksi ja on yksin vastuussa asiakkaan hoidosta. Toiset olivat sitä mieltä, että työskentelevät osana tiimiä kentällä yksin ollessaan, saavat apua tarvittaessa ja vastuu hoidosta jakautuu moniammatillisesti. Kaikki olivat yhtä mieltä siitä, että työyhteisössä vallitsee hyvä yhteishenki. Tämä helpottaa vastuun kantamisen tunnetta kentällä työskennellessä.

”Kuitenkin minä tunnen, että olen osa tiimiä, meillä on niin mahtava porukka tässä että ilman sitä ei pärjäis.”

Hoitoringillä ei ole omaa lääkäriä. Vastuu hoitoringin asiakkaista kuuluu osastolla työskentelevälle lääkärille. Oman lääkärin puuttumisen koettiin heikentävän hoitoringin asiakkaiden asemaa verrattuna osaston potilaisiin.

”He (lääkärit) ovat välillä niin kuormittuneita osaston potilaista, että tulee semmosta, että vieläkö hoitoringinkin potilaat.”

Sairaanhoitajat kokivat lääkäreiden roolin riittämättömäksi. Lääkärit vaihtuvat usein ja heitä on monentasoisia. Osastolla on lääkäri tavoitettavissa ainoastaan virka-aikana, sen jälkeen voi soittaa päivystävälle lääkärille. Lääkärin työpanosta vaativat asiat pyritään ennakoimaan ja hoitamaan osaston lääkärin kanssa. Päivystävän lääkärin kanssa joudutaan asioimaan yleensä vain akuuteissa tilanteissa.

”Lääkäri vaihtuu nyt joka toinen päivä, jos olisi oma lääkäri se ottaisi vastuun.”

5.3 Työhyvinvoinnin ja taloudellisten resurssien lisääminen

Tämä yläkategoria koostuu haastatteluissa esiin nousseita ongelmakohdista. Ne muodostavat alakategoriat; **työn kuormittavuuden vähentäminen, työssä jaksamisen tukeminen ja nykyisten resurssien riittävyys.**

Hoitoringissä työskentely on sekä fyysisesti että henkisesti kuormittavaa. Fyysinen kuormittavuus ilmenee erityisesti puutteellisena ergonomiana. Kotiolosuhteissa ei ole aina mahdollista huomioida oikeaa työasentoa esimerkiksi näytteenotossa tai asiakkaan liikuttelussa. Omaiset auttavat mielellään hoitotoimenpiteissä ja tekevät tarvittavia muutostöitä kotiin hoitamista helpottaakseen. Kuitenkin välillä törmätään tilanteeseen, jossa kirjaimellisesti *”seinät tulevat vastaan”*. Kotona hoitamista helpottamaan saa lainata apuvälineitä, joiden hankinnasta fysioterapeutti huolehtii. Hän myös opastaa omaisia ja hoitajia käyttämään niitä asianmukaisesti. Apuvälineiden riittävydestä saatiin ristiriitaisia tuloksia. Osa haastatelluista oli sitä mieltä, että apuvälineitä riittää kaikille, toisten mielestä saatavuudessa oli puutteita.

”Ergonomian saat unohtaa, kun menet kotiin, mielikuvitusta käyttämällä säästää itseään.”

Haastatteluissa korostui henkinen **kuormittavuus**, joka koettiin työn suurimmaksi haasteeksi. Lisää kuormittavuutta hoitotilanteisiin tuovat omaiset, joilla voi olla liian suuret odotukset hoidon suhteen. Omaiset voivat toivoa hoitotoimenpiteitä, jotka eivät ole perusteltuja saattohoitovaiheessa olevalle potilaalle. Aina ei ole mahdollista vastata omaisten tarpeisiin tai hoitotoimenpiteet eivät suju heidän toiveittensa mukaisesti. Asiakkaan ja hänen omaisensa välillä voi olla ristiriitaisuutta hoidon toteuttamisesta. Haastatellut kokivat, että joskus vaikeat omaiset ovat syynä siihen, ettei hoitotilanteeseen meneminen ole helppoa.

”Potilaan kanssa asiat saattavat mennä hyvin, mutta omaiset tekevät siihen sellaisen oman perspektiivin.”

Kuormittavuutta lisää asiakkaan ja hoitajan samanlainen elämäntilanne, esimerkiksi molemmilla pienet lapset. Tämä pyritään huomioimaan niin, että toinen hoitaja voi tehdä ylivoimaiselta tuntuvan kotikäynnin. Aina tämä ei kuitenkaan ole mahdollista, tällöin rajanveto työn ja vapaa-ajan välillä on vaikeampaa ja työt tulevat helpommin kotiin. Eri-tyisesti henkisesti kuormittavaksi koettiin tilanne, jossa perheessä on juuri tapahtunut kuolema. Silloin hoitajalle ladataan valtavasti odotuksia. Vaikka kuolema on ollut odotettavissa, omaiset voivat reagoida siihen hyvin voimakkaasti.

”Joskus tässä työssä hoitaa enemmän omaisia kuin potilaita.”

Hoitajan täytyy pystyä tukemaan surevia ja samalla huolehtia kuolemaan liittyvät juridiset seikat. Näissä tilanteissa aikataulu muiden asiakkaiden kohdalla viivästyy. Hoitajan täytyy siirtää tai perua päivän muut kotikäynnit. Työn ennakoimattomuus lisää kuormittavuutta.

Työssä jaksamista tukee hyvä tiimihenki työpaikalla. Aina löytyy joku, jonka kanssa purkaa vaikeita tilanteita. Työssä jaksamisen kannalta on oleellista, että hoitotilanteissa säilyy aina ammatillisuus. Hoitoringissä asiakkaat ja heidän omaisensa tulevat lähelle hoitajaa. Työminän ylläpitäminen voi olla vaikeaa tiiviissä hoitosuhteessa, hoitajana ja ystävänä olemisen raja on häilyvä. Ammatillisuus tulisi kuitenkin säilyttää, ettei polta itseään loppuun. On hyvä muistaa, että *”tämä on vain työtä”*.

Haastateltavat kokivat, että osastolla työskentely on mielekästä ja auttaa jaksamaan. Hoitoringissä työskentelystä tarvitsee välillä taukoa. Osastolla hoidollinen vastuu jakautuu useammalle henkilölle ja tämä koettiin kuormitusta vähentävänä. Haastatteluhetkellä osastolla ja hoitoringillä oli yhteinen työnohjaus. Henkisen jaksamisen tueksi toivottiin hoitoringille omaa, jatkuvaa työnohjausta. Toiveena oli saada työnohjaajaksi henkilö, joka ymmärtää heidän työnkuvansa ja pystyy antamaan uusia näkökulmia työssä jaksamiseen. Haastateltavat kokivat, että osaston ja hoitoringin kuormittavuus on niin erilaista, ettei yhteisessä työnohjauksessa saa käsiteltyä mieltä painavia asioita. Asioita voi purkaa

myös hoitoringin omissa tiimipalavereissa. Kokonaisuudessaan haastateltavat kokivat, että heillä on riittävästi työkaluja henkisen jaksamisen ylläpitämiseen.

”Kun ollaan tuolla kansliassa, siellä on monta ymmärtäjää.”

Suur-Oulun laajentuminen tuo omat haasteensa hoitotyöhön ja rajoittaa uusien asiakkaiden ottamista. **Nykyisten resurssien riittävyys** herätti haastatelluissa runsaasti mielipiteitä. Priorisointia joudutaan tekemään eikä se haastateltavien näkökulmasta ollut mielekästä. Toiveena oli saada hoitoringin piiriin kaikki, jotka haluavat kuolla kotona. Asiakkaita tarjotaan uusista kaupunginosista, mutta toistaiseksi heitä ei pystytä vastaanottamaan. Haastateltavat kokivat, että saattohoidon kehittäminen on jäänyt puheen tasolle eikä nykyisiäkään asiakkaita pystytä aina hoitamaan alusta loppuun asti.

Toisen hoitajan saaminen työvuoroon oli kaikkien haastateltavien yhteinen toive. Osa haastateltavista haluaisi työskennellä pareittain, osa käyttäisi toisen hoitajan työpanoksen toiminnan laajentamiseen. Kantavana ajatuksena oli, että työparista olisi tukea ja turvaa kentällä työskentelyssä.

”Jos vuorossa olisi kaksi hoitajaa, olisi helpompi saada kaveri sinne kotiin jos tarvetta on.”

Henkilöstöresurssien vajaus ilmenee lisääntyneinä ylitöinä. Työaika venyy helposti yli kahdeksan tunnin ja kirjaukset tehdään usein ylitöinä. Työtahtia joudutaan kiristämään, vaikka se ei ole suotavaa asiakkaiden ja omaisten kannalta. Välillä työ ja siihen käytettävä aika riittää, joskus taas *”mennään kieli vyön alla ja syödään jos ehditään”*. Ihanteellisenä pidettiin tilannetta, jossa loppuvaiheen saattohoidossa olevalle asiakkaalle olisi riittävästi aikaa. Hoitoringin toiminta on alettu näkemään positiivisena voimavarana, haastateltavat toivovat, että se näkyisi siihen kohdistetuissa taloudellisissa resursseissa.

”Taloustilanne on mitä on, mutta se on sitten arvokysymys päättäjille.”

6 POHDINTA

Suur- Oulun yhdistymisen jälkeen kotisaattohoito on noussut ajankohtaiseksi puheenaiheeksi. Hoidon toteuttaminen ei ole tällä hetkellä mahdollista koko Oulun alueella. Aiemmin Haukiputaalla toiminut saattohoitoyksikkö on lakkautettu yhdistymisten myötä. Nyt on havahduttu miettimään, kuinka hoito voidaan toteuttaa tasa-arvoisesti Ouluun liittyneiden kuntien alueella. Erilaisia visioita hoitoringin roolista tulevaisuudessa on esitetty, mutta opinnäytetyön prosessin aikana pysyvää ratkaisua tilanteeseen ei ole löydetty.

Ennen opinnäytetyön prosessia meillä ei ollut käsitystä, miten saattohoitoa toteutetaan Oulussa. Opinnäytetyön myötä saimme kattavan käsityksen kotisaattohoitoprosessista ja arvokasta tietoa sairaanhoitajan työnkuvasta osana moniammatillista yhteisöä. Opinnäytetyön tekeminen on tukenut ammatillista kasvuamme ja antanut meille valmiuksia kuolevan potilaan kohtaamiseen ja hoitotyöhön.

Opinnäytetyö oli työelämälähtöinen. Yhteistyökumppanin toive oli saada työntekijöiden mielipiteet esiin hoitoringin toiminnan kehittämistä. Onnistuimme haastattelujen myötä saamaan kattavan läpileikkauksen hoitoringin sairaanhoitajien toiveista ja tarpeista sekä työskentelyn edellytyksistä. Saatujen tulosten perusteella hoitoringin toimintaa voidaan kehittää entistäkin mielekkäämmäksi työntekijöille. Lisäksi tuloksia voidaan hyödyntää osana resurssien uudelleen suuntaamista. Erityisen arvokkaaksi koimme sen, että saimme käytännön työtä toteuttavien sairaanhoitajien äänen kuuluviin.

6.1 Opinnäytetyön tuloksista

Tuloksista ilmeni selkeästi hoitorinkiä koskevat kehittämistarpeet. Hoitoringin nykyiset resurssit ovat riittämättömiä vastaamaan kotisaattohoidon toteuttamisesta uuden Oulun alueella. Sen vuoksi on tärkeää huomioida työntekijöiden näkökulma hoitoringin toimintaa kehitettäessä. Työntekijät kokevat, ettei heidän työskentelynsä anneta riittävästi resursseja vaikka hoitoringin toiminnan mielekkyys on laajasti tunnustettu.

Kotisaattohoitoa toteutetaan uuden Oulun alueen laajuuteen suhteutettuna liian pienellä työntekijämäärällä. Jo pelkästään välimatkat asettavat asukkaat eriarvoiseen asemaan, koska asiakaskäyntiin on käytettävissä rajallinen aika. Työntekijöiden toive on, että he voisivat hoitaa alusta loppuun kaikki jotka haluavat saattohoidon kotiinsa. Nykyisillä resursseilla tämä ei ole mahdollista. Työntekijät kokivat vaikeaksi sanoa apua tarvitsevalle, ettei häntä voida ottaa hoitoringin asiakkaaksi. Priorisointi ja asiakkaiden valitseminen asettavat työntekijät vaikeaan tilanteeseen ja aiheuttavat riittämättömyyden tunteita. Tämä ei johdu halusta hoitaa asiakasta vaan resurssien asettamista rajoituksista.

Hoitoringin toiminta on kustannustehokasta, koska se säästää kalliita hoitopäiviä ja laitospaikkoja perus- ja erikoissairaanhoidosta. Kotona tapahtuvan saattohoidon on osoitettu olevan seitsemän kertaa edullisempaa kuin vastaavan laitoksessa tapahtuvan hoidon. Lisäksi kotisaattohoito tukee yksilön valinnanvapautta ja oikeutta päättää omasta hoidostaan. Kotona tapahtuva saattohoito ei ole pelkästään itse hoidossa olevan toivomus, vaan se vaatii vähintään yhden omaisen täydellisen sitoutumisen. Omaiset ovat yleensä erittäin hoitomyönteisiä ja valmiita tekemään kaikkensa kotona kuoleamisen mahdollistamiseksi. Pienet puutteet hoitotarvikkeissa ja apuvälineiden saatavuudessa korvataan omaisten kekseliäisyydellä ja viitseliäisyydellä. Ihmetystä herättää, onko järkevää täyttää laitospaikkoja asiakkailla joiden saattohoito pystyttäisiin järjestämään kotiin kehittämällä hoitoringin toimintaan.

Kotisaattohoitoa toteuttavan hoitoringin työ on vaativaa erikoissairaanhoitoa, joka asettaa työntekijöiden taidoille erityisiä vaatimuksia. Esimerkiksi suonensisäinen ja epiduraalinen kivunhoito ovat arkipäivää. Laitteet ja toimintatavat kehittyvät koko ajan ja sairaanhoitajan on pystyttävä seuraamaan kehitystä. Haastatteluista kävi ilmi, että työ on paras opettaja ja aina löytyy kokeneempi neuvonantaja. Tämä ei kuitenkaan täysin korvaa koulutuksen tarvetta, minkä myös haastateltavat toivat esille. Nykyisellään koulutuksia on ollut harvaksen ja ne ovat olleet lyhytkestoisia. Työssä tulee vastaan jatkuvasti uusia asioita, joihin tarvitaan lisäkoulutusta. Työnantajan velvollisuus on järjestää asianmukaisia koulutuksia, eikä jättää vastuuta tiedon siirtämisestä toisten työntekijöiden harteille.

Sairanhoitajan koulutukseen ei varsinaisesti kuulu saattohoitoon liittyviä opintoja. Asiaa saatetaan sivuta koulutuksen aikana, mutta saattohoitoprosessiin perehtyminen jää oma-toimisen opiskelun varaan. Haastatteluista sai käsityksen, että hoitoringissä on tarjottu

kuolevan potilaan hoitoon liittyvä koulutus, mutta epävarmaksi jäi tavoittiko se kaikki työntekijät. Osa haastatelluista kertoi, ettei ollut saanut mitään lisäkoulutusta saattohoitoon. Koulutuksia on tarjolla, mutta ne eivät varsinaisesti vastaa hoitoringin työnkuvaan. Lisätietoa kaivattiin saattohoitopotilaan hoitoprosessiin ja omaisten kohtaamiseen surun keskellä. Haastateltavat kokivat, että koulutuksia rajoittaa sekä huono taloudellinen tilanne että käytettävissä olevan ajan puute.

Hoitoringissä työskenteleviä yhdistää halu työskennellä itsenäisesti. Työvuoron aikana voi kuitenkin tulla tilanteita, joissa tarvittaisiin toisen hoitajan konkreettista apua tai neuvoja ongelmien selvittämiseksi. Osastolta löytyy aina neuvonantaja, mutta se ei korvaa fyysisesti paikalle saatavaa apua. Esimerkiksi kuoleman hetkellä hoitaja voi tuntea riittämättömyyttä hoitaessaan yksin kaiken surevista omaisista vainajan laittoon. Toiset haastatelluista tunsivat olevansa osa moniammatillista tiimiä kentällä työskennellessään, mutta vastakkaisiakin ajatuksia esitettiin. Osa haastatelluista koki olevansa kentällä yksin vastuussa asiakkaan hoidosta. Tähän tilanteeseen toisi helpotusta työpari. Tieto siitä, että apua on saatavilla, vähentäisi työn henkistä kuormittavuutta ja yksin vastuussa olemisen tunnetta.

Hoitoringin sairaanhoitajat kohtaavat paljon henkisesti kuormittavia tilanteita, jotka on hyvä päästä purkamaan muiden työntekijöiden kanssa. Haastatteluissa korostui hyvän ja toimivan työyhteisön merkitys; aina löytyy huolille jakaja. Hoitoringillä on omia tiimipalavereita, mutta haastatteluista kohosi esille tarve omalle jatkuvalla työnohjaukselle. Vetäjältä toivottiin ymmärrystä hoitoringin työtä kohtaan sekä uusia ajatussuuntia työssä jaksamiseen. Kuitenkin samalla todettiin, ettei aikaa ja resursseja työnohjaukseen ole. Haastatteluissa ilmeni, ettei nykyinen yhteinen työnohjaus osaston kanssa palvele hoitoringin tarpeita. Oma työnohjaus tukisi hoitajien jaksamista ja lujittaisi entisestään hoitoringin yhteishenkeä.

Haastateltavien toive oli oman lääkärin saaminen hoitorinkiin. Osaston lääkäri vastaa myös hoitoringin potilaista, joten ymmärrettävästi resurssit eivät aina riitä molempiin paikkoihin. Haastateltavat kokivat, että lääkäri kuuntelee heidän mielipiteitään asiakkaiden hoidosta ja häneen voi ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa. Oma lääkäri hoitoringissä ottaisi kuitenkin kokonaisvastuun asiakkaista ja pystyisi saapumaan tarpeen vaatiessa

myös fyysisesti asiakkaan luokse. Tällä hetkellä lääkärin resurssit eivät riitä kotikäynteihin juuri muulloin kuin kuoleman toteamiseksi.

6.2 Eettisyys

Opinnäytetyön aiheen kohdalla on syytä pohtia tutkimuksen yhteiskunnallista merkitystä ja sen vaikutusta tiedonantajiin. Opinnäytetyöprosessin edetessä pohdittiin, kohdistuuko tutkimuksen hyöty itse haastateltaviin vai näkyvätkö vaikutukset vasta myöhemmin. Suurin hyöty opinnäytetyön tuloksista saadaan tulevaisuudessa lisäselvitysten myötä. Saatuja tuloksia yhdistettynä laajempaan kokonaisuuteen voidaan käyttää hoitotyön laadun kehittämisessä.

Opinnäytetyön aihe nousi esille keskusteluissa työelämän yhteistyökumppanin kanssa. Ennen prosessin aloittamista kävimme tutustumassa Oulun kaupunginsairaalan osasto A2:n ja sen kotisaattohoitoa toteuttavan hoitoringin toimintaa. Tämä auttoi tutkimusympäristön hahmottamisessa ja tutkimusmetodin valinnassa. Opinnäytetyön aihe ja prosessin eteneminen käytiin esittelemässä työntekijöille osastotunnilla, koska tiedonantajien oikeuksiin kuuluu tietää tutkimusprosessin kulku ja mahdolliset riskit (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221). Opinnäytetyöstä tehtiin kirjallinen sopimus työelämän yhteistyökumppanin kanssa, jota molemmat osapuolet sitoutuivat noudattamaan. Saattohoitoa toteuttavasta hoitoringistä nimettiin yhteyshenkilö, joka pidettiin ajan tasalla prosessin etenemisestä.

Opinnäytetyön materiaali koottiin temahaastattelujen avulla. Työntekijöille korostettiin, että haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista, prosessin voi keskeyttää missä vaiheessa tahansa ja itseään koskevan aineiston käytön voi myöhemmin kieltää. Kaikki työntekijät olivat halukkaita tiedonantajiksi. Lopullisesti haastateltavat valikoituivat haastattelupäivinä työvuorojen mukaisesti. Lähettämällä haastatteluteemat etukäteen varmistettiin, että tiedonantajat ovat sisäistäneet tutkimuksen pääkohdat. Lisäksi haasteltaville korostettiin, ettei heidän henkilöllisyytensä tule paljastumaan missään opinnäytetyöprosessin vaiheessa.

Tulosten analysoinnissa erityistä huomiota kiinnitettiin anonymiteetin säilymiseen, tämä korostuu tutkimusaineistossa jonka otanta on pieni. Tuloksissa ei esitetty esimerkiksi haastateltujen tarkkoja koulutustietoja, koska niistä olisi voinut päätellä vastaajan henkilöllisyyden. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221.)

Edellytys tutkimuksen eettisyydelle on luottamuksellisuus. Hankittu materiaali koottiin, käsiteltiin ja hävitettiin asianmukaisesti. (Kylmä & Juvakka 2007, 111.) Äänitetyt haastattelut on purettu tilassa, jossa ulkopuoliset eivät ole päässeet niitä kuulemaan. Sähköisessä muodossa ollut materiaali on säilytetty salasanaalla suojatussa tiedostossa. Haastattelumateriaalia käytettiin vain sovittuun tarkoitukseen eikä sitä luovutettu ulkopuolisille.

6.3 Luotettavuus

Tutkimusprosessin perustana täytyy olla tieteellinen tieto. Tässä opinnäytetyössä pyrittiin käyttämään uusinta tietoa tutkittavasta aiheesta ja siihen liittyvistä käsitteistä. Kokoamiseen käytettiin mahdollisimman uusia kotimaisia sekä ulkomaalaisia tieteellisiä julkaisuja ja kirjallisuutta. Opinnäytetyön viitekehys rajattiin selkeäksi, jotta sisällöstä tulisi johdonmukainen. Tämä helpottaa opinnäytetyön luotettavuuden arviointia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140.)

Tuomen ja Sarajärven (2009, 140- 141) mukaan luotettavuutta voidaan arvioida esimerkiksi sillä, miten ja minkälaisella tekniikalla aineisto on kerätty ja miten tutkimukseen osallistuvat henkilöt on valittu. Opinnäytetyön luotettavuutta paransi haastateltavien valikoituminen sattumanvaraisesti. Tiedonantajien luotettavuuteen on voinut vaikuttaa haastattelua edeltävät tapahtumat. Haastattelijat jäivät pohtimaan, onko esimerkiksi raskas työpäivä vaikuttanut vastauksiin työn kuormittavuudesta.

Haastatteluteemojen toimivuutta testattiin esihaastattelun avulla. Lisäksi teemat ja niihin liittyvät tarkentavat kysymykset muotoiltiin niin, etteivät ne johdatelleet vastaajia ennalta haluttuun suuntaan. Haastattelujen aikana kiinnitettiin erityistä huomiota nonverbaaliseen viestintään haastateltavien ja haastattelijoiden välillä. Opinnäytetyöntekijät eivät vaikuttaneet haastattelujen lukumäärään, vaan sen määritti saturaatiopisteen täytyminen. Näin saavutettiin mahdollisimman luotettava aineisto.

Opinnäytetyön tulosten luotettavuutta lisää huolellisesti tehty sisällönanalyysi. Tutkittava aineisto pyritään pelkistämään mahdollisimman tiiviiksi ja muodostamaan sitä parhaiten kuvaavat kategoriat. Tällä pyritään osoittamaan yhteys aineiston ja tulosten välillä. (Kyn-gäs & Vanhanen 1999, 10.) Opinnäytetyön sisällönanalyysi onnistui hyvin. Aineisto saatiin tiiviiseen muotoon ja siitä muodostui luontevasti ala- ja yläkategoriat. Muodostetut kategoriat vastasivat aineiston sisältöä ja valmiista analyysistä saatiin vastaukset tutkimuskysymyksiin. Näin voitiin todeta tutkimuskysymysten olleen hyvin laadittuja.

Tutkimustulokset täytyy loppuraportissa esittää tarkasti ja selkeästi, jotta niitä pystytään arvioimaan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 141). Opinnäytetyössä pyrittiin koko prosessin yksityiskohtaiseen kuvaukseen, jotta sen luotettavuutta ja eettisyyttä pystytään arvioimaan. Suorilla lainauksilla haastatteluteksteistä saatiin haastateltavien ääni kuuluviin sekä pyrittiin kuvaamaan todellisuutta mahdollisimman elävästi ja tarkasti. Lisäksi luotettavuutta parantaa opinnäytetyöprosessiin käytetty aika (Tuomi & Sarajärvi 2009, 141). Aineistoon syventymiseen ja analysointiin käytettiin runsaasti aikaa eikä aikataulua laadittu liian tiukaksi mahdollisten viivästysten varalta.

6.4 Jatkotutkimushaasteet

Tarve kotisaattohoidolle kasvaa suurten ikäluokkien vanhetessa. Tietoisuus saattohoidon saamisesta kotiin lisää asiakasmäärää. Tulevaisuudessa kotisaattohoitoa toteuttavan hoitoringin suurin haaste on tasapuolisen palvelun tarjoaminen koko uuden Oulun alueella. Toiminnan laajentumisen edellytyksenä on selvittää, mikä on osasto A2:n ja sen yhteydessä toimivan hoitoringin rooli jatkossa. On tärkeää kartoittaa Ouluun liittyneiden kuntien valmius toteuttaa kotiin tapahtuvaa saattohoitoa. Tässä yhteydessä olisi hyödyllistä vertailla kustannuksia laitoksissa tapahtuvan saattohoidon ja kotisaattohoidon välillä. Näin saadaan käsitys, kumpi on kustannustehokkaampaa.

Tässä opinnäytetyössä on selvitetty sairaanhoitajien ajatuksia hoitoringin kehittämistarpeista. Kokonaisvaltaisen hoidon takaamiseksi on tärkeää kartoittaa asiakkaan ja häntä hoitavien omaisten käsityksiä hoidosta ja sen saatavuudesta. Näin muodostuu kokonaiskuva laadukkaasta saattohoidon toteuttamisesta kotona.

LÄHTEET

- Alamartimo, Eija; Kraus, Linda; Mäenpää, Pia; Paukkunen, Ulla & Jussila, Aino-Liisa 2013. Kotisaattohoito alkoi kokeilusta. Artikkelissa Mäkinen, Päivi. Kotoinen kuolema. *Tehy* 4, 14-19.
- Anttonen, Mirja Sisko 2008. Kuolevan potilaan hoitotyön johtaminen. Teoksessa Grönlund, Elina; Anttonen, Mirja Sisko; Lehtomäki, Susanna & Agge, Eva (toim.) *Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito*. Helsinki: Suomen Sairaanhoitajaliitto ry, 49-57.
- Eskola, Jari & Vastamäki, Jaana 2010. Teemahaastattelu: Opit ja opetukset. Teoksessa (toim.) Aaltola, Juhani & Valli, Raine. *Ikkunoita tutkimusmenetelmiin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. Juva: WS Bookwell Oy, 26-44.
- Grönlund, Elina & Huhtinen, Aili 2011. *Kuolevan hyvä hoito*. Helsinki: Edita.
- Heikkinen, Helena; Kannel, Virpi & Latvala, Eila 2004. *Saattohoito. Haaste moniammatilliselle yhteistyölle*. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 1995. *Teemahaastattelu*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2001. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemisiin perustuvat saattohoitosuosituksat. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 10.09.2013. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=D_LFE-12411.pdf
- Hänninen, Juha & Anttonen, Mirja Sisko 2008. Saattohoitopäätös ja hoitolinjauksen merkitys potilaan hoidossa. Teoksessa Grönlund, Elina; Anttonen, Mirja Sisko; Lehtomäki, Susanna & Agge, Eva (toim.) *Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito*. Helsinki: Suomen Sairaanhoitajaliitto ry, 23-35.
- Hänninen, Juha & Pajunen, Tapio 2006. *Kuoleman kaari. Sairastumisesta, luopumisesta, elämästä*. Helsinki: Kirjapaja Oy.

- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Koivisto, Anitta 2014. Sairaanhoidtaja, Oulun kaupungin sairaala A2, hoitorinki. Oulu. Henkilökohtainen tiedonanto 8.4.
- Kraus, Linda 2013. Sairaanhoidtaja, Oulun kaupunginsairaala A2, hoitorinki. Oulu. Henkilökohtainen tiedonanto 12.9.
- Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012. Käypä hoito-suositus. Viitattu 19.08.2014. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50063#NaN>
- Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1), 3-11.
- Kytke- hanke 2012. Viitattu 16.09.2013. <http://oulu.ouka.fi/kytke/>. Tuloste tekijän hallussa.
- Kärpäniemi, Raija 2008. Sairaanhoidtaja ja hengelliset kysymykset kuolevan hoidossa. Teoksessa Grönlund, Elina; Anttonen, Mirja Sisko; Lehtomäki, Susanna & Agge, Eva (toim.) Sairaanhoidtaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen Sairaanhoidtajaliitto ry, 109-118.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 17.08.1992. Viitattu 10.09.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Lindqvist, Martti 2000. Kuolemaan liittyviä eettisiä kysymyksiä. Teoksessa Aalto, Kirsti (toim.) Saattohoito. Helsinki: Kirjapaja Oy, 255-265.
- Lipponen, Varpu & Karvinen, Ikali 2014. Lupa lähteä. Hengellisyys saattohoidossa hoitohenkilöstön kokemana. Gerantologia 28 (1), 3038
- Mäkinen, Päivi 2013. Kotoinen kuolema. Tehy 4, 14-19.
- Pietilä, Anna-Maija; Hakulinen, Tuovi; Hirvonen, Eila; Koponen, Päivikki; Salminen Eeva-Maija & Sirola, Kirsi 2008. Terveyden edistäminen - Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki. WSOY. 1.-2. painos.
- Pirskainen, Marjatta; Pietilä, Anna-Maija; Rytönen, Minna & Varjoranta, Pirjo 2010. Työntekijöiden kokema terveys ja näkemykset terveyden edistämisestä työyhteisössä: pilottitutkimus kunnan työntekijöille. Tutkiva hoitotyö 8 (2), 39-46.
- Päätös elvyttämättä jättämisestä (DNR-päätös) 2013. Viitattu 10.09.2013. http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/paatos_elvyttamatta_jattamisesta

- Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio
17.09.2003. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta
(ETENE). Työryhmäraportti. Helsinki. Viitattu 13.11.2013.
[http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17165&name=D
LFE-540.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17165&name=D
LFE-540.pdf)
- Saattohoito 2013. Viitattu 10.09.2013.
[http://www.valvira.fi/ohjaus_ ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuv
aiheen_hoito/saattohoito](http://www.valvira.fi/ohjaus_ ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuv
aiheen_hoito/saattohoito)
- Sand, Hilka 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. Tutkimus suomalaisesta saatto-
hoidosta. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.
Viitattu 07.11.2013. <http://tampub.uta.fi/handle/10024/67272>
- The Quality of Death 2010. Ranking end- of- life across the world. A report from
the Economist Intelligence Unit. Commissioned by Lien foundation. Viitat-
tu 18.09.2013. [http://www.virtualhospice.ca/Assets/Quality
%20of%20Death%20Ranking%202010_20100915182153.pdf](http://www.virtualhospice.ca/Assets/Quality
%20of%20Death%20Ranking%202010_20100915182153.pdf)
- The Ottawa Charter of Health Promotion 1986. Viitattu 19.09.2014.
[http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index
4.html](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index
4.html)
- Terveydenhuoltolaki 2011/1326, 01.05.2011. Viitattu 19.09.2014.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.
Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Utriainen, Kati; Ala-Mursula, Leena & Virokannas, Hannu 2011. Näkökulmia
sairaanhoitajien työhyvinvointiin. Tutkiva hoitotyö 9 (1), 29-35.

LIITE1: HAASTATTELUTEEMAT

I Sairaanhoitajan tiedolliset valmiudet

- taustatiedot
- aiempi työkokemus
- lisäkoulutus (itse hankittu/ työnantajan tarjoama)
- tiedollisen valmiuksien lisääntyminen kokemuksen kautta
- tiedollisten valmiuksien riittävyys nykyisessä työssä

II Sairaanhoitajan taidolliset valmiudet

- työssä tarvittavat kädentaidot neste- ja lääkehoitoon liittyen (cvk, iv., im., kipu-pumppu ym.)
- työnantajan tarjoama perehdytys
- hoitotilanteiden aiheuttamat haasteet
- taidollisten valmiuksien lisääntyminen kokemuksen kautta

III Hoitoringin toiminnan kehittäminen

- toiminnan laajeneminen
- asiakasmäärän kasvu
- työntekijöiden määrä
- työajan jakautuminen
- vastuun jakaminen moniammatillisesti
- henkinen jaksaminen (omaisten ja asiakkaan kohtaaminen, ammatillisuuden säilyttäminen)
- fyysinen jaksaminen (ergonomia, apuvälineet, hoitoympäristön haasteellisuus, haastavasti käyttäytyvät asiakkaat)

LIITE 2: ESIMERKKI AINEISTON PELKISTÄMISESTÄ

ALKUPERÄISILMAISUJA
HAASTATTELUISTAPELKISTETTYJÄ
ILMAISUJA

”Mitään lisäkoulutusta saattohoitoon ei ole ollut.”

* Ei saattohoitokoulutusta

”Koulun penkiltä saa tietenkin uutta tietoa, mutta eniten on opettanut tämä työ ja työkaverit.”

*Työ paras opettaja

”Taidot ovat riittävät siinä mielessä, että tämän työn pystyy hoitamaan.”

*Riittävät kädentaidot

”Töitä tehdään porukalla, eihän siitä mitään tulis jos yksin sooloilis.”

*Tiimityöskentely

”Kyllähän sitä on joo, aika yksin vastuussa kentällä.”

*Yksin vastuussa

”Teemme yhteistyötä fysioterapeutin, lääkärin, sosiaalityöntekijöiden...kanssa.”

*Toimiva työyhteisö

”Ergonomian saat unohtaa kun menet kotiin, mielikuvitusta käyttämällä säästää itseään.”

*Puutteet ergonomiassa

”Jos on nuoria asiakkaita, niin nehän on sitten niitä jotka ottaa enemmän voimille.”

*Kuormittavat asiakkaat

”Sehän on ihan hyvä homma (osastotyöskentely), monesti toivotaankin, että nyt ei jaksa ringissä, vaan haluais olla osastolla”

*Osasto/rinkityöskentelyn edut

”Itse kaipaisin kovasti hoitorinkiin omaa työnohjausta, tuntuu että kuitenkin se on niin erilaista se hoitorinkityö.”

*Oma työnohjaus

”Satsaisin ringin toimintaan niin, että kun rinkiin asiakas tulee sen pystys hoitamaan alusta loppuun.”

*Hoidon jatkuvuus

”Käsipareja kun saadaan lisää, kaikki on hyvin.”

*Lisää työntekijöitä

LIITE 3: AINEISTON ABSTRAHOINTI

