

Holappa Jemina, Koskelo Laura ja Kärkkäinen Pirita

## ”Rauhaa työntekoon” – Sairaanhoitajien jaksamisen tukeminen palliatiivisessa hoitotyössä



Sairaanhoitaja AMK

Sosiaali- ja terveysala

Kevät 2021



KAMK • University  
of Applied Sciences

## Tiivistelmä

**Tekijä(t):** Holappa Jemina, Koskelo Laura & Kärkkäinen Pirita

**Työn nimi:** ”Rauhaa työntekoon” - Sairaanhoidtajien jaksamisen tukeminen palliatiivisessa hoitotyössä

**Tutkintonimike:** Sairaanhoitaja (AMK)

**Asiasanat:** palliatiivinen hoito, jaksaminen, tukeminen, työhyvinvointi

Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan elämänkaaren loppuun kohdistuvaa aktiivista, kokonaisvaltaista ja moniammatillista hoitoa. Arviolta 30 000 henkilöä tarvitsee palliatiivista hoitoa Suomessa ja väestön ikääntyessä palliatiivisen hoidon tarve tulee kasvamaan.

Työhyvinvoinnilla käsitetään tässä opinnäytetyössä kokonaisuus, joka muodostuu työstä ja sen mielekkyydestä, terveydestä, turvallisuudesta ja hyvinvoinnista. Työhyvinvointia lisääviä tekijöitä ovat muun muassa hyvä ja motivoiva johtaminen sekä työyhteisön ilmapiiri ja työntekijöiden ammattitaito. Työhyvinvointi vaikuttaa muun muassa työssä jaksamiseen. Jaksaminen tässä opinnäytetyössä käsitetään moniulotteiseksi kokonaisuudeksi, joka on yhteydessä työhyvinvointiin. Jaksaminen käsittää sekä fyysisen että henkisen jaksamisen.

Opinnäytetyömme on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Laadulliselle tutkimukselle on ominaista lähestyä tutkittavaa asiaa mahdollisimman avoimesti. Opinnäytetyön aineiston keruu toteutettiin 635-metelmällä ja aineisto analysointiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyössämme käsitelimme sairaanhoidtajien jaksamista palliatiivisessa hoitotyössä. Opinnäytetyössämme kuvaamme, millaisia haasteita jaksamisessa Oulun kaupunginsairaalan osastolla A2 työskentelevät sairaanhoidajat kokevat palliatiivisessa hoitotyössä. Lisäksi kuvaamme, millaisia ratkaisuehdotuksia sairaanhoidajat kokivat tarvitsevansa jaksukseen palliatiivisessa hoitotyössä. Opinnäytetyön tulosten tarkoituksena on olla työkaluna B-erityistason palliatiivisessa hoitotyössä. Teimme opinnäytetyön Kainuun uuden keskussairaalan palliatiivisen yksikön kehittämisen tueksi. Kainuun uuteen keskussairaalaan on perustettu B-erityistason palliatiivinen osasto vuoden 2020 alussa.

Lokakuussa 2020 kerätyssä aineistossa Oulun kaupunginsairaalan sairaanhoidajat (N=4) tuottivat yhteensä 17 haastetta palliatiivisessa hoitotyössä jaksamiseen ja 44 heidän kokemaansa ratkaisuehdosta, kuinka tukea jaksamista.

Tuloksista haasteiksi nousivat liian suuri potilasmäärä, ajan käyttö, vaihtuva henkilöstö sekä työn henkinen kuormittavuus. Lisäksi sairaanhoidajat kokivat haastavana muiden potilasryhmien hoidon osastolla, työn fyysisen kuormituksen sekä lääkäreiden työhön liittyvät haasteet. Ratkaisuehdotuksista nousivat hoitotyön organisointiin, henkilöstöjohtamiseen ja hoitotyön resurssointiin, ammatillisuuden tukemiseen, psykososiaaliseen tukemiseen sekä moniammatilliseen yhteistyöhön liittyvät keinot.

Opinnäytetyöstä nousi seuraavat jatkotutkimusaiheet: Millaisia haasteita sairaanhoidajat kokevat uuden Kainuun keskussairaalan palliatiivisessa yksikössä? Mikä olisi sopiva paikkamäärä palliatiivisella osastolla? Kuinka monta palliatiivista potilasta voisi olla yhden sairaanhoidajan hoidettavana, jotta hoidon laatu ei kärsisi? Kuinka moniammatillista yhteistyötä voisi kehittää sujuvammaksi toteuttaessa palliatiivista hoitotyötä?

## Abstract

**Author(s):** Holappa Jemina, Koskelo Laura & Kärkkäinen Pirita

**Title of the Publication:** "Harmony at Workplace" -Supporting nurses coping in palliative care

**Degree Title:** Bachelor of Health Care, Nursing

**Keywords:** palliative care, coping, support, well-being at work

Palliative care refers to the active, holistic and multidisciplinary end-of-life care of an incurably ill person or a person with a life-threatening illness. An estimated 30,000 people need palliative care in Finland, and as the population ages, the need for palliative care will increase.

In this thesis well-being at work is understood as a whole that consists of work and its meaningfulness, health, safety and well-being. Factors that increase well-being at work include good and motivating management as well as the atmosphere in the work community and employees' professional competence. Well-being at work affects, among other things, coping at work. As well-being increases, labor productivity and commitment to work increase and the number of sick leave decreases. The well-being of the work community is reflected in the actual nursing care through employees. A well-functioning work community is able to face challenges, solve them, and support individual employees when needed.

This thesis is a qualitative research. It is characteristic of qualitative research to approach the subject matter as openly as possible. The collection of the thesis material was carried out using the 635 method and analyzed with inductive content analysis. The purpose of the thesis results is to be a tool in B-special level palliative care. The results of this thesis provide a tool for organizing specialist level B palliative care and support the development of a palliative unit at the new Kainuu Central Hospital where a specialist level B palliative ward will be established at the beginning of 2020.

This thesis discusses the coping strategies used by nurses working in palliative care and describes the challenges nurses working in ward A2 at Oulu City Hospital experience with palliative care. In addition, solutions to promote coping with palliative care are elaborated. In the data collected in October 2020, the nurses of Oulu City Hospital named a total of 17 challenges with coping in palliative care and 44 solutions they experienced as supporting their coping.

The excessive number of patients, use of time, staff turnover and mental workload of the work were named as challenges. In addition, nurses found it challenging to take care of other patient groups in the ward, the physical strain of the work, and the work-related challenges with doctors. The proposed solutions included the organization of nursing care, personnel management and resourcing, support for professionalism, psychosocial support and interprofessional cooperation.

The following topics for further research emerged during this thesis process: 1) what kind of challenges do nurses experience in the palliative unit of the new Kainuu Central Hospital, 2) what is the appropriate number of beds in the palliative ward, 3) how many palliative patients can be treated by a single nurse without compromising the quality of care and 4) how can multi-professional collaboration be developed to facilitate palliative care?

## **Alkusanat**

*Älä pelkää, sinulla on lämpimät kädet*

*lämpimiin käsiin ota kylmenevät sormet*

*ei sinun muuta tarvitse tehdä*

*ole ihminen ihmiselle loppuun asti*

*Ei kuolema sinua vie, älä pelkää*

*ole kuolevan vieressä lämpimin käsin*

*älä yksin jätä*

*ei kuolema sinua vie*

*sinulla on lämpimät kädet*

*Kaija Sailo*

## Sisällys

1	Johdanto .....	1
2	Palliativinen hoitotyö ja työhyvinvointi palliativisessa hoitotyössä .....	3
2.1	Palliativinen hoito ja saattohoito .....	3
2.2	Palliativisen hoidon kolmiportainen malli .....	5
2.3	Palliativisen hoitotyön erityisosaaminen .....	6
2.4	B- erityistason palliativisen hoitotyön osastot Oulussa ja Kainuussa .....	7
2.5	Työhyvinvointi ja jaksaminen palliativisessa hoitotyössä .....	8
3	Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset.....	12
4	Opinnäytetyön toteutus .....	13
4.1	Tutkimusaineiston hankinta .....	13
4.2	Tutkimusaineiston analysointi.....	16
5	Tutkimuksen tulokset .....	19
5.1	Sairaanhoitajien kokemat haasteet.....	19
5.2	Sairaanhoitajien ratkaisuehdotukset jaksamisen tukemiseen.....	21
6	Pohdinta .....	23
6.1	Tulosten tarkastelu.....	23
6.2	Luotettavuus.....	26
6.3	Eettisyys.....	27
6.4	Ammatillinen kasvu .....	29
6.5	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset .....	30
	Lähteet .....	32

## Liitteet

## 1 Johdanto

Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan maailmanlaajuisesti jopa 40 miljoonaa ihmistä tarvitsee palliatiivista hoitoa vuosittain. Arvion mukaan kuitenkin vain noin 14 % saa tarvitsemaansa palliatiivista hoitoa. (World Health Organization 2020.) Suomessa palliatiivista hoitoa tarvitsee noin 30 000 ihmistä vuosittain (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019a, 14).

Suomalaiset kuolevat yhä vanhempana. Vuoden 2018 aikana Suomessa kuoli 54 523 henkilöä. Vuonna 2018 kuolleista kaksi kolmesta oli täyttänyt 75 vuotta ja useampi kuin joka kolmas oli täyttänyt 85 vuotta. Yleisin kuolemansyy oli verenkiertoelimistön sairaudet 35 % osuudella ja toiseksi yleisenä kuoleman syynä oli kasvaimet 24 % osuudella. Dementia ja Alzheimerin tauti olivat kolmantena 19 % osuudella kuolemansyistä. (Kuolemansyyt 2018.)

Eduskunta myönsi miljoonan euron määrärahan syksyllä 2017 käytettäväksi vuoteen 2020 mennessä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämiseen (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019a, 9). Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti ”Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa” on julkaistu Sosiaali- ja terveysministeriön toimesta 17.12.2019. Raportissa (2019a, 131 - 182) nostetaan esille muun muassa hoitohenkilöstön puutteellinen palliatiivisen hoidon osaaminen, henkilöstömitoitus sekä oikean aikaisen hoidon saatavuuden puutteet.

Opinnäytetyömme aiheena on sairaanhoitajien jaksamisen tukeminen palliatiivisessa hoitotyössä. Tarkoituksemme on kuvata, millaisia haasteita jaksamisessa Oulun kaupunginsairaalan osastolla A2 työskentelevät sairaanhoitajat kokevat palliatiivisessa hoitotyössä ja miten heidän jaksamistaan voitaisiin tukea. Opinnäytetyömme tavoitteena on löytää keinoja palliatiivisessa hoitotyössä työskentelevien sairaanhoitajien jaksamisen tukemiseen.

Opinnäytetyössämme käytämme laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineiston keruu tapahtuu käyttäen 635-menetelmää, joka kuuluu nominaalitekniikoihin. Ryhmässä toteutettavan 635-menetelmän avulla saadaan lyhyessä ajassa paljon ideoita ja ratkaisuehdotuksia kysymyksiin tai ongelmiin. Analysoimme aineiston induktiivisella sisällönanalyysillä. (Eloranta 1986, 19.)

Opinnäytetyömme on hyödyksi B-tason palliatiiviselle osastolle uudessa Kainuun keskussairaalassa. Olemme valinneet aiheen, koska se on valtakunnallisesti merkittävä mm. meneillään olevan hankkeen, ”Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa”, myötä. Hanke on osa sosiaali- ja

terveysministeriön valtakunnallista palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämistyötä ja sitä koordinoi Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019b.)

Ammatillisen kasvun kannalta saimme myös kehittää omaa osaamistamme koskien palliatiivista hoitotyötä.

## 2 Palliatiivinen hoitotyö ja työhyvinvointi palliatiivisessa hoitotyössä

Tässä luvussa kerromme palliatiivisen ja saattohoidon erityispiirteistä, palliatiivisen hoidon kolmiportaisesta mallista ja millaista erityisosaamista palliatiivista hoitotyötä toteuttavalta hoitotyönammattilaiselta vaaditaan. Lisäksi kuvaamme työhyvinvointia ja jaksamista palliatiivisessa hoitotyössä.

### 2.1 Palliatiivinen hoito ja saattohoito

Maailman terveysjärjestön (World Health Organization 2020) mukaan palliatiivinen hoito on määriteltä parantumattomasti sairaan ja kuolevan ihmisen aktiiviseksi kivun, sairauden tai lääkityksen aiheuttamien oireiden hoidoksi, jossa huomioidaan niin potilas kuin hänen läheisensä psyykinen, sosiaalinen ja hengellinen hyvinvointi. Palliatiivinen hoito ei ole ajallisesti rajattu mihinkään tiettyyn sairauden vaiheeseen, mutta sen tarve kuitenkin kasvaa kroonisten sairauksien edetessä ja kuoleman lähestyessä (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019a, 13). Palliatiivisen hoidon tarkoituksena ei ole pidentää eikä lyhentää potilaan elämää ja kuolema nähdään osana normaalia elämää. Palliatiivinen hoito kuuluu kaikkiin sairauden vaiheisiin riippumatta hoitolinjasta. (Käypä hoito 2019.)

Ihminen tarvitsee läsnäoloa, myötäelämistä ja toiveiden noudattamista elämänsä viime hetkillä (ETENE 2012). Palliatiivista hoitoa ei ole ajallisesti määriteltä, ja se voi kestää vuosia, mutta myös vain kuukausia (Surakka ym. 2015, 13). Pitkäaikaislaitosten potilaat tekevät kuolemaa pitkään - puhutaan jopa vuosista (Hänninen 2012, 48). Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa, joka ajoittuu potilaan viimeisille elinviikoille tai -päiville (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019a, 13; Käypähoito 2019). Keskiössä palliatiivisessa ja saattohoidossa ovat elämänlaadun ja ihmisarvon kunnioittaminen, sekä potilaan yksilöllisten voimavarojen ja vahvuuksien huomioiminen (Aalto 2013, 14; Grönlund & Huhtinen 2011, 122).

Kuoleva potilas tarvitsee totuudenmukaista tietoa sairaudestaan, arvioita sen kulusta ja hoitosuunnitelman voidakseen suunnitella tulevaisuuttaan (Aalto 2013, 109). Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL) suosittelee terveys- ja hoitosuunnitelman tekemistä kaikille perusterveydenhuollon palveluita tarvitseville. Tarkoituksena on koota terveys- ja hoitosuunnitelmaan potilaan kannalta keskeiset sairaudet ja terveysongelmat sekä niiden hoito tavoitteineen. (Surakka ym. 2015, 16.) Varhain laadittu hoitosuunnitelma ja aloitettu palliatiivinen hoito parantavat potilaiden ja



heidän läheistensä elämänlaatua ja vähentävät epätarkoituksenmukaisia hoitoja ja sairaalajaksoja elämän loppuvaiheessa (Käypä hoito 2019).

Yhteisymmärryksessä tehdyt hoitopäätökset antavat potilaalle ja läheisille mahdollisuuden keskittyä potilaan oireiden helpottamiseen ja lähenevään kuolemaan valmistautumiseen. Hoitosuunnitelma tehdään yleensä hoitoneuvottelun perusteella. Se sisältää keskustelut ja kirjaukset sairauden vaiheesta, hoitomenetelmistä ja niiden tavoitteista, hoitolinjauksesta, hoidon rajouksista, hoidosta vastaavasta tahosta sekä potilaan toiveista ja peloista sairauden edetessä ja kuoleman lähestyessä. (Valvira 2019.) Mikäli potilas ei pysty tekemään hoitoaan koskevia päätöksiä mielen-terveyden, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi, hänen laillista edustajaansa on kuultava ennen tärkeää hoitopäätöstä. Jos laillisen edustajan kuuleminen ei ole mahdollista, potilasta hoidetaan tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena. (Grönlund & Huh- tinen 2011, 34.) Sairauden edetessä hoitosuunnitelmaa tulee tarkentaa (Käypä hoito 2019).

Saattohoitopäätös on muutos potilaan hoitolinjaukseen ja se koskettaa potilasta, hänen omaisi- aan, mutta myös hoitohenkilökuntaa. Saattohoito on osa palliatiivista, oireenmukaista ja aktii- vista potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. (Hänninen & Luomala 2013, 71.) Saattohoitosuunnitel- massa huomioidaan jäljellä olevan ajan rajallisuus ja lisääntynyt potilaan ja läheisten avun sekä kokonaisvaltaisen tuen tarve. Lääkäri tekee saattohoitopäätöksen mahdollisuuksien mukaan yh- dessä potilaan kanssa, tai jos potilas ei pysty päättämään hoidostaan itse, läheisten tai laillisen edustajan kanssa. (Saarto ja asiantuntijatyöryhmä 2017, 8.) Saattohoitopäätös sisältää elvyttä- mättäjäättämispäätöksen, DNR-päätöksen (Valvira 2019; Saarto ja asiantuntijatyöryhmä 2017, 8; Käypä hoito 2019).

Palliatiivinen hoito ja saattohoito on moniammatillista tiimityötä, johon tulisi lääkäreiden ja hoi- tohenkilökunnan lisäksi osallistua psykososiaalisen tuen, henkisen ja eksistentiaalisen tuen am- mattilaisia sekä erityistyöntekijöitä kuten fysioterapeutteja ja sosiaalityöntekijöitä. Yhteistyö vaa- tivissa tilanteissa kivunhoidon ammattilaisten ja muiden erikoisalojen edustajien kanssa turvaa potilaan hyvän hoidon. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019a, 106.)

Palliatiivista ja saattohoitoa säätelevät ja ohjaavat kansainväliset ja kansalliset ja lait, sopimukset ja suositukset. Niiden perustana ovat itsemääräämisoikeus ja perusoikeudet sekä yksilön koske- mattomuus ja ihmisarvon kunnioittaminen. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2019a.) Kansallisesti tärkeimmät normit ovat Suomen perustuslain (731/1999) perusoikeudet, potilaslaki (785/1998), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), kansanterveyslaki (66/1972) sekä erikois- sairaanhoitolaki (1062/1989) (Pihlainen 2010, 14).

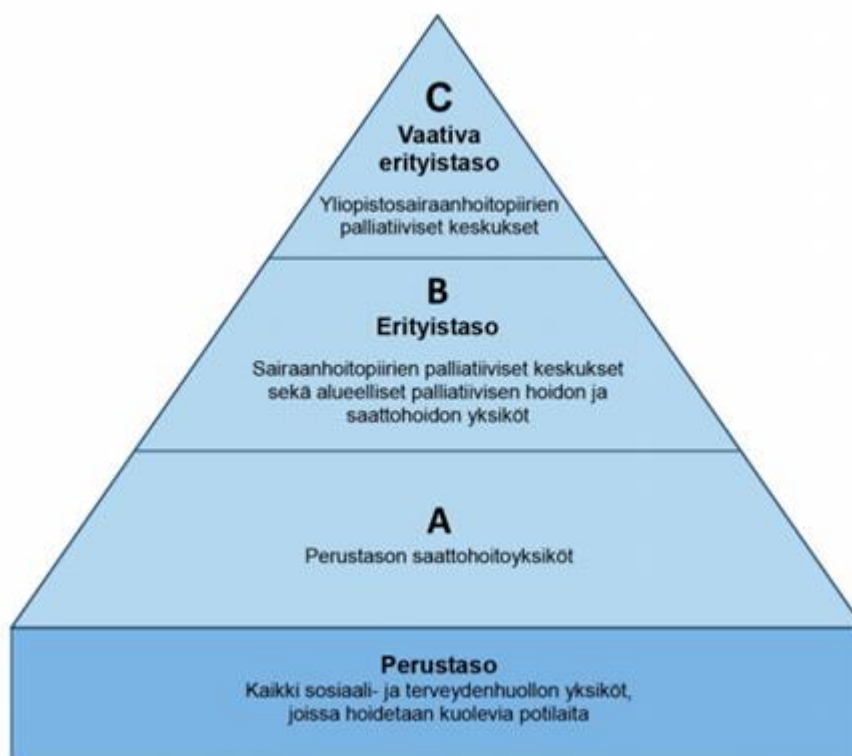
## 2.2 Palliativisen hoidon kolmiportainen malli

Jokaisella Suomessa asuvalla henkilöllä on yhdenvertainen oikeus asuinpaikastaan riippumatta sairautensa ja hoidon tarpeensa edellyttämään palliativiseen hoitoon kotona tai sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019b, 16.) Palliativisen hoidon kolmiportaisen mallin mukaan järjestetty palliativinen ja saattohoito turvaa tasa-arvoisen ja tarvelähtöisen hoitoon pääsyn kaikkialla maassa. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019a, 15.)

Kolmiportainen palliativisen hoidon palveluketju sisältää perusosaamisen tason lisäksi kolme eri tasoa: A – perustason saattohoidon yksiköt, B – erityistason palliativisen hoidon ja saattohoidon yksiköt ja keskuskeskukset ja C – vaativan erityistason palliativiset keskuskeskukset. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019a, 15 - 17.)

Sairaanhoitopiirien palliativiseen hoitoon ja saattohoitoon erikoistuneet yksiköt muodostavat erityistason palveluverkon, B-erityistason. Erityistason yksiköiden pääasiallinen tehtävä on palliativinen hoito. Henkilökunta on erikoiskoulutettua ja antaa konsultaatioapua perustason yksiköille. Erityistason yksiköt tarjoavat tukea myös potilaan ja heidän läheistensä psykososiaalisiin, henkisiin ja eksistentiaalisiin tarpeisiin. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019a, 16-17.) Arviolta kolmannes potilaista tarvitsee joko erityistason tai vaativan erityistason hoitoa (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019a, 15).

Erityistason palliativisella osastolla työskentelevältä sairaanhoitajalta vaaditaan kliinistä osaamista, psykososiaalista osaamista sekä teknistä- ja työyhteisöosaamista. Kliinisessä hoitotyössä korostuvat lääkehoito, oirehoito, perushoito, erilaiset toimenpiteet, potilaan tarkkailu sekä lääketieteeseen liittyvä osaaminen. Vuorovaikutustaidot, henkinen tukeminen, ohjaaminen, kulttuurien ja uskontojen kunnioitus sekä ymmärtäminen ja omaisten kohtaaminen kuuluvat psykososiaaliseen osaamiseen. Sairaanhoitajat tarvitsevat työssään myös teknistä- ja työyhteisöosaamista, johon liittyvät tekninen osaaminen, kirjaaminen, moniammatillinen yhteistyö sekä työnorganisointi. (Kuosmanen 2018, 21.)



Kuva 1. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli (STM 2019a).

### 2.3 Palliatiivisen hoitotyön erityisosaaminen

Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys (SPHY ry) on laatinut vuonna 2011 palliatiivisen hoitotyön asiantuntijuuden kriteerit (LIITE 1), jossa edellytetään hoitotyön auttamismenetelmien hallintaa: läsnäoloa, kuuntelua, kuulemista, rauhoittamista ja lohduttamista. Lisäksi asiantuntijan tulee hallita yhteistyössä muiden ammattiryhmien kanssa toteutettu parantumattomasti sairaan ihmisen oireiden lääkehoito sekä lääkkeettömän hoidon toteutus. (Surakka ym. 2015, 9.)

Suomen sairaanhoitajaliiton eettisten ohjeiden mukaan ammatissaan toimivan sairaanhoitajan on jatkuvasti kehitettävä ammattitaitoaan ja hän on vastuussa muiden hoitotyöntekijöiden kanssa hoitamisen laadusta ja sen parantamisesta (Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 1996). Surakka ym. (2015, 8 - 10) mukaan palliatiivisen hoitotyön asiantuntija antaa parantumattomasti sairaan olla oman elämänsä asiantuntija ja antaa hänelle mahdollisuuden elää omanäköistä elämää loppuun saakka hyödyntäen potilaan omia voimavaroja. Lisäksi sairaanhoitajalta vaaditaan herkkyyttä tunnistaa omat vahvuutensa ja puutteensa hänen toimiessaan yhdessä potilaan ja tämän perheen kanssa (Grönlund & Huhtinen 2011, 17).

Palliativisessa hoitotyössä on asiantuntijuutta ohjata potilasta ja hänen läheisiään tarttumaan hetkeen, elämään tässä ja nyt (Surakka ym. 2015, 15). Eettiseen hoitotyöhön kuuluu elämän ja toivon ylläpitäminen. Vaikka toivoa paranemisesta ja elämän jatkumisesta ei olekaan, potilas voi silti toivoa muita tärkeäksi kokemiaan asioita. (Grönlund & Huhtinen 2011, 18.) Sairauden etene- misen ennustaminen on vaikeaa ja perhe elää toivon ja toivottomuuden rytmissä. Jokainen per- heenjäsen tarvitsee turvallisuutta ja toivoa sekä tietoa sairaudesta, hoitamisesta ja kuoleman het- kestä. Toivo on edellytys potilaan hyvälle elämänlaadulle ja vaikuttaa oleellisesti myös hänen lä- heistensä elämään. (Aalto 2013, 72, 99 - 100.)

Surakka ym. (2015, 10 - 12) mukaan erilaisia ammatillisuuden haasteita on palliativisessa hoito- työssä lukuisia. Hoitotyön ammattilainen saattaa alkaa suorittaa työtään ja tehdä sitä rutiinilla, vaikka on tärkeää muistaa, etteivät elämän loppuvaihe ja kuolema ole milloinkaan arkipäiväisiä yksilön ja perheen elämässä. Kehittyminen ammattilaiseksi vaatii elinikäisen oppimisen hyväksy- misen. Toinen haaste on osata erottaa omat toiveet potilaan toiveista, jotta pystyy toimimaan asiantuntijan roolissa ammatillisesti. Kolmantena Surakan ym. (2015, 90) esiin nostamana haas- teena on palliativisen hoitotyön tunnepitoisuus ja potilaan surutyön mukana tulevat monenlaiset tunteet. Palliativisen hoitotyön ammattilainen osaa tunnistaa surutyön vaiheet ja niihin liittyvät tunteet. Rooli tunneilmaisun asiantuntijana vaatii jatkuvaa kouluttautumista, uusimman tiedon hakemista sekä oman työhyvinvointinsa vaalimista.

Onnistuneen vuorovaikutuksen lähtökohta Surakan ym. (2015, 68, 70) mukaan on "kysy, älä luule". Parantumattomasti sairaan eleet ja ilmeet vähenevät elämän loppua kohden ja tunnere- aktioita on näin ollen vaikeampi erottaa, joten on tärkeää keskustella ja sopia tulevista viestintä- keinoista etukäteen. Näin ei tulkita väärin potilaan ajatuksia, toiveita ja tunteita. Hoitotyössä ja on jatkuvasti varmistettava potilaslähtöisyys, potilaan ehdoilla toimiminen ja hänen todellisten toiveidensa kuuntelu.

#### 2.4 B- erityistason palliativisen hoitotyön osastot Oulussa ja Kainuussa

Oulun kaupunginsairaalan osasto A2 on palliativisen hoidon ja saattohoidon osasto. Osasto on B- erityistason osasto. Osastolla hoidetaan pääsääntöisesti syöpäpotilaita ja myös muita palliativista sekä saattohoitoa vaativia potilasryhmiä. Osastolla on tällä hetkellä 37 paikkaa. Henkilöstön eri- tyisosaamista on kuolevan potilaan haasteellinen oirehoito. Osaston hoitorinki mahdollistaa myös potilaiden kotiin annettavan palliativisen hoidon ja saattohoidon. (Osasto A2 n.d.)

Kainuun uuden sairaalan palliatiivinen osasto toimii osana osastoa A. Palliatiivinen osastohoito on käynnistetty Kainuun uudessa keskussairaalassa vuonna 2020. Yksikkö tarjoaa B-erityistason palliatiivista hoitoa sitä tarvitseville potilaille. Osasto tekee tiivistä yhteistyötä muun muassa Kainuun keskussairaalan palliatiivisen poliklinikan ja kotisairaalan kanssa. (Sisätautien, keuhkosairauksien ja neurologian osasto A n.d.)

## 2.5 Työhyvinvointi ja jaksaminen palliatiivisessa hoitotyössä

Työhyvinvoinnilla käsitetään kokonaisuus, joka muodostuu työstä ja sen mielekkyydestä, terveydestä, turvallisuudesta ja hyvinvoinnista. Työhyvinvointia lisääviä tekijöitä ovat esimerkiksi hyvä ja motivoiva johtaminen, työyhteisön ilmapiiri sekä työntekijöiden ammattitaito. Työhyvinvointi vaikuttaa muun muassa työssä jaksamiseen. Hyvinvoinnin kasvaessa työn tuottavuus ja työhön sitoutuminen kasvaa ja sairauspoissaolojen määrä laskee. Työhyvinvointia ei voi pitää pysyvänä tilana, sillä se muuttuu työhön liittyvien kuormitus- sekä voimavaratekijöiden vaikutuksesta. (Työhyvinvointi n.d.)

Berlandan, de Cordovan, Fraizzolin ja Pedrazzan (2020, 1 - 14) tutkimuksen mukaan työhyvinvointia uhkaavilla ja suojaavilla tekijöillä on ratkaiseva rooli terveydenhuollon henkilöstön saavutuksiin ja työmotivaatioon. Työhyvinvoinnin vaikutukset koskevat työntekijän lisäksi koko työyhteisöä. Työn ylikuormitus ja huono työn organisointi on tunnistettu tärkeimmiksi hyvinvoinnin riskitekijöiksi terveydenhuollon henkilöstölle. Tutkimuksesta nousi neljä teemaa, jotka vaikuttavat voimakkaasti ammatilliseen hyvinvointiin terveydenhuollon henkilöstössä: vuorovaikutus, työolot, emotionaalinen suhtautuminen työhön sekä osaaminen ja ammatillinen kasvu.

Kaikessa hoitotyössä on organisaatiosta ja toimipisteestä riippumatta yhdistäviä tekijöitä. Työn sisällön vaihtelevuudesta huolimatta yksi hoitotyön piirteistä on työn vaativuus ja vastuu. Hoitohenkilökunnalta odotetaan oikeita ratkaisuja ja niiden mukaista toimintaa. Hoitotyötä tehdessä hoitajat käyttävät omaa persoonaansa työväliseenään. Hoitajien elämäntilanteet heijastuvat työkentälle, helpottaen tai kuormittaen työtä. Työtä leimaa sen kaksijakoisuus, se voi parhaimmillaan antaa paljon, mutta toisaalta se voi vaatia vielä enemmän. Työvuoroa saattaa pahimmillaan kuormittaa sen fyysinen ja henkinen kuormittavuus sekä sisältää potilaan ja omaisen menetyksien tuomia vahvoja tunnetiloja. Työn kuormittavuustekijät heijastuvat hoitotyöhön ja työyhteisöön aiheuttaen muun muassa työyhteisön ilmapiirin huononemista, jolloin työyhteisön ja yksittäisen työntekijän vastuu omasta työhyvinvoinnista korostuu. Omasta hyvinvoinnista vastuu jää yleensä

työntekijälle itselleen. (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 194 - 195.) Henkilökunnan hyvinvointi terveydenhuollossa on monimutkainen aihe, joka viittaa taustalla olevaan monitahoiseen prosessiin (Berlanda, de Cordova, Fraizzoli & Pedrazza, 2020).

Palliativisessa hoidossa potilaan lähestyvä ja sitä lopulta seuraava kuolema ei ole yhdentekevä hoitohenkilökunnalle, vaan haasteellinen tilanne, jossa potilas ja hänen läheisensä tarvitsevat tukea. Mitä intensiivisemmin ja pidempään hoitajat ovat yhteistyössä kuolevan ja hänen perheensä kanssa, sitä tärkeämpää heille on löytää tasapaino kiintymyksen ja irtautumisen välillä. Useiden kuolemien kokeminen ja jatkuva surun kanssa työskenteleminen voi aiheuttaa surun ylikuormituksen. Näin ollen on tärkeää löytää keinoja yhteistyösuhteen päättämiseksi. Lisäkoulutuksen tarve surevan ihmisen kohtaamiseen on tunnustettu hoitohenkilökunnan toimesta. (Surakka ym. 2015, 104 - 105.) Myös Fitch, DasGupta ja Ford (2016) toteavat tutkimuksessaan, että hoitohenkilökuntaa on koulutettava ja tuettava riittävästi, jotta he voivat taata mielekkään ja laadukkaan elämän loppuvaiheen hoidon potilaille ja heidän läheisilleen.

Surakan ym. (2015, 93, 135) mukaan ihmisen sairastaessa parantumattomia sairautta esiin nousevat usein ajatukset kärsimyksestä. Potilaan fyysisten oireiden lisänä tulevat usein psyykkiset oireet, subjektiivisesti koettuina. Jos parantumattomasti sairas kärsii, omainen kärsii hänen mukanaan. Hoitohenkilökunnassa kärsimys herättää ahdistusta. Jos hoitaja ei siedä kärsimystä tai pelästyy sitä, ammattitaito ja hyvä hoito heikkenevät. Olennaista palliativisessa ja saattohoitotyössä on hoitajan oman ahdistuksen tunteen sietäminen sekä kyky erotella oma ja potilaan ahdistus ja kärsimys toisistaan. Myötätuntopuutuksen vaara on hyvä tunnistaa – erityisesti saattohoitotyössä.

Gärtner, Ketelaar, Smeets, Bolier, Fischer, van Dijk, Nieuwenhuijsen ja Sluiter (2011) ovat todenneet tutkimuksessaan, että sairaanhoitajilla on suurempi riski sairastua mielenterveysongelmiin verrattuna terveydenhuollon ulkopuolisiin työntekijöihin ja muihin terveyspalvelujen työntekijöihin. Verrattuna muihin terveydenhuollon työntekijöihin sairaanhoitajilla on suhteellisen korkea masennusriski. Tämä korkea riski voidaan osittain selittää työn luonteella ja työympäristön ominaisuuksilla, joiden tiedetään tunnetusti lisäävän henkiseen työhyvinvointiin liittyviä valituksia, joita ovat esimerkiksi korkeat työpaikkavaatimukset, alhainen työnhallinta ja vähäinen sosiaalinen tuki. Lisäksi terveydenhuollon alalla toimintahäiriöillä voi olla vakavia vaikutuksia paitsi sairaanhoitajille, myös potilaille ja heidän turvallisuudelleen.

Kun terveyteen liittyvät valitukset ja riskit töissä toimiessa tunnustetaan ajoissa ja niihin hankitaan pian apua, on se ensimmäinen askel vakavampien seurausten ehkäisemisessä, mitä tulee sekä

sairaanhoidajien että potilaiden terveyteen ja turvallisuuteen. Lisäksi ehkäisevät toimet voivat parantaa terveydenhuollon työntekijöiden hyvinvointia. Hyvinvoinnilla voi olla myönteisiä vaikutuksia työntekijöiden sitoutumiseen ja tuottavuuteen. On äärimmäisen tärkeää pitää hoitohenkikö-kunta sitoutuneena ja henkisesti hyvässä kunnossa, jotta he voivat edelleen vastata nykypäivän työn korkeisiin henkisiin vaatimuksiin. (Gärtner, Ketelaar, Smeets, Bolier, Fischer, van Dijk, Nieuwenhuijsen & Sluiter, 2011.)

Hoitohenkilöstön jaksamista tukevien toimintojen tulisi olla luonnollinen osa kuolevan potilaan hoitotyötä (Ridanpää 2006, 55). Työyhteisön hyvinvointi heijastuu varsinaiseen hoitotyöhön työntekijöiden välityksellä. Hyvinvoiva työyhteisö kykenee kohtaamaan haasteita, ratkaisemaan ne ja olemaan yksittäisten työntekijöiden tukena tarvittaessa. (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 203.) Yksi hyväksi todettu tapa jaksamisen tukemiseen on Debriefing-menetelmä, jolla tarkoitetaan traumaattisen tilanteen jälkipuintia (Ridanpää 2006, 55.)

Lähiesimiehellä on tärkeä rooli työyhteisön jaksamisen takaamisessa. Esimiehet voivat omalla toiminnallaan vaikuttaa työyhteisön jaksamiseen keskustelemalla ongelmakohtista ja muuttamalla olosuhteita jaksamista tukeviksi. (Lehestö ym. 2004, 203.) Palliatiivisen ja saattohoitotyön ollessa perhe- ja ihmiskeskeistä, tulee näiden näkyä myös johtamisessa (Surakka ym. 2015, 134). Surakka ym. (2015, 134) mukaan perhekeskeinen johtaminen tarkoittaa, että jokaista työntekijää arvioidaan perhelähtöisesti. Työvuorosunnittelulla mahdollistetaan työntekijän elämäntilanteeseen sopiva työaika. Lisäksi mahdollisuus osa-aikatyöhön tulisi olla jokaisella sitä tarvitsevalla.

Ammattitaitoinen palliatiivisen hoitotyön asiantuntija tarvitsee säännöllistä työnohjausta, sillä se on ensisijainen työväline myötätuntouppumisen tunnistamisessa. Lisäksi mahdollisuus käydä kehityskeskusteluja oman esimiehen kanssa tukee työssäjaksamista. (Surakka ym. 2015, 135.) Fitch, DasGupta ja Ford (2016) kuvaavat myös keskeisenä työssä jaksamisen tukikeinona työnohjauksen järjestämisen joko ryhmässä tai yksin toteutettuna.

Työntekijää työn kuormittavuudelta suojaaviksi voimavaroiksi voidaan lukea muun muassa henkilökohtaiset ominaisuudet, hyvä fyysinen kunto, ammattitaidon ylläpitäminen, työn tavoitteellisuus ja arkielämän sosiaaliset suhteet. (Lehestö ym. 2004, 201–203.)

Perinteisesti suomalaisessa johtamisessa ja henkilöstötyössä on korostunut yksilö. Vastapainona yksittäistä henkilöä korostavalle ajattelulle on, ettei työhyvinvointia tarkasteltaisi työn tekemisestä ja työyhteisöstä irrallaan olevana asiana. Näin ollen edellytykset työhyvinvoinnille olisivat kytköksissä työn mielekkyyteen, hyvään organisointiin sekä organisaation ja lähityöyhteisön toimivuuteen ja ilmapiiriin. Selkeä johtaminen, töiden järjestely, työyhteisön yhteiset pelisäännöt,

avoin sekä luotettava vuorovaikutus ja mahdollisuus vaikuttaa omaan työhönsä nähdään jopa tehokkaampana työkykyyn vaikuttavina tekijöinä kuin yksilön terveyden vaikutukset. (Niiranen, Seppänen-Järvelä, Sinkkonen & Vartiainen 2011, 150–151.)



### 3 Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyömme tavoitteena on löytää keinoja palliatiivisessa hoitotyössä työskentelevien sairaanhoitajien jaksamisen tukemiseen.

Tarkoituksemme on kuvata, millaisia haasteita jaksamisessa Oulun kaupunginsairaalan osastolla A2 työskentelevät sairaanhoitajat kokevat palliatiivisessa hoitotyössä.

Tutkimuskysymyksemme ovat:

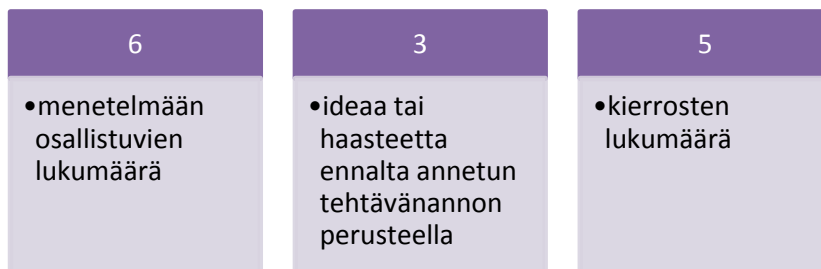
1. Mitä jaksamisen haasteita Oulun kaupunginsairaalan osastolla A2 työskentelevät sairaanhoitajat kokevat palliatiivisessa hoitotyössä?
2. Millaisin keinoin sairaanhoitajien jaksamiseen liittyviin haasteisiin voidaan vaikuttaa palliatiivisessa hoitotyössä?

## 4 Opinnäytetyön toteutus

Tässä luvussa käsittelemme opinnäytetyön toteutusta. Kerromme tutkimusaineiston hankinnasta ja käyttämisestä 635-menetelmästä. Käymme läpi tutkimusaineiston analysoinnin ja kerromme tutkimuksemme tulokset.

### 4.1 Tutkimusaineiston hankinta

Keräsimme aineiston käyttäen 635-menetelmää, joka kuuluu nominaalitekniikoihin. Nominaalitekniikoihin kuuluvat nominaaliryhmäteknikka sekä 635-menetelmä. Nominaalitekniikoissa ryhmätyöskentelyn osanottajat käsittelevät tehtäviä tietyissä työvaiheissa itsekseen toisistaan riippumattomasti. Tekniikat tuovat osanottajat fyysisesti yhteen, mutta eivät mahdollista suullista vuorovaikutusta. Molemmissa tekniikoissa on kuitenkin tiettyä henkilöiden välistä vuorovaikutusta, eikä pelkästään yksilöllistä työskentelyä. (Eloranta 1986, 4.)



Kaavio 1. 635-menetelmä.

635-menetelmässä on tavanomaisesti kuusi osallistujaa, muutos osallistujamäärässä on tarvittaessa hyväksyttävää. Osallistujat kehittelevät itsenäisesti kolme erillistä haastetta tai ideaa ennalta annetun tehtävänannon perusteella. Jokainen haaste tai idea kirjoitetaan omalle tehtävänantolomakkeelle. Haasteiden kirjoittamiseen on käytettävissä aikaa viisi minuuttia. Haasteiden tai ideoiden nimeämisen jälkeen paperit vaihtavat osallistujalta toiselle ennalta suunnitellusti. Seuraavilla kierroksilla osallistujat lukevat edelliset vastaukset ja lähtevät kehitlemään ratkaisuja joko haasteisiin tai ideoihin. Jokaisella kierroksella ajankäyttöä kasvatetaan minuutilla. Kokonaiskesto on näin ollen kuudella osallistujalla noin 45 minuuttia.

Ryhmässä toteutettavan 635-menetelmän avulla saadaan lyhyessä ajassa paljon ideoita ja ratkaisuehdotuksia kysymyksiin tai ongelmiin. Etuja ovat sosiaalinen vauhditus, jossa muiden ryhmän jäsenten työskentelyn näkeminen tehostaa ideointia sekä se, että kaikki osallistujat saavat osallistua ideointiin yhtä paljon. Kilpailuasetelmaa tulee menetelmässä välttää, jotta jokainen saa tehdä ideointia omassa tahdissaan. 635-menetelmän hyvä puoli on etukäteen suunniteltu aika-taulu, joka ei voi venyä esimerkiksi ideoiden runsauden vuoksi. 635-menetelmän haasteena puolestaan on saada kaikki kuusi ihmistä samaan aikaan paikalle. Lisäksi on huomioitava, että jollekin henkilölle kirjallinen ilmaisu voi olla haastavaa ja hän voi jättää sen vuoksi jotain kirjoittamatta. (Eloranta 1986, 19, 21)

Ennen varsinaista 635-istuntoa oli tarkoituksena pitää harjoitusistunto 635-menetelmän käytöstä vuosikurssimme kuudelle vapaaehtoiselle sairaanhoitajaopiskelijalle, jotta olisimme saaneet tuntumaa siitä, kuinka aineistonkeruumenetelmä toimii. Covid-19-pandemia loi kuitenkin haasteita koota tarvittava määrä ihmisiä harjoitusistuntoon, joten luovuimme alkuperäisestä suunnitelmastamme. Ennen tutkimusaineiston keräämistä pidimme etäkokouksen yhdessä vuosikurssimme sairaanhoitajaopiskelijoiden kesken, jotka olivat käyttäneet opinnäytetyössään 635-menetelmää. Saimme heiltä arvokasta tietoa siitä, mitä olisi hyvä huomioida istunnon toteutuksessa. Huomioitaviksi asioiksi esiin nousivat muun muassa 635-istuntoon osallistuvien määrä, mikäli alkuperäinen osallistujamäärä ei tulisi toteutumaan ja kierroksien ajankäytön ylittymisen mahdollisuus. 635-menetelmän toteutukseen tarvitaan istunnolle vetäjä, joka huolehtii istunnon järjestelystä. Käsittelimme etäkokouksessa opinnäytetyön tekijöiden vetovastuualueet 635-istunnon osalta, jotta varsinainen 635-istunto olisi mahdollisimman sujuva, eikä mahdollisille väärinkäsityksille jäisi sijaa. Vetovastuu koostui tilaisuuden alustamisesta, etukäteen tehdyistä vastauslomakkeista, joissa oli valmiiksi kysymykset ja suostumuslomake, ajankäytön hallinta sekä erillinen kirjanpito esimerkiksi käytetyistä ajoista ja 635-istunnon jälkeen käydystä vapaamuotoisesta keskustelusta. Lisäksi sovimme yhdessä antavamme mahdollisuuden kirjoittaa vastaukset loppuun saakka, mikäli kirjoittamisaika loppuisi joidenkin osallistujien osalta kesken.

Opinnäytetyön aineiston keräystä edeltävästi opinnäytetyölle on haettu tutkimuslupa Oulun kaupungin terveystaloukselta. Myönteinen tutkimuslupa on saatu opinnäytetyölle syyskuussa 2020.

Keräsimme tutkimusaineiston lokakuussa 2020 Oulun Kaupunginsairaalassa palliatiivisen osaston tiimivastaavan varaamassa kokoustilassa. Covid-19-pandemian vuoksi olimme varautuneet toisena vaihtoehtona aineiston keruuseen etäyhteydellä hyödyntäen internetselaimessa toimivaa Padlet-sovellusta. Rauhallisemman Covid-19 -tilanteen osalta onnistuimme toteuttamaan 635-istunnon Oulun kaupunginsairaalan tiloissa yleisiä turvallisuusohjeistuksia noudattaen.

Ennen 635 -istuntoa sairaanhoitajat saivat saatekirjeen (LIITE 2) osaston yhteyshenkilömme kautta. Aineistonkeruutilaisuuteen saapui paikalle neljä Oulun kaupunginsairaalan palliatiivisen osaston sairaanhoitajaa. Sairaanhoitajat valikoituivat osaston toimesta ja he osallistuivat 635-istuntoon työajan puitteissa. Ennen 635-istunnon aloitusta kertosimme sairaanhoitajille saatekirjeen sisällön sekä 635-istunnon vaiheet kysymyksineen. Painotimme vielä osallistujille, että jokaisen sairaanhoitajan kokemukset ja näkemykset ovat tärkeitä, eikä ole olemassa oikeaa tai väärää vastausta. Lisäksi kerroimme mahdollisuudesta kirjoittaa vastauksensa loppuun saakka, mikäli aika loppuisikin kesken.

Osanottajat saivat kolme paperia, joihin heille oli annettu etukäteen kysymys: "Millaisia haasteita jaksamisessa koet työskennellessäsi palliatiivisessa hoitotyössä?". Sairaanhoitajat kirjoittivat jokaiseen paperiin yhden kokemansa haasteen. Sovitun ajan jälkeen pyysimme vaihtamaan papereita myötäpäivään siirtäen. Vaihdettuja papereiden edelliset kirjoitukset luettiin ja kehiteltiin niihin ratkaisuja. Papereiden vaihtoja tehtiin siten, että jokainen kirjoitti ratkaisuja muiden sairaanhoitajien esille tuomiin haasteisiin. Aikaa ideointiin oli ensimmäisellä kerralla viisi minuuttia ja aikaa pidennettiin minuutin verran jokaisen vaihdon yhteydessä. Sairaanhoitajat kirjoittivat ratkaisut kuitenkin käytettävissä olevaa aikaa nopeammin, joten etenimme papereiden vaihdossa joustavalla rytmityksellä – varmistaen kuitenkin sen, että edellisten ideoiden lukemiseen ja uusien ideoiden kehittelyyn jäi riittävästi aikaa. Koko 635-istuntoon meni näin ollen aikaa kokonaisuudessaan noin 30 minuuttia. 635-istunnon päätyttyä sairaanhoitajat saivat lukea läpi esille tuomiensa haasteiden muiden kehittämät ratkaisuehdotukset.

Sairaanhoitajat (N=4) tuottivat yhteensä 17 haastetta palliatiivisessa hoitotyössä jaksamiseen ja 44 ratkaisuehdosta, kuinka tukea jaksamista.

Kysyimme osallistujilta sen hetkisiä ajatuksia 635-istunnosta ja menetelmän soveltuvuudesta. Sairaanhoitajat kokivat tehtävänannon selkeäksi ja menetelmän hyväksi tiedonkeruuseen. Keskustelimme vielä yleisesti hetken aikaa heidän kokemuksistaan koskien palliatiivista hoitotyötä. Tässä kohtaa selvisi avain asioita, jotka auttoivat myöhemmin ymmärtämään aineistoa kokonaisuudessaan. Keskustelussa esiin nousi hoitoalaa yleisesti leimaavat asiat kuten ajan käyttöön liittyvä kokonaisuus ja Covid19 -pandemian seuraukset osastolla sekä yksityiskohtaisia seikkoja työssä jaksamisen haasteisiin liittyen osastolla. Keskustelussa nousi esiin myös ratkaisuehdotuksien osalta organisaatiolähtöisiä yksityiskohtia esimerkiksi sairaanhoitajien tehtävänkuvaan liittyen.

## 4.2 Tutkimusaineiston analysointi

Opinnäytetyömme on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus, missä sisällönanalyysi on induktiivista eli aineistolähtöistä.

Laadulliselle tutkimukselle ominaista on se, että aineistonkeruun kohteena on ihmiset ja kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti. Aineisto kootaan luonnollisissa, todellisissa olosuhteissa. Tutkimuksessa käytetään metodeja, joissa tutkittavien näkökulmat pääsevät esille. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164.) Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, 74) mukaan useita hoitamisen ilmiöitä ei voida mitata pelkästään määrällisesti tai tutkia tietoa havainnoimalla vaan ilmiön ymmärtämiseksi tarvitaan usein myös ihmisten omia kuvauksia.

Sisällönanalyysi on perusanalysointimenetelmä kvalitatiivisessa tutkimuksessa ja sen avulla on mahdollista analysoida erilaisia aineistoja ja samalla kuvata niitä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 165 - 166). Sisällönanalyysillä pyritään luomaan hajanaisesta aineistosta selkeää ja yhtenäistä informaatiota, jotta tulkinta ja johtopäätösten teko on mahdollista. Sisällönanalyysissä tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Laadullisen aineiston analyysissä voi päättelyn logiikka olla induktiivinen eli aineistolähtöinen, deduktiivinen eli teorialähtöinen tai abduktiivinen eli teoriaohjaava. (Tiedon analysointi, Tampereen yliopisto.)

Opinnäytetyömme sisällönanalyysi on induktiivista eli aineistolähtöistä analyysia, jossa tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus siten, etteivät aikaisemmat havainnot, tiedot tai teoriat ohjaa analyysia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167). Induktiivisessa sisällönanalyysissä luokitellaan tekstin sanoja ja niistä koostuvia ilmaisuja niiden teoreettisten merkityksen perusteella. Tutkimuksen tarkoitus ja kysymyksenasettelu ohjaavat sisällönanalyysin induktiivista päättelyä. Kaikkea tietoa ei tarvitse analysoida, vaan analyysissä haetaan vastausta tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. Aineiston analyysi etenee vaiheittain pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin mukaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167; Kylmä & Juvakka 2014, 113.)

Aineistonkeruun ja tutkimusaineistoon tutustumisen jälkeen jokainen opinnäytetyöntekijä perehtyi aineistoon ensin itsenäisesti tutkimuskysymysten näkökulmasta ilman ennako-oletuksia. Jaoimme sisällönanalyysin kahteen osaan, haasteisiin ja ratkaisuehdotuksiin, tutkimuskysymyksiemme mukaan.

Sairaanhoitajat tuottivat yhteensä 17 jaksamisen haastetta. Analysoidessamme haasteita huomasimme niiden olevan osittain yhteneviä keskenään. Lisäksi havaitsimme lähes kaikkien haasteiden olevat jo niin pelkistetyssä ilmaisussa, ettei pelkistämislle koettu tarvetta. Kirjoitimme haasteet allekkain taulukkoon, minkä jälkeen ryhmittelimme haasteet alaluokkiin. Haasteet luokiteltiin seitsemään yläluokkaan, joita ovat: liian suuri potilasmäärä, ajankäyttö, vaihtuva henkilöstö, henkinen kuormitus, muiden potilasryhmien hoito osastolla, lääkäreiden työhön liittyvät haasteet sekä työn fyysinen kuormitus. Yläluokista muodostettiin kolme pääluokkaa: työn organisoinnin haasteet, psykososiaalisen tuen haasteet ja kliinisen hoitotyön haasteet.

<b>Alkuperäinen ilmaisu</b>	<b>Pelkistetty ilmaisu</b>	<b>Alaluokka</b>	<b>Yläluokka</b>	<b>Pääluokka</b>
<i>Omaisten tukemiseen jää liian vähän aikaa.</i>	<i>Omaisten tukemiseen jää liian vähän aikaa.</i>	liian vähän aikaa	ajan käyttö	työn organisoinnin haasteet
<i>Liikaa potilaita, ei ole tarpeeksi aikaa heille.</i>	<i>Liikaa potilaita, ei ole tarpeeksi aikaa heille.</i>	liikaa hoidettavia potilaita	liian suuri potilasmäärä	työn organisoinnin haasteet

Kaavio 2. Esimerkki sairaanhoitajien kokemien jaksamisen haasteiden abstrahoinnista.

Tutkimusaineistossa on 44 sairaanhoitajien kokemaa ratkaisuehdotusta. Ratkaisuehdotukset ovat osittain jo hyvin pelkistetyssä ilmauksessa. Ratkaisuehdotukset taulukoitiin alkuperäisilmaisuihin. Tämän jälkeen ratkaisuehdotukset pelkistettiin. Ratkaisuehdotuksiksi muodostui 26 alaluokkaa. Alaluokkien abstrahoinnilla saavutettiin viisi yläluokkaa, joita olivat: hoitotyön organisointi, henkilöstöjohtaminen ja hoitotyön resurssointi, ammatillisuuden tukeminen, psykososiaalinen tukeminen sekä moniammatillinen yhteistyö.

<b>Alkuperäinen ilmaisu</b>	<b>Pelkistetty ilmaus</b>	<b>Alaluokka</b>	<b>Yläluokka</b>
<i>Aito mahdollisuus työnkiertoon.</i>	Aito mahdollisuus työnkiertoon.	työtehtävien muuttuminen	ammatillisuuden tukeminen
<i>Työ on ollut hyvin raskasta sekä fyysisesti että henkisesti, tästä syystä henkilökunta vaihtunut paljon.</i>	Työn fyysinen ja henkinen kuormitus vaikuttanut työntekijöiden vaihtuvuuteen.	työn kuormittavuus	psykososiaalinen tukeminen

Kaavio 3. Esimerkki sairaanhoitajien esittämien ratkaisuehdotusten abstrahoinnista.

Olemme analysoineet opinnäytetyön tulokset yhdessä siten, että jokaisen tekijän näkemykset ja johtopäätökset ovat tulleet esille. Lisäksi olemme noudattaneet aineiston analyysissämme teoriassa esitettyjä vaiheita: pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167; Kylmä & Juvakka 2014, 113.)

## 5 Tutkimuksen tulokset

Tässä kappaleessa käsittelemme B-erityistason palliatiivisesta hoitotyöstä saatuja tutkimuksen ja analysoinnin tuloksia. Analysoinnin kulun selventämiseksi prosessia kuvataan kirjallisen osion lisäksi käyttämällä taulukkoja analyysin toteutuksesta sekä suoria lainauksia saadusta aineistosta.

### 5.1 Sairaanhoidajien kokemat haasteet

#### Työn organisoinnin haasteet

- liian suuri potilasmäärä
- ajan käyttö
- vaihtuva henkilöstö

#### Psykososiaalisen tukemisen haasteet

- henkinen kuormitus
- fyysinen kuormitus

#### Kliinisen hoitotyön haasteet

- muiden potilasryhmien hoito osastolla
- lääkäreiden työhön liittyvät haasteet

Kaavio 4. Sairaanhoidajien kokemat haasteet B-erityistason palliatiivisella osastolla.

Oulun Kaupunginsairaalan palliatiivisella osastolla työskentelevien sairaanhoidajien (N=4) kokemat haasteet muodostuivat kolmesta pääluokasta, joita olivat työn organisoinnin haasteet, psykososiaalisen tukemisen haasteet ja kliinisen hoitotyön haasteet. Työn organisoinnin haasteisiin lukeutuivat: liian suuren potilasmäärän, ajan käytön ja vaihtuvan henkilöstön aiheuttamat haasteet. Psykososiaalisen tukemisen haasteisiin kuului työn henkinen ja fyysinen kuormitus. Puolestaan kliinisen hoitotyön haasteisiin lukeutui muiden potilasryhmien hoito osastolla ja lääkäreiden työhön liittyvät haasteet.

Aineistoa analysoidessa useissa vastauksissa nousi esille osastolla hoidettavien potilaiden suuri lukumäärä sekä ajankäyttö. Ajankäyttö mainitaan suoraan haasteena tai siihen viitataan laajemmin. 635-istunnon jälkeen käydyssä keskustelussa esiin nousi ajan käytön haasteeksi esimerkiksi



sairaanhoidajan työnkuvaan kuuluvien tehtävien aiheuttama kuormitus. Näin ollen haastateltavilla on tunne riittämättömästä ajankäytöstä välittömään hoitotyöhön, potilaan sekä hänen omaistensa henkiseen tukemiseen. Omalta osaltaan osastolla on nähty myös Covid19-pandemian seuraukset ihmisten osastolle hakeutumisessa. Tästä on seurannut, etteivät palliatiivisessa hoidossa olevat olleet uskaltaneet tulla osastohoitoon ja hoidon pitkittymisellä on myös osaltaan ollut negatiiviset seurauksensa.

*”Ajankäyttö/potilasmäärä.”*

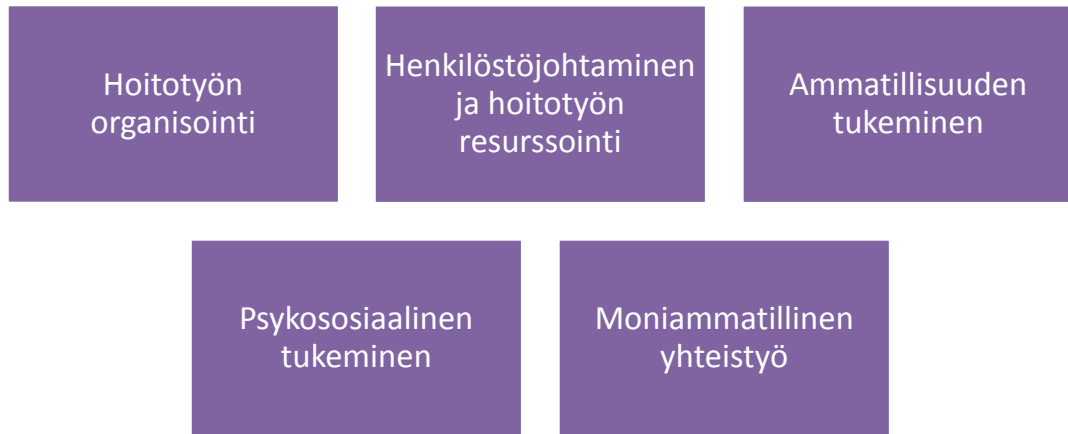
*”Liikaa potilaita, ei ole tarpeeksi aikaa heille.”*

Monissa vastauksissa tuotiin esiin omaisten kanssa käytettävä aika. Omaisten tukemiseen koettiin jäävän liian vähän aikaa. Lisäksi omaisten kanssa käytävän keskustelun koettiin sotkevan osastorutiineja.

*”Omaisten tukemiseen jää liian vähän aikaa.”*

Usea vastaaja koki myös haasteita työn henkisessä kuormittavuudessa ja henkilöstön vaihtuvuudessa. Näiden haasteiden lisäksi sairaanhoitajien vastauksissa nousi esille työn suuri fyysinen kuormitus, hoitolinjauksien puute ja seniorilääkäreiden liian suuri työkenttä. Lisäksi muiden potilasryhmien hoito osastolla koettiin haasteena.

## 5.2 Sairaanhoidtajien ratkaisuehdotukset jaksamisen tukemiseen



Kaavio 5. Sairaanhoidtajien ratkaisuehdotukset hoitotyön haasteisiin palliatiivisella osastolla.

Oulun Kaupunginsairaalan palliatiivisella osastolla työskentelevien sairaanhoidtajien (N=4) tuottamat ratkaisuehdotukset haasteisiin abstrahoiitiin viiteen pääluokkaan, joita olivat hoitotyön organisointi, henkilöstöjohtaminen ja hoitotyön resurssointi, ammatillisuuden tukeminen, psykososiaalinen tukeminen sekä moniammatillinen yhteistyö.

Aineistosta suurimmaksi kokonaisuudeksi esiin tulee hoitotyön organisointiin liittyvät tekijät. Hoidtajien kokemuksen mukaan potilaita on aivan liian paljon suhteessa sairaanhoidajiin. Organisointiin vaikuttaa osaston toimintaan liittyvien rutiinien rikkoontumattomuus, vastuun ja työtehtävien selkeyttäminen ja niiden jakaantuminen tasaisemmin hoitotyöhön osallistuvien henkilöiden kesken, sekä potilaiden oikea kohdistuminen osastolle. Keskeistä on työn mielekkyyden takaaminen.

*“Vain palliatiiviset/saattohoidossa olevat potilaat.”*

*“Enemmän vastuuta lähihoitajille esim. lääkkeissä.”*

*“Työtehtävien järjeistäminen: hoitajilta pois hyllyjen/kaappien täyttö, ruoan jako.”*

Ratkaisuista esiin nousee henkilöstöjohtamisen ja hoitotyön resurssoinnin keinoja. Kaikki tutkimukseen osallistuvat sairaanhoitajat nostivat ratkaisuehdotukseksi potilasmäärän laskemisen, joka mahdollistaisi rauhan työnteolle sekä sen, että potilaiden hoitoon olisi enemmän aikaa.

Hoitajat kokevat työn raskaaksi sekä henkisesti että fyysisesti, joka aiheuttaa esimerkiksi henkilöstön vaihtuvuutta osastolla. Henkilöstön vaihtuvuuden koetaan lisäävän osastolla pysyvästi työskentelevien sairaanhoitajien työmäärää sekä vastuuta. Tärkeää olisi järjestää ajantasaisia koulutuksia hoitajille sekä mahdollistaa riittävä perehdytys uusille työntekijöille.

*“Työ on ollut hyvin raskasta sekä fyysisesti että henkisesti, tästä syystä henkilökunta vaihtunut paljon.”*

*“Saataisiin sh:t pysymään osastolla jolloin on helpompi hallita kaaosta kun on osaamista kaikilla. Kun tulee uusia paljon on konkarin vastuu suurempi ennen kuin uudet oppivat työn. Meillä perehtyminen kestää noin 1v.”*

Psykososiaalisen tukemisen keinoja ovat sairaanhoitajan henkisen kuormituksen vähentäminen sekä työhyvinvoinnin tukeminen. Keskeistä olisi hoitajien kuunteleminen sekä heidän arvostuksensa. Ratkaisuehdotuksista esille nousevat työnohjaus, tarvittaessa myös yksilöllisesti järjestettyä sekä mahdollisuus vaikuttaa omaan työhön ja työaikoihin.

*“Ei yhden päivän vapaita, jotta ehtisi palautua työputken jälkeen.”*

*“Aito mahdollisuus työnkiertoon.”*

*“Itselle mielekkään työajan mahdollistaminen. Osa-aikaisuus/työvuorosuunnittelu.”*

Ratkaisuehdotuksien mukaan sairaanhoitajien jaksamista voitaisiin tukea ja heidän työmääräänsä helpottaa toimivalla, moniammatillisella yhteistyöllä. Keskeistä on tiedonkulku sekä työn ja vastuun jakautuminen. Ratkaisuehdotuksissa nousee esille puutteita lääkäreiden toiminnassa. Lääkäreiltä toivotaan selkeyttä hoitolinjauksien sekä lääkärikiertojen suhteen.

*“Kierrot yhdessä lääkäreiden ja hoitajien kanssa. “*

*“Pysyvät lääkärit= kehittynyt ammattitaito palliatiivisessa hoidossa= hoitajien työ helpottuu.”*

## 6 Pohdinta

Tässä luvussa kokoamme saamamme tulokset yhteen sekä tarkastelemme tuloksia suhteessa aikaisempiin tutkimuksiin. Pohdimme tutkimuksen luotettavuutta, eettisyyttä sekä omaa ammatillista kasvuamme.

### 6.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata millaisia haasteita jaksamisessa Oulun kaupungin sairaalan osastolla A2 työskentelevät sairaanhoitajat kokevat työssään. Opinnäytetyömme tavoitteena on löytää keinoja palliatiivisessa hoitotyössä työskentelevien sairaanhoitajien jaksamisen tukemiseen. Opinnäytetyömme on hyödyksi B-tason palliatiivisille osastoille.

Sairaanhoitajat tuottivat 17 haastetta ja 44 ratkaisuehdotusta kokemiinsa haasteisiin. Tutkimusaineistosta tuli merkittävästi suurempi määrä sairaanhoitajien kokemia haasteita ja ratkaisuehdotuksia kuin 635-menetelmälle olisi ollut tarkoituksellista ilmaantua. Tämä eroavaisuus johtui haasteiden osalta siitä, että joidenkin haasteiden osalta samaan haasteeseen sisältyi enemmän kuin yksi haaste. Ratkaisuehdotuksien osalta mahdollistimme sairaanhoitajille kirjata useamman kuin yhden ratkaisuehdotuksen, ja tämän lisäksi aineistosta nousi yksittäisissä vastauksissa useita ratkaisuja.

Suurimmiksi haasteiksi sairaanhoitajat kokivat liian suuren potilasmäärän sekä ajankäytön. Yhden sairaanhoitajan vastuulla koettiin olevan liian monta potilasta. Lisäksi työn henkinen kuormittavuus nostettiin useammassa vastauksessa esille. Potilaiden ja omaisten tukemiselle kaivattiin enemmän aikaa. Sairaanhoitajat kokivat, että muiden kuin palliatiivisten potilaiden hoitaminen samalla osastolla vaikeuttaa osaston toimintaa. Berlandan, de Cordovan, Fraizzolin ja Pedrazzan (2020, 13) tutkimuksen mukaan organisaatiolähtöisiin interventioihin tulisi sisältyä työaikamuu-toksia, joiden tarkoituksena on parantaa henkilöstön ja potilaan suhdetta sekä tarjota henkilös-tölle enemmän aikaa potilaan seurantaan ja hoitoon. Lisäksi tulisi jättää tilaa kliiniselle valvon-nalle ja koulutukselle.

Sairaanhoitajat tunnistivat haasteita myös johtuen lääkäreiden toiminnasta. Palliatiivinen lääkin-tätaito on hyvin vaativaa hoitotyötä - se kohdistuu ihmisen koko persoonaan. Sen tavoitteena ei

ole pelastaa ihmisen henkeä, vaan jäljellä oleva elämä. (Hänninen & Luomala 2013, 28.) Seniorilääkäreillä koettiin olevan liian suuri työkenttä sekä hoidonlinjauksissa koettiin olevan puutteita. Hännisen ja Luomalan (2013, 13) mukaan, laadukas sairaanhoito kytkeytyy lääketieteellisen tiedon ja taidon lisäksi hoidon oikea-aikaisuuteen. Kun lääketieteellisiä keinoja ei ole käytettävissä perustaudin hillitsemiseksi, tulisi vaihtaa hoitolinjaa, ja keskittyä huolehtimaan potilaan elämänlaadusta.

Sairaanhoitajat tunnistivat työhön liittyvän henkisen ja fyysisen kuormituksen. Sairaanhoitajat kokivat jatkuvasti vaihtuvan henkilöstön lisäävän muiden hoitajien työmäärää ja vastuuta. Vastauksissa kävi ilmi, että perehtyminen työhön kestää yhden vuoden, ennen kuin uudet työntekijät oppivat työn. Lipponen ja Karvinen (2015, 153) kuvaavat tutkimuksessaan saattohoidossa tarvittavan ammattitaidon syventyvän vähitellen käytännön hoitotilanteissa tapahtuvan oman oivaltamisen, hoitotyöhön sitoutumisen ja ihmisenä kasvamisen myötä. Vastavalmistuneella hoitajalla pitäisi olla paremmat perushoidolliset ja vuorovaikutukselliset valmiudet hoitaa ja kohdata kuoleva potilas. Hännisen ja Pajusen (2006, 109) mukaan mitä kokeneempi hoitaja tai lääkäri on, sitä enemmän hänellä on jämyyttä ja kykyä päätöksentekoon toteuttaessaan palliatiivista hoitotyötä. Tämä tukee selkeästi aineistossa esiin tullutta seikkaa liittyen perehdytykseen ja ammatillisuuden kasvuun palliatiivisessa hoitotyössä.

Sairaanhoitajien ratkaisuehdotuksista keskeisimmiksi nousivat hoitotyön organisointiin liittyvät keinot. Työhyvinvoinnin näkökulmasta henkilöstömitoitukseen liittyvät tuen tarpeet yksikössä, jossa kohdataan paljon kuolevia potilaita, koettiin hyvin tärkeinä (Lipponen & Karvinen 2015, 158). Berlandan ym. (2020, 13) tutkimuksen mukaan työn ylikuormitus ja huono työn organisointi on tunnistettu merkittävimiksi hyvinvoinnin riskitekijöiksi terveydenhuollon henkilöstölle. Opinnäytetyöhömmme osallistuneet sairaanhoitajat kokivat, että eniten apua haasteisiin toisi osastolla olevien potilaspääkammäärien alentaminen. Sairaanhoitajien työkuormaa vähennettäisiin lisäksi työtehtävien selkeyttämisellä, jolloin sairaanhoitajat tekisivät sairaanhoitajan pätevyyttä vaativat työtehtävät. Lähihoitajat voisivat helpottaa sairaanhoitajien työtä ottamalla enemmän vastuuta potilaista sekä tekevän myös vaativimpia työtehtäviä, kuten lääkehoitoa. Aivan kuten Surakka ym. (2015, 135 - 136) tuo esille, myös opinnäytetyöhömmme osallistuneet sairaanhoitajat toivoivat osaamisalueiden selkeyttämistä sairaanhoitajien ja lähihoitajien työnkuvaan, koskien esimerkiksi lääkehoidon toteutusta. Lipposen ja Karvisen (2015, 162) tutkimuksen mukaan vain ristiriidaton moniammatillinen yhteistyö ja potilaan toiveiden mukainen hoitotahdon toteuttaminen mahdollistaa arvokkaan kuoleman. Myös Fitch ym. (2015) korostaa tutkimuksessaan koko tiimin kykyä kommunikoida ja toteuttaa samaa hoitosuunnitelmaa.

Hoitaja voi kokea kuormittavaksi tekijäksi omien tietojen riittämättömyyden ja epävarmuuden. Hoitotyössä koulutuksen tulisi olla jatkuvaa, se auttaa työn mielekkyyden ja ammatillisen itsetunnon säilyttämisessä. (Lehestö ym. 2004, 202.) Myös opinnäytetyöhömmе osaa ottaneet sairaanhoitajat kokivat, että ajantasainen koulutus sekä riittävä perehdytys lisäksiivät sairaanhoitajan ammatillisuuden tukemista sekä myös työn mielekkyyttä. Laadukas palliatiivisen ja saattohoidon toteuttaminen edellyttää monen tasoista kouluttautumista (Lipponen & Karvinen 2015, 161).

Hännisen ja Pajusen (2006, 111) mukaan hoitaessaan kuoleman sairaita ihmisiä hoitajia uuvuttaa kuolemien määrä, riittämättömyyden tunteet, surun kertyminen ja kuoleman kaoottisuus. Psykososiaalisen tuen ratkaisuehdotuksiksi sairaanhoitajat nostivat henkisen kuormituksen vähentämiseen liittyen potilaspaikkojen alentamisen, yksilöllisen keskusteluavun lisäämisen sekä työnohjauksen. Myös Lipponen ja Karvinen (2015, 158) nostavat esiin tutkimuksessaan hoitohenkilökunnan jaksamisen tukemisen välineiksi työnohjauksen sekä lisäkoulutuksen.

Vastauksissaan sairaanhoitajat toivoivat parempaa vaikuttamismahdollisuutta omaan työhön, työaikaan sekä työkierron mahdollisuutta. Myös Surakka ym. (2015, 134) korostaa työntekijän mahdollisuutta vaikuttaa työssäjaksamiseensa työvuorosuunnittelulla ja elämäntilanteeseensa sopivalla työajalla. Lipposen ja Karvisen tutkimuksen mukaan (2015, 153 - 160) saattohoitotyössä tyytyväisyys työhön, stressinhallintakeinot sekä ammatillisen välimatkan säilyttäminen potilaisiin ovat merkittäviä tekijöitä pohdittaessa saattohoitotyön mielekkyyttä. Myös työkierron mahdollisuus saattohoito-osaamisen kartuttamiseksi nostettiin esille.

Sairanhoitajien vastauksissa nousi esille työnohjauksen tärkeys ja korostettiin mahdollisuutta yksilötyönohjaukseen. Myös Hänninen ja Luomala (2013, 174, 178) tuovat esille yksilö- ja ryhmätyönohjauksen merkityksen hoitohenkilöstön keskinäistä yhteistyötä tukevana ja kannattelevana voimana. Työnohjauksen tehtävänä on tukea työssä kehittymistä. Työnohjauksen keskeisenä tavoitteena on itsesäätelyn onnistuminen, jolloin myös toiminta on tuloksellista ja jatkuvaa. Lisäksi työnohjaus on ensisijainen työväline myötätuntopuupumisen tunnistamisessa (Surakka ym. 2015, 135).

Lisäksi aineistosta tuli esiin, ettei palautuvuus ole riittävää yhden päivän vapaapäivinä. Hirvonen (2018) pro gradutyössään on saanut selville, että hoitajista lähes neljännes koki tarvitsevansa pidemmän vapaan palautuakseen. Työaika-autonomia tukee hoitajien työstä palautumista, sillä hoitajilla on mahdollisuus järjestää itselleen sopivimmat työvuorot. Työ- ja perhe-elämän yhteensovittaminen on tällöin helpompaa ja hoitajat voivat vaikuttaa esimerkiksi siihen, ettei liian pitkiä

työputkia pääse syntymään. Myös työympäristön olosuhteilla, esimerkiksi hyvällä yhteishengellä ja riittävällä työn tauottamisella, voidaan vaikuttaa palautumiseen. (Ronkainen 2013, 35.)

## 6.2 Luotettavuus

Tieteellisen tutkimuksen tavoitteena tulee olla mahdollisimman luotettavan tiedon tuottaminen. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida joko laadullisen tutkimuksen eri menetelmiin liittyvillä luotettavuuskriteereillä tai yleisillä laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerein. Opinnäytetyötä arvioimme laadullisen tutkimuksen yleisiä luotettavuuskriteerejä noudattaen: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2014, 127.)

Uskottavuus tarkoittaa tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen todentamista tutkimuksessa. Opinnäytetyön tekijät ovat taanneet, että opinnäytetyön tulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden sairaanhoitajien käsitystä. Käytännössä vastaavuutta voidaan arvioida esimerkiksi keskustelemalla tutkimukseen osallistuneiden kanssa. Toinen mahdollisuus on keskustella saaduista tuloksista ja tutkimusprosessista toisten samaa aihetta käsittelevien opinnäytetyön tekijöiden kanssa. Kävimme 635-istunnon loputtua avointa keskustelua tutkittavasta ilmiöstä, mikä vahvisti tutkimusaineiston esiin tuomia haasteita ja ratkaisuehdotuksia. Lisäksi tutkimuksen uskottavuutta lisää se, että tutkimuksen tekijä on riittävän pitkän ajan tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa. Opinnäytetyön tekijöillä on teoriaosaamista sekä kokemusta palliatiivisesta hoitotyöstä. Tutkimukseen pääsi osallistumaan neljä sairaanhoitajaa osaston resurssien vuoksi. Opinnäytetyön tekijät eivät vaikuttaneet istuntoon osallistuvien sairaanhoitajien valintaan. Sairanhoitajat valikoituivat osaston toimesta ja he osallistuivat aineistonkeruutilaisuuteen työajan puitteissa. (Kylmä & Juvakka 2014, 128.)

Vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin ja edellyttää tarkkaa kirjaamista koko tutkimusprosessin ajalta. Tutkimusraporttia lukiessa lukijan on saatava kattava kokonaiskuva tutkimusprosessin etenemisestä vaihe vaiheelta. Luotettavuuden arviointi vahvistettavuuden osalta on laadullisissa tutkimuksissa haastavaa, sillä toinen henkilö ei välttämättä päädy samaan tulkintaan saman aineiston perusteella. (Kylmä & Juvakka 2014, 129.) Opinnäytetyötämme varten tutkimusaineisto kerättiin neljältä Oulun kaupunginsairaalan palliatiivisen osaston sairaanhoitajalta. Opinnäytetyössämme aineiston avulla kuvasimme, miten opinnäytetyön tuloksiin ja johtopäätöksiin pää-

dyttiin. 635-istunnossa tutkimusaineistoa kerätessämme pyrimme olemaan johdattelematta millään tavoin sairaanhoitajien työskentelyä. Opinnäytetyön tutkimusaineistoa analysoidessamme keskityimme tarkasti aineiston tulkintaan ja siihen, ettemme vääristä aineiston tuloksia.

Refleksiivisyyden edellytyksenä on, että tutkimuksen tekijä on tiedostanut omat lähtökohtansa tutkimuksen tekijänä. Opinnäytetyötä tehdessä tekijöiden on tiedostettava omat vaikutukset aineistoon ja tutkimusprosessiin. Esiin tulleet lähtökohdat tulee kirjata opinnäytetyöhön. (Kylmä & Juvakka 2014, 129.) Opinnäytetyön tekijöillä on erityinen ammatillinen kiinnostuneisuus palliatiivista ja saattohoitoa kohtaan. Kaikilla opinnäytetyön tekijöillä on myös työkokemusta palliatiivisesta hoitotyöstä ja saattohoidosta.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2014, 129). Opinnäytetyön osalta tämä tulee ottaa erityisesti huomioon, sillä aineistosta koostetut tulokset tulisi olla siirrettävissä Oulun kaupunginsairaalan osastolta A2 Kainuun Uuden sairaalan palliatiivisen hoitotyön osaston käytänteisiin. Siirrettävyyden osalta on huomioitava tutkimusaineiston 635-istuntoon osallistuneiden sairaanhoitajien otannan koko (N=4).

### 6.3 Eettisyys

Tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja sen tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6). Noudatettavia periaatteita tutkimusetiikassa ovat: haitan välttäminen, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus sekä rehellisyys, luottamus ja kunnioitus (Kylmä & Juvakka 2014, 147).

Aineiston hankinnassa painottuvat ihmisarvon suojelua koskevat normit, koska ne määrittävät tutkimukseen osallistuvien kohtaamista, heihin suhtautumista sekä heitä koskevien tietojen käsittelyä. Lähtökohtana eettisesti kestävässä tutkimustavoissa on ihmisarvon kunnioittaminen. (Kuula 2006, 60.) Lisäksi kaikessa ihmiseen kohdistuvassa tutkimustyössä on jokaiselle tutkittavalle riittävän tarkoin selostettava tutkimuksen tavoite, menetelmät, tutkimuksesta odotettavissa oleva hyöty sekä tutkittavalle mahdollisesti siitä koituvat riskit ja rasitus. Lisäksi tutkittavan tulee olla tietoinen aineiston säilyttämisestä sekä tulosten julkaisemisesta. Tutkijan ollessa var-



mistunut, että tutkittava on ymmärtänyt tiedot, tutkijan tulee saada tutkittavan vapaasta tahdostaan antama, tietoon perustuva suostumus, mieluiten kirjallisena. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 214.)

Opinnäytetyön aineiston keruuseen osallistuneet sairaanhoitajat ovat saaneet ennalta tutustuttavaksi saatekirjeen (LIITE 2), jossa esitellään opinnäytetyön tekijät, tarkoitus, aineistonkeruumenetelmä sekä opinnäytetyöstä syntyvä hyöty Kainuun uuden keskussairaalan palliatiiviselle osastolle. Saatekirjeen sisältö käytiin lävitse ennen kuin aineiston keruuseen osallistuneet sairaanhoitajat allekirjoittivat suostumuslomakkeen (LIITE 3). Suostumuslomakkeessa kerättiin myös taustatiedot: ikä ja työvuodet palliatiivisessa hoitotyössä. Kaikki osallistujat olivat lukeneet etukäteen toimittamamme saatekirjeen opinnäytetyötämme koskien ja ymmärsivät aineistonkeräystilanteen ohjeistuksen hyvin. Sairanhoitajat valikoituivat Oulun kaupunginsairaalan palliatiivisen osaston yhteyshenkilön kautta ja he osallistuivat tutkimukseen työajan puitteissa.

Tutkimuseettisesti oleellinen tekijä on anonymiteetti tutkimukseen osallistuvien henkilöiden osalta. Henkisen ja fyysisen vahingoittamista riskiä pyritään välttämään niin, että tutkimuksen aineisto säilytetään siten, ettei se ole ulkopuolisen saatavissa missään tutkimusprosessin vaiheessa (Kuula 2006, 62). Tutkimuslupaa hakiessa selvitetään opinnäytetyön tilaajaorganisaation ja kohdeorganisaation suostumukset organisaatioiden kuvaamiseen opinnäytetyössä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 111, 221 - 222.) Anonymiteetin osalta opinnäytetyön aineisto on säilytetty huolellisesti salasanoilla suojatuissa tiedostoissa. Paperinen tutkimusaineisto abstrahointeina tuhoataan arkistontuhoamiseen tarkoitettulla tavalla opinnäytetyöprosessin päätyttyä. Abstrahoinnin hävittäminen on eettisesti perusteltua, sillä abstrahoinnin alkuperäisilmaisuuksissa ei voida taata aineiston keruuseen osallistuneiden sairaanhoitajien (N=4) anonymiteettia abstrahoinnin sisältäessä osaltaan hyvin sensitiivistä tietoa. Tästä syystä opinnäytetyössä ei ole esitetty kokonaisuudessaan abstrahoinnissa saavutettuja tuloksia, vaan ne on avattu vain kahden ylimmän luokan osalta.

Tutkimuskäytännöt vaihtelevat eri organisaatioissa, mutta yleensä tutkimusta varten haetaan tutkimuslupa. Tutkimukseen osallistuvan suostumus ja tutkimuslupa tarvitaan aina, mutta eettisen toimikunnan lausuntoa ei yleensä tarvita silloin, kun tutkimuksen kohteena on hoitohenkilöstö. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 222.) Opinnäytetyölle haettiin Oulun kaupungin terveyspalveluista tutkimuslupaa. Opinnäytetyölle myönnettiin tutkimuslupa syyskuussa 2020.

635-tekniikkaa toteuttaessamme tarvitsimme osalliseksi kuusi Oulun Kaupunginsairaalan palliatiivisen osaston sairaanhoitajaa. 635-menetelmän haasteena on saada kaikki kuusi ihmistä samaan

aikaan paikalle (Eloranta 1986, 19). Tutkimukseen pääsi osallistumaan neljä sairaanhoitajaa osaston resurssien vuoksi. Opinnäytetyön tekijät eivät vaikuttaneet istuntoon osallistuvien sairaanhoitajien valintaan. Sairaanhoitajat valikoituivat osaston toimesta ja he osallistuivat 635-istuntoon työajan puitteissa. Alkuperäisen suunnitelmamme mukaan tarkoituksenamme oli myös tutkia opinnäytetyössämme, vaikuttavatko ikä ja työkokemus sairaanhoitajien jaksamiseen palliativisessa hoitotyössä. Tämän vuoksi pyysimme osallistujilta suostumuslomakkeessa ilmoittamaan iän ja työkokemuksen palliativisessa hoitotyössä. Saatuja tuloksia tarkastellessamme tulimme lopputulokseen, ettemme voi hyödyntää näitä tietoja luotettavasti otannan pienen koon (N=4) vuoksi.

#### 6.4 Ammatillinen kasvu

Yleissairaanhoidosta vastaavan sairaanhoitajan ammatillinen vähimmäisosaaminen muodostuu yhdeksästä eri osa-alueesta, joita ovat: Asiakslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjäyys, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksen teko, ohjaus ja opetusosaaminen, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, sosiaali- ja terveyden huollon toimintaympäristö sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden laatu ja turvallisuus. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 35).

Opinnäytetyötä tehdessä näyttöön perustuvan tiedon hyödyntäminen sekä tiedonhaku taitomme ovat kehittyneet, mikä on hyödyksi tulevassa ammatissamme sairaanhoitajana. Tiedonhaku on nopeampaa ja osaamme valita luotettavat lähteet. Osaamme myös käyttää eri tiedonhaun kanavia hyväksimme tiedonhaussa ja valita tarkoituksen mukaisen tietokannan. Lisäksi etäyhteydenpitoon tarvittavien tietokoneohjelmien käyttöön liittyvät taidot ovat erityisesti kehittyneet.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut pitkä prosessi, koemme sen vahvistaneen erityisesti tiimityöskentely taitojamme, jotka ovat myös hyödyksi tulevaisuudessa sairaanhoitajana. Tiimityöskentelyssä olemme johtaneet sekä omaa toimintaamme että ryhmän toimintaa. Toiminnallamme olemme saavuttaneet hyvässä yhteistyössä tehokkaasti toteutetun opinnäytetyön prosessin. Opinnäytetyön tutkimusaineisto puolestaan on osoittanut johtamisen ja organisoinnin tärkeyden niin palliativisessa hoitotyössä kuin koko hoitotieteessä.

Opinnäytetyömme liittyy hoitoalaan, jossa keskeistä on terveyden ja toimintakyvyn edistäminen. Opinnäytetyön myötä tiedämme, millaiset asiat ovat keskeisiä palliativisen/saattohoidossa ole-

van potilaan kohdalla. Hoidon tulee olla oireenmukaista, kipua lievittävää sekä elämänlaatua vaarallavaa hoitoa. Toisaalta tiedostamme myös keskeisesti ne seikat, joilla ylläpidetään hoitohenkilökunnan terveyttä ja toimintakykyä.

Opinnäytetyö prosessin myötä olemme saaneet hyvän käsityksen palliatiivisen sekä saattohoidon tilanteesta Suomessa. Opinnäytetyön tuloksien pohjalta olemme saaneet tietoa siitä, millaisia puutteita terveyden huollon toimintaympäristössä sekä terveyspalveluiden laadussa on ainakin palliatiivisen hoitotyön osalta. Tärkeää olisi mahdollistaa esimerkiksi se, että sairaanhoitajat pystyisivät itse vaikuttamaan työvuoroihinsa, jolla olisi suuri vaikutus työssä jaksamiseen. Hoitotyön laatuun pystyttäisiin vaikuttamaan esimerkiksi potilasmäärän vähentämisellä, joka mahdollistaisi sen, että sairaanhoitajilla olisi enemmän aikaa palliatiivisten potilaiden sekä heidän omaistensa tukemiseen.

Opinnäytetyön aihe jo itsessään herättää suuren määrän erilaisia eettisiä kysymyksiä muun muassa oikein ajoitetusta palliatiivisen hoitoon siirtymisestä, riittävästä kivun hoidosta ja tukemisesta niin potilaan kuin omaistenkin jaksamisessa. Toisaalta tämä on nostanut esiin myös tutkimusprosessin tutkimuseettisiä seikkoja, joita opinnäytetyön koko prosessin aikana on pohdittu. Esimerkkinä opinnäytetyön tutkimusotannon koosta johtuneet tutkimuseettiset pohdinnat.

Opinnäytetyön prosessin aikaiset pohdinnat, haasteet ja esiin heränneet kysymykset ovat edistäneet omalta osaltaan opinnäytetyön tekijöitä ammatillisessa kasvussa sairaanhoitajiksi.

## 6.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Kuvasimme Oulun kaupunginsairaalan osaston A2 sairaanhoitajien (N=4) jaksamisen haasteita palliatiivisessa hoitotyössä sekä heidän kokemiaan keinoja jaksamisen tukemiseen.

Sairanhoitajat kokivat haasteena liian suuren potilasmäärän, ajankäytön, vaihtuvan henkilöstön, muiden kuin palliatiivisten potilaiden hoitamisen osastolla sekä henkisen ja fyysisen kuormituksen. Haasteita koettiin myös lääkäreiden työhön liittyen. Kaikki sairaanhoitajat nostivat vastauksissaan haasteeksi liian suuren potilasmäärän sekä ajankäytön.

Haasteiden ratkaisuehdotukset liittyivät hoitotyön organisointiin, henkilöstöjohtamiseen ja hoitotyön resurssointiin, ammatillisuuden tukemiseen, psykososiaaliseen tukemiseen sekä moniammatilliseen yhteistyöhön. Suosituin ratkaisuehdotus oli potilaiden vähentäminen osastolla sekä

vain palliatiivisten potilaiden sijoittaminen osastolle. Nämä ratkaisuehdotukset tulivat ilmi kaikkien sairaanhoitajien vastauksissa useisiin eri haasteisiin.

Vain palliatiivisten potilaiden sijoittamisella osastolle voitaisiin pienentää potilaiden määrää osastolla. Tämä selkeyttäisi ja vähentäisi sairaanhoitajien työtä, kun heillä olisi hoidettavana vähemmän potilaita ja potilaat olisivat kaikki palliatiivisia/saattohoidossa olevia potilaita. Potilasmäärän vähentäminen lisäisi sairaanhoitajien aikaa, joka mahdollistaisi enemmän aikaa potilaille ja heidän omaisilleen. Potilasmäärän vähentämisellä sairaanhoitajat kokivat myös henkisen ja fyysisen kuormituksen vähenevän. Lisäksi useissa ratkaisuissa nostettiin esille moniammatillinen yhteistyö lähihoitajien ja lääkäreiden kanssa. Sairaanhoitajien työmäärän vähentyessä työ olisi mielekkäämpää ja vastuu ei kasvaisi liian suureksi.

Johtopäätöksenä opinnäytetyömme tuloksista nousee selkeästi esille potilasmäärän vähentämisen ja vain palliatiivisten potilaiden sijoittamisen osastolle toimivan ratkaisuna useisiin haasteisiin. Lisäksi moniammatillisen yhteistyön lisääminen tukisi sairaanhoitajien jaksamista palliatiivisessa hoitotyössä.

Jatkossa olisi mielenkiintoista tietää, millaisia haasteita sairaanhoitajat kokevat uuden Kainuun keskussairaalan palliatiivisessa yksikössä. Olisiko heillä samanlaisia ratkaisuehdotuksia haasteisiin, kuin Oulun kaupunginsairaalan osaston A2 sairaanhoitajilla. Opinnäytetyön tulosten myötä jatkotutkimusaiheena voisi olla tarkempi tutkimus siitä, mikä olisi sopiva paikkamäärä palliatiivisella osastolla. Kuinka monta palliatiivista potilasta voisi olla yhden sairaanhoitajan hoidettavana, jotta hoidon laatu ei kärsi? Lisäksi mielestämme olisi hyvä tutkia, kuinka moniammatillista yhteistyötä voisi kehittää sujuvammaksi toteuttaessa palliatiivista hoitotyötä.

## Lähteet

Aalto, K. (toim.) (2013). *Saattohoito kuolevan tukena*. Helsinki: Kirjapaja.

Berlanda, S., de Cordova, F., Fraizzoli, M. & Pedrazza, M. (2020.) *Risk and Protective Factors of Well-Being among Healthcare Staff. A Thematic Analysis*. Int. J. Environ. Res. Public Health 2020, 17, 6651. 1 – 18.

Eloranta, K. (1986). *Nominaaliryhmäteknikat ja strukturoitu ryhmätyö*. Tampereen yliopisto, hallintotieteiden laitos.

ETENE, (2012). *SAATTOHOITO SUOMESSA VUOSINA 2001, 2009 JA 2012. SUUNNITELMAT JA TO-TEUTUS*. Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3270-8> Viitattu 10.1.2020.

Eriksson E., Korhonen T., Merasto M. & Moisio E-L. (2015). *Sairaanhoidajan ammatillinen osaami-nen*. Porvoo: Bookwell Oy.

Fitch, M., DasGupta, T. & Ford, B. (2015). *Achieving Excellence in Palliative Care: Perspectives of Health Care Professionals*. Saatavilla 21.12.2020. DOI: [10.4103/2347-5625.164999](https://doi.org/10.4103/2347-5625.164999)

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

Gärtner, F., Ketelaar, S., Smeets, O., Bolier, L., Fischer, E., van Dijk, F., Nieuwenhuijsen, K. & Sluiter, J. (2011). *The Mental Vitality @ Work study: design of a randomized controlled trial on the effect of a workers' health surveillance mental module for nurses and allied health professionals*. Public Health 11: 290. Saatavilla 21.12.2020. DOI <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-290>

Hirsjärvi, S., Remes P. & Sajavaara, P. (2009). *Tutki ja kirjoita*. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Hirvonen, T. (2018) *Hoitajien työhyvinvointi vuorotyössä. Kyselytutkimus perusterveydenhuol- lossa*. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20180148>

Hänninen, J. & Pajunen, T. (2006). *Kuoleman kaari: Sairastumisesta, luopumisesta, elämästä*. Hel- sinki. Kirjapaja Oy.

Kainuun sote (n.d.). Sisätautien, keuhkosairauksien ja neurologian osasto A. Saatavilla 7.1.2021.  
<https://sote.kainuu.fi/toimipisteet/sisatautien-keuhkosairauksien-ja-neurologian-osasto-a-kerroksissa-5-ja-6-etelapaadyssa>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2013). *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kuula, A. (2006). *Tutkimusetiikka*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kuosmanen, L. (2018). *Sairaanhoidajalta edellytetty osaaminen erityistason palliatiivisessa hoidossa*. YAMK. Metropolia Ammattikorkeakoulu. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/152911/Kuosmanen\\_Lotta.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/152911/Kuosmanen_Lotta.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Kylmä, J. & Juvakka, T. (2014). *Laadullinen terveystutkimus*. Porvoo: Bookwell Oy.

Käypä hoito -suositus (2019). *Palliatiivinen hoito ja saattohoito*. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>

Lehestö, M., Koivunen, O. & Jaakkola, H. (2004). *Hoitajan turva*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lipponen, V. & Karvinen, I. (2015). *Palliatiivista ja saattohoitoa koskevat koulutustarpeet hoitohenkilöstön ja lääkäreiden kuvaamina*. Gerontologia 29(3), 152 - 163.

Niiranen, V., Seppänen-Järvelä, R., Sinkkonen, M. & Vartiainen, P. (2011) *Johtaminen sosiaalialalla*. Tallinna: Gaudeamus Helsinki University Press Oy.

Oulun kaupunginsairaala (n.d.). Osasto A2. Saatavilla 7.1.2021.  
<https://www.ouka.fi/oulu/terveyspalvelut/osasto-a2>

Pihlainen, A. 2010. *Hyvä saattohoito suomessa*. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2010:6. Saatavilla <http://urn.fi/URN:isBN:978-952-00-3033-9>

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

Ronkainen, T. 2013. *Vuorotyötä tekevän hoitotyöntekijän elintapojen vaikutus työstä palautumiseen*. Itä-Suomen Yliopisto. Lääketiede. Pro gradu -tutkielma.

Saarto, T., Finne-Soveri, H. & asiantuntijatyöryhmät. (2019a). *Palliativisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa*. Alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019: 14. Helsinki. Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4041-3>

Saarto, T., Finne-Soveri, H. & asiantuntijatyöryhmät. (2019b). *Suositus palliativisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa*. Palliativisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68. Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4126-7>

Saarto, T. & asiantuntijatyöryhmä. (2017). Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:4. Helsinki. Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3896-0>

*Sairaanhoitajien eettiset ohjeet*. (2014). Sairaanhoitajat. Viitattu 10.12.2019. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (n.d.). *Työhyvinvointi*. Saatavilla 28.11.2020. <https://stm.fi/tyohyvinvointi>

Surakka, T., Mattila, K-P., Åstedt-Kurki, P., Kylmä, J. & Kaunonen, M. (2015). *Palliativinen hoitotyö*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2019a). *Lait ja suositukset koskien elämän loppuvaiheen hoitoa*. Saatavilla 19.12.2020. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/lait-ja-suositukset-koskien-elaman-loppuvaiheen-hoitoa>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2019b). *Palliativisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa*. Viitattu 30.5.2020. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/palliativisen-hoidon-ja-saattohoidon-tila-suomessa>

Tilastokeskus (2019). 1. *Kuolemansyyt 2018*. Saatavilla 29.12.2019. [http://www.stat.fi/til/ksyyt/2018/ksyyt\\_2018\\_2019-12-16\\_kat\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2018/ksyyt_2018_2019-12-16_kat_001_fi.html)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK. (2013). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. Helsinki. Viitattu 27.11.2020. [https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Valvira (2019). *Elämän loppuvaiheen hoito*. [https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito)

World Health Organization (2020). *Palliative care*. Saatavilla 20.11.2020. <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>



Palliativisen hoitotyön asiantuntijuuden kriteerit (PSHY, 2011)

Itsensä kehittämisen osaaminen

Eettinen osaaminen

Palliativisen hoitotyön osaaminen

Saattohoidon osaaminen

Ohjaus ja opetusosaaminen

Vuorovaikutus- ja kohtaamisaosaaminen

Palliativisen hoitotyön tutkimus- ja kehittämissaaminen

Moniammatillisen yhteistyön osaaminen

Palliativisen hoitotyön organisoimisen ja johtamisen osaaminen

Kansainvälisyysosaaminen. (Surakka ym. 2015, 10)

Hyvä palliatiivisella osastolla työskentelevä sairaanhoitaja

Opiskelemme sairaanhoitajiksi Kajaanin ammattikorkeakoulussa ja teemme opinnäytetyön sairaanhoitajien jaksamisesta palliatiivisessa hoitotyössä. Tarkoituksemme on kuvata, millaisia haasteita jaksamisessa te Oulun kaupunginsairaalan osastolla A2 työskentelevät sairaanhoitajat koette palliatiivisessa hoitotyössä. Opinnäytetyömme tavoitteena on löytää keinoja palliatiivisessa hoitotyössä työskentelevien sairaanhoitajien jaksamisen tukemiseen.

Opinnäytetyömme pohjalta uusi Kainuun keskussairaala voi hyödyntää tutkimuksemme tuloksia palliatiivisen osaston kehittämisessä.

Opinnäytetyömme aineisto kerätään 635-ryhmäistunto menetelmällä. 635 -menetelmässä kuusi osanottajaa on yhtä aikaa paikalla, ja he istuvat saman pöydän ääressä. Osanottajat saavat jokainen kolme paperia ja yhteisen aiheen: "Millaisia haasteita jaksamisessa koet työskennellessäsi palliatiivisessa hoitotyössä?". Seuraavaksi osallistujat kirjoittavat jokaiseen paperiin yhden idean aiheen ratkaisemiseksi. Sovitun ajan jälkeen pyydämme teitä vaihtamaan papereita myötöpäivään. Vaihdetujen papereiden edelliset kirjoitukset luetaan ja kehitellään niihin uusia ideoita. Papereiden vaihtoja tehdään yhteensä viisi. Aikaa ideointiin on ensimmäisellä kerralla viisi minuuttia ja aikaa pidennetään minuutin verran jokaisen vaihdon yhteydessä. Pitenevä aika varmistaa sen, että edellisten ideoiden lukemiseen ja uusien ideoiden kehittelyyn jää riittävästi aikaa. Viimeiseen ideointikertaan jää aikaa kymmenen minuuttia. Osallistuminen kestää yhteensä noin tunnin.

Toivomme, että osallistutte tutkimukseen ja tuotte vastauksissanne esiin omia kokemuksia ja näkemyksiä sairaanhoitajan jaksamisesta palliatiivisessa hoitotyössä, juuri sellaisena kuin te ne koette. Opinnäytetyömme kannalta kaikki kokemuksenne ja näkemyksenne ovat tärkeitä, eikä ole olemassa oikeaa tai väärää vastausta.

Ryhmähaastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Voitte missä tahansa vaiheessa perua tai keskeyttää osallistumisenne ryhmähaastatteluun. Mikäli perutte osallistumisenne haastatteluun osallistumisen jälkeen, teitä koskeva tieto poistetaan tutkimusaineistosta. Nimenne tulee ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden tietoon eikä niitä julkaista missään vaiheessa. Opinnäytetyö toteutetaan siten, ettei siitä voi tunnistaa yksittäisiä haastatteluun osallistujia. Haastattelun aineiston analyysin tekee opinnäytetyön tekijät ja tutkimusaineisto tullaan hävittämään asianmukaisten ohjeiden mukaisesti.

Laadimme suostumuslomakkeen vapaaehtoisesta suostumisesta, johon pyydämme allekirjoituksenne ja nimenselvennyksenne ennen osallistumistanne, paikan päällä. Opinnäytetyössämme tutkimme myös vaikuttavatko ikä ja työkokemus sairaanhoitajien jaksamiseen palliatiivisessa hoitotyössä. Tämän vuoksi pyytäisimme teiltä suostumuslomakkeeseen ikänne ja työkokemuksenne palliatiivisessa hoitotyössä.

Sähköinen tutkimusraportti on tutkimukseen osallistuneiden saatavissa Theseuksessa ([www.theseus.fi](http://www.theseus.fi)) vuoden 2021 alussa.

Ystävällisin yhteistyöterveisin,  
Jemina Holappa, Laura Koskelo ja Pirita Kärkkäinen

Suostumuslomake

Olen saanut riittävästi tietoa Jemina Holapan, Laura Koskelon ja Pirita Kärkkäisen opinnäytetyöstä ja osallistun tutkimukseen.

Ikäni\_\_\_\_\_

Työkokemukseni palliativisessa hoitotyössä\_\_\_\_\_

Paikka ja aika\_\_\_\_\_

Allekirjoitus\_\_\_\_\_

Nimenselvennys\_\_\_\_\_

## Opinnäytetyön aineistonhallintasuunnitelma

### 1. Aineistojen yleinen kuvaus

Tutkimme 635-menetelmän avulla millaisia haasteita jaksamisessa palliatiivista hoitotyötä tekevät sairaanhoitajat kokevat työssään sekä heidän näkemyksiään, miten heidän jaksamistansa palliatiivisessa hoitotyössä voitaisiin tukea. 635-menetelmässä aineistonkeruuseen osallistuvat itse tuottavat kirjallisen tutkimusaineiston. Tavoitteenamme on löytää keinoja palliatiivisessa hoitotyössä työskentelevien sairaanhoitajien jaksamisen tukemiseen.

### 2. Aineiston dokumentaatio ja laatu

Aineisto on aluksi käytettävänä tutkimukseen osallistuneiden sairaanhoitajien tutkimuslomakkeille kirjoitettuna. Tutkimusaineisto on juuri sellaisessa muodossa, kuin osallistujat ovat sen kirjoittaneet. Tulemme siirtämään skannaamalla tutkimuslomakkeiden tiedot tietokoneelle ja tallennamme ne Onedriveen. Tiedostot ovat salasanalla suojattuina.

### 3. Säilytys ja varmuuskopiointi

Analysoidessamme tietoa siirrämme ne skannaamalla tutkimuslomakkeilta tietokoneelle ja tallennamme Onedriveen, jonka jälkeen hävitämme paperiset tutkimuslomakkeet arkistontuhoukseen soveltuvalla tavalla. Tutkimusaineistoon ei ole pääsyä muilla kuin opinnäytetyön tekijöillä.

### 4. Säilyttämiseen liittyvät eettiset ja laillisuuskysymykset

Sopimusasiakirjassa pyydämme vastaajien iän sekä heidän työkokemustaan palliatiivisessa hoitotyössä. Tutkimukseen osallistuneiden (n=4) emme tule hyödyntämään näitä henkilötietoja opinnäytetyössämme. Vastaajat eivät ole tunnistettavissa opinnäytetyössämme. Tutkimukseen osallistuneilta on kerätty suostumuslomakkeet ja tutkimukseen osallistuneet ovat ymmärtäneet saatikirjeen sisällön allekirjoittaessaan suostumuksen tutkimukseen osallistumista varten. Sopimusasiakirjan tiedot tulevat vain opinnäytetyön tekijöiden tietoon. Tutkimukseen osallistuneiden pienen otannan (n=4) vuoksi opinnäytetyössä ei tulla esittämään tutkimusaineiston analysoinnissa tuotettuja abstrahointeja kokonaisuudessaan.

5. Aineiston avaaminen ja pitkäaikaissäilytys

Tutkimusaineistoa ei tulla jättämään jatkokäytettäväksi. Tutkimusaineisto tullaan poistamaan Onedrivesta ja paperiset tutkimuslomakkeet tullaan tuhoamaan arkistontuhoukseen soveltuvalla tavalla. Lisäksi opinnäytetyön analysoinnissa tuotetut tiedostot tullaan tuhoamaan.