



Katja Borisov

Haastavien palliativisten potilasta- pausten käsittely alueellisessa koti- sairaalassa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja YAMK

Kliinisen asiantuntijuuden tutkinto-ohjelma sosiaali- ja terveysalalla

Opinnäytetyö

30.4.2023

Tekijä	Katja Borisov
Otsikko	Haastavien palliativisten potilastapausten käsittely alueellisessa kotisairaalassa
Sivumäärä	58 sivua + 3 liitettä
Aika	22.4.2023
Tutkinto	Sairaanhoitaja YAMK
Tutkinto-ohjelma	Kliinisen asiantuntijuuden tutkinto-ohjelma sosiaali- ja terveysalalla
Ohjaajat	Kaija Matinheikki, Yliopettaja
<p>Opinnäytetyöni tutkimuksen kohteena oli Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen alueellinen kotisairaala. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata alueellisen kotisairaalan hoitajien kokemuksia palliativisen ja saattohoitopotilaan kuormittavista hoitotilanteista, nykyistä tapaa käsitellä tilanteita ja hoitajien kehitysehdotuksia tilanteiden läpikäymiselle. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan lähteä suunnittelemaan yhteistä ja alueellista tapaa tilanteiden purkamiselle.</p> <p>Tavoitteenani oli saada hoitajien oma ääni kuuluville haastavien potilastilanteiden merkityksellisyydestä hoitotyössä. WHO:n määritelmän mukaan palliativinen hoito kuuluu kaikille potilaille, joilla on kuolemaan johtava tai henkeä uhkaava sairaus ilman diagnoosirajoituksia. STM:n mukaan vuosittain noin 30 000 suomalaista tarvitsee ennen kuolemaansa palliativista hoitoa. Joka toinen näistä potilaista tarvitsee erityistason hoitoa tai konsultaatitukea. Samalla Suomessa on ennennäkemätön pula hoitotyön ammattilaisista. Kuoleman kanssa työskentely on henkisesti vaativaa asiantuntijatyötä. Palliativisessa hoitotyössä työntekijät ovat yleensä hyvin motivoituneita. Työntekijöiden jaksamisen tukemiseksi on kuitenkin tärkeää miettiä, kuinka henkistä kuormaa voidaan helpottaa.</p> <p>Opinnäytetyön aineisto kerättiin teemahaastatteluilla haastatteleamalla jokaisesta kotisairaalasta (n=8) sairaanhoitajaa. Haastattelut toteutettiin teams- sovelluksen välityksellä yksilöhaastatteluina. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisenä sisällönanalyysina.</p> <p>Tulosten perusteella voidaan nähdä, että hoitohenkilökunnan kuormittuminen kiteytyy kuoleman lopullisuuteen. Kuolevan potilaan oirehoidossa esiintyneet haastavuudet ja potilaan tuskan kohtaaminen elämän loppumisesta aiheuttavat erityistä haastetta. Kohtaamiseen liittyvät tilanteet tulivat haastatteluissa myös esille voimakkaasti. Kohtaamiset liittyivät potilaaseen ja omaiseen. Omaisen surun ja lasten ja nuorten kohtaaminen toivat esille elämän epäoikeudenmukaisuuden. Henkisesti kuormittavaa työtä on haastavaa tehdä kiireisessä tahdissa tai ilman kollegalta saatua emotionaalista tukea. Nykytilanne kotisairaaloissa asioiden purkamiseen on vaihteleva. Keskustelua käydään runsaasti, mutta ei systemaattisesti tai sovitusti. Hoitajien vahva toive on tehdä käsittelystä systemaattista ja ammatillisuutta vahvistavaa. Tähän tilanteeseen voidaan päästä erityisesti alueellisesti sovitulla tavoilla ja vahvistamalla jatkuvaa keskustelemisen kulttuuria</p> <p>Tämä opinnäytetyö tuo esille kotisairaalan hoitajien hyvin vaativan asiantuntijaroolin potilastyössä. Opinnäytetyön avulla voidaan toivottavasti lisätä keskustelua haastavista tilanteista, niiden merkityksestä ja erityisesti tilanteiden purkamisen tärkeydestä.</p>	
Avainsanat	Palliativinen hoitotyö, saattohoito, kotisairaala, Haastavat ja kuormittavat tilanteet

Author	Katja Borisov
Title	Handling challenging palliative patient cases in a regional home hospital
Number of Pages	58 pages + 3 appendices
Date	22.04.2023
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Master`s Degree in Clinical Expertise in Health Care and Social Services
Instructors	Kaija Matinheikki, Principal Lecturer
<p>The object of my thesis research was the regional home hospital in the welfare region of the central Uusimaa. The purpose of the study was to describe the regional home hospital's nurses' perceptions of stressful treatment situations for palliative and hospice patients, the current way of handling the situations and the nurses' development suggestions for going through the situations. The aim of the thesis is to produce information that can be used to start planning a common and regional way to resolve situations.</p> <p>My goal was to make the nurses' own voice heard about the significance of challenging patient situations in nursing work. According to the WHO definition, palliative care includes all patients with a fatal or life-threatening illness, regardless of diagnosis. According to STM, every year around 30,000 Finns need palliative care before they die. Every second of these patients needed a special level of treatment or consultation support. At the same time, there is an unprecedented shortage of nursing professionals in Finland. Working with death is mentally demanding expert work. In palliative care, employees are usually very motivated. However, in order to support employees' ability to cope, it is important to think about how the mental load can be eased.</p> <p>The material for the thesis was collected through thematic interviews by interviewing a nurse from each home hospital (n=8). The interviews were conducted via the Teams application as one-on-one interviews. The material was analyzed as a material-oriented content analysis.</p> <p>Based on the results, it can be seen that the workload of the nursing staff is crystallized in the finality of death. The challenges encountered in the symptomatic treatment of a dying patient and facing the patient's pain at the end of life cause a special challenge. The situations related to the encounter also came up strongly in the interviews. The encounters were related to the patient and the family. Personal grief and the encounter with children and young people brought out the unfairness of life. Mentally taxing work is challenging to do in a hurry or without emotional support from a colleague. The current situation in home hospitals for unpacking things is variable. There is a lot of discussion, but not in a systematic or agreed upon manner. The nurses' strong wish is to make the treatment systematic and professional. This situation can be reached especially through regionally agreed methods and by strengthening the continuous culture of discussion.</p> <p>This thesis highlights the very demanding expert role of home hospital nurses in patient work. The thesis can hopefully increase the discussion of challenging situations, their meaning and especially the importance of solving situations.</p>	
Keywords	Palliative care, hospice care, regional home hospital, Challenging and stressful situations

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Tutkimuksen keskeiset käsitteet ja teoriatausta.....	7
2.1	Palliativinen hoito	7
2.2	Saattohoito	8
2.3	Palliativisen hoidon kolmiportainen malli	8
2.4	Palliativisen ja saattohoidon laatusuositukset	10
2.5	Työn haastavuus ja kuormittavuus palliativisessa hoitotyössä	11
2.6	Hyvä kuolema saattohoidossa.....	12
2.7	Haastavia tilanteita palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa.....	13
2.8	Työkaluja haastavien tilanteiden käsittelemiseen	14
3	Työn tavoite ja tutkimuskysymykset	16
4	Opinnäytetyön toteutus.....	16
4.1	Tutkimuksen kohderyhmä.....	17
4.2	Toteutusympäristön kuvaus.....	17
4.3	Tutkimusaineiston hankinta	18
4.4	Aineistonanalyysi	19
5	Opinnäytetyön tulokset	21
5.1	Kuoleman lopullisuus	22
5.1.1	Kuolevan omaisten kohtaaminen	24
5.1.2	Epäoikeudenmukaisuuden kohtaaminen	28
5.1.3	Potilaan tuskan kohtaaminen	29
5.1.4	Organisaation rakenne	31
5.1.5	Kuoleman läsnäolo	32
5.2	Alueellisesti yhteisten tapojen puute	33
5.2.1	Kokemuksellisen tiedon hyödyntämättä jättäminen	34
5.2.2	Yhteisten rakenteiden puute.....	36
5.2.3	Asiantuntijuuden kehittyminen.....	36
5.3	Tietoinen ja yhteisesti sovittu tapa.....	38
5.3.1	Jatkuva keskustelu	39
5.3.2	Yhteiset rakenteet.....	41
6	Pohdinta.....	42
6.1	Opinnäytetyön keskeisten tulosten tarkastelu.....	42

6.2	Eettisyys, luotettavuus ja tietosuojat.....	49
6.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	51
6.4	Raportointi ja julkistaminen.....	53
	Lähteet	54

Liitteet

Liite 1. Saatekirje

Liite 2. Tutkittavan suostumus

Liite 3. Haastattelukysymykset

1 Johdanto

Kuoleman kohtaaminen ja siitä puhuminen herättää suurimmassa osassa ihmisiä voimakkaita tunteita. Potilaalle kuolemasta puhuminen voi olla hyvin ahdistavaa, mikäli kuoleman läheisyys on parantumattoman sairauden vuoksi tosiasia. Toisaalta kuoleman käsittely on todella tärkeää ja merkityksellistä juuri tässä tilanteessa elämän päättymisen vuoksi. Hoitohenkilökunnan tulee osata vaikeiden asioiden käsittelyssä sanoittamisen taito, jotta potilas voi käsitellä oman elämän asioita. Palliatiivisessa hoitotyössä työntekijältä vaaditaan voimakasta emotionaalista sitoutumista työhön. Jatkuva surun, kärsimyksen ja menetyksen kasautuminen työssä voi aiheuttaa uupumusta työntekijälle. (Hänninen 2015: 299.)

Haastavat vuorovaikutustilanteet koetaan ammatillisesti hyvin haastaviksi ja ne aiheuttavat kuormitusta kaikille osapuolille. Haastavina tilanteina on hyvin yleisesti pidetty vaikeiden asioiden kertomista ja kuoleman läheisyydestä keskustelua. Hoidettava potilas tai omainen voi käyttäytyä vihamielisesti tai heihin on vaikea saada kontaktia. Usein haastavat vuorovaikutustilanteet myös kumpuavat tiedostamattomasti hoitajan omista käsittelemättömistä tunteista. (Hietanen 2015: 248.) Palliatiivisessa hoitotyössä hoitaja kohtaa jatkuvaa kärsimystä ja stressiä. Tilanteet aiheuttavat rutiinia ja se lisää usein kynnisyttä ja empatian tunteminen potilaita kohtaan vähenee. (Hietanen 2015: 253.)

Hoitohenkilökunnan jaksamisesta vaativassa työssä on pyrittävä kaikin keinoin huolehtimaan. Tällä hetkellä pula sairaanhoitajista on valtava, joten kaikki toimenpiteet henkilökunnan pitovoiman säilyttämiseksi on tehtävä. Sosiaali- ja terveysministeriö on raportissaan kuvaillut toimenpiteitä, joilla voidaan sekä parantaa hoitohenkilökunnan määrällistä riittävyttä että henkistä ja fyysistä jaksamista hoitotyössä. Raportin mukaan on tärkeää huolehtia muun muassa hoitajien riittävästä koulutusmäärästä, toimenkuvan vastaavuudesta opiskeluun, työn organisoinnista ja työntekijöiden työhyvinvoinnista ja työkyvystä (STM 2023.)

Palliatiivisella eli oireenmukaisella hoidolla tarkoitetaan henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan ja hänen läheisensä, kokonaisvaltaista hoitoa. Hoidolla pyritään hoitamaan ja lievittämään sairaudesta aiheutuvia oireita ja näin ollen parantamaan potilaan ja hänen läheistensä elämänlaatua. Palliatiivinen hoitolinja tarkoittaa sitä, että sairautta ei voida enää parantaa ja hoidon tavoitteena on lievittää potilaan ja läheisten kärsimystä ja

lisätä elämän laatua. Saattohoito on palliatiivisen potilaan viimeisten kuukausien tai viikkojen hoitoa. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito – suositus 2019.)

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on luoda edellytykset yhdenmukaiseen haastavien palliatiivisten potilastapausten läpikäymiseen kaikissa tiimeissä Keusote:n alueellisessa kotisairaalassa. Tarkoituksena on tuottaa tietoa nykytilanteesta, jotta voidaan varmistaa tapausten riittävä läpikäyminen. Tällä tavoin voidaan edistää sairaanhoitajien jaksamista henkisesti raskaassa työssä. Myös potilastyön laatu paranee, kun haastavat tilanteet käydään läpi ja potilastyön prosessia parannetaan. Mikäli sairaanhoitajat kokevat jaksavansa tehdä haastavaa potilastyötä, on pitovoima parempi työnantajan näkökulmasta.

2 Tutkimuksen keskeiset käsitteet ja teoriatausta

2.1 Palliatiivinen hoito

Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan palliatiivinen hoito on parantumattomasti sairaan ihmisen ja hänen läheistensä aktiivista ja kokonaisvaltaista hoitoa. Hoidolla pyritään ehkäisemään kärsimystä ja vaalimaan elämänlaatua. Potilaan tai omaisten kärsimys voi aiheutua fyysisistä, psykososiaalisesta tai eksistentiaalisesta ahdistuksesta tai oireista. (WHO 2020.) Palliatiivisen hoidon tarve tulee nousemaan merkittävästi tulevina vuosina. Maailmanlaajuisesti arvioidaan, että noin 56 miljoonaa ihmistä tarvitsisi palliatiivista hoitoa parantumattoman sairautensa vuoksi, WHO:N mukaan kuitenkin vain 14 prosenttia palliatiiviseen hoitoon oikeutetuista potilaista pääsee sen piiriin. (WHO 2020.) Suomalaiset kuolevat yhä iäkkäämpinä. Vuonna 2017 naisten keskimääräinen ikä kuolla on 85-vuotta ja miehillä 77-vuotta. Verenkiertoelinten sairauksiin kuoli 36 prosenttia väestöstä ja erilaisiin kasvaimiin 24 prosenttia. Ikäihmisten yleisin kuoleman syy on dementia ja sen osuus erityisesti tulee nousemaan. 65-vuotiaista suomalaisista joka viides kuolee muistisairauteen. WHO:n arvioiden mukaan suomalaisista noin 30 000 tarvitsee palliatiivista hoitoa ennen kuolemaansa. Näistä potilaista 40 %:a sairastaa syöpää. Muilla potilailla on sairauksin muun muassa neurologisia sairauksia, keuhkosairauksia ja munuaisten- maksan ja sydämen vajaatoimintaa. (STM 2019a 14–15.) Varsinaisia tilastoja kotisaattohoitojen määrästä ei ole. Hyvin monessa kunnassa kuitenkin on mahdollista olla kotona aina kuolemaan saakka. 4–16 %:a kaikista kuolemista on kotisaattohoitoja. Vuoden 2011 tilastoissa on saattohoitoa annettu yhteensä 3090 potilaalle. Näistä potilasta 16 %:a oli kotona ja saattohoitokodeissa 38 %: a. Potilailta kysyttäessä Suomessa 68

%:a ilmoitti toiveensa kuolla kotiin. Vertailun vuoksi Italiassa toive kuolla kotiin oli 95%:lla potilaista ja toive toteutui 58%:lla potilaista. (Ahtiluoto & Ollilla 2018: 64.)

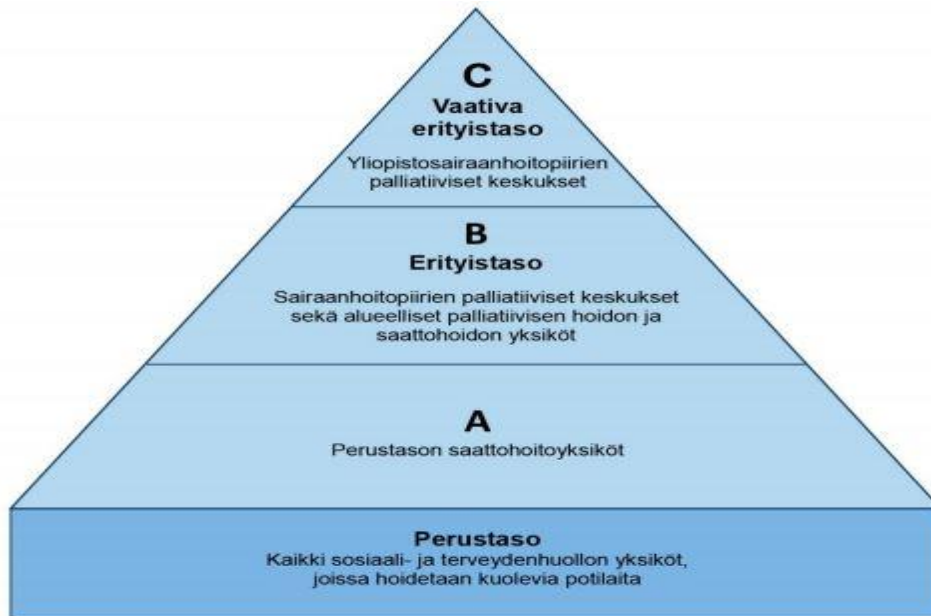
Palliativisella hoidolla pyritään lievittämään ja hoitamaan sairaudesta aiheutuvia oireita ja näin ollen parantaa potilaan ja hänen läheistensä elämänlaatua. Elämänlaatu on kokonaisvaltainen käsite, johon kuuluu psyykkinen, fyysinen, ja sosiaalinen ulottuvuus. Palliativisen hoidon avulla pyritään varmistamaan, että potilas voi parantumattomasta sairaudesta huolimatta viettää mahdollisimman laadukasta elämää kaikilla osa-alueilla elämänsä loppuun saakka. On tärkeää tukea potilasta sopeutumaan sairauteensa ja sen mukanaan tuomaan luopumiseen ja kuoleman kohtaamiseen. Samoin palliativiseen hoitoon kuuluu läheisten huomioiminen. Palliativisella hoidolla ei ole samanlaista ajallista määrettä kuin saattohoidolla. (Saarto 2015: 10.)

2.2 Saattohoito

Saattohoito on palliativisen potilaan viimeisten viikkojen tai päivien hoitoa. Potilaalla on havaittavissa toimintakyvyn selkeää alenemista elintoimintojen hiipuesssa. Kuoleman merkit voidaan nähdä. On tärkeää tunnistaa potilaat saattohoitovaiheessa, jotta he voivat saada mahdollisimman hyvää hoitoa. Saattohoitopäätös edellyttää, että potilaalla on todettu kuolemaan johtava sairaus ja todettu sen johtavan kuolemaan. Oikeaan aikaan tehty saattohoitopäätös mahdollistaa potilaalle ja omaisille jäähyväisten jättämisen mahdollisuuden. On tärkeää huomioida myös se, että saattohoito jatkuu potilaan kuoleman jälkeen omaisten tukemisella. (Saarto 2015: 10–11.)

2.3 Palliativisen hoidon kolmiportainen malli

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2017 asiantuntijaryhmän suosituksen palliativisen ja saattohoidon järjestämisestä Suomessa ja sosiaali- ja terveydenhuollon osaamis- ja laatuksiteeri eri palvelujärjestelmien tasoille. Suositukseen mukaan palliativista hoitoa annetaan kolmiportaisen mallin mukaan ja perusosaaminen kuuluu jokaisen sosiaali- ja -terveydenhuollon ammattilaiselle (kuvio 1.) Tarkoituksena oli erityisesti luoda malli, jonka avulla voidaan taata kaikille kansalaisille samantasoinen hoito asuinpaikasta huolimatta. (STM 2019a: 9.) Palliativista hoitoa tulee saada jokaisella palliativisen hoidon tasolla ja konsultointimahdollisuudet muille hoidon tasoille tulee taata.



Kuva 1. Palliativisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli (STM 2019: 16).

Perustasolle kuuluvat kaikki ne yksiköt, jotka eivät ole ABC-tason hoitopaikkoja ja joissa hoidetaan kuolevia potilaita. Tällaisia paikkoja on muun muassa kotihoito, vanhainkoti ja sosiaalihuollon alaiset yksiköt. Tällä tasolle kuuluu osata jo saattohoidon perusteet. Potilaat voivat viettää elämänsä näissä paikoissa elämänsä loppuun saakka. Hoitohenkilökunnan tulee osata palliativisen hoidon ja saattohoidon perusteiden osaaminen. Myös ennakoivan hoitosuunnitelman tekeminen ja saattohoitopäätöksen tekeminen kuuluu perustasolle. (STM 2019b: 15–16.)

A-tason hoitopaikoissa palliativista ja saattohoitoa on jo kehitetty. Työntekijät ovat saaneet koulutusta palliativiseen hoitotyöhön. A-tasolla on jo saattohoitopaikkoja kuoleville potilaille. On tärkeää, että paikat sijaitsevat lähellä potilasta, jotta niihin on helppo hakeutua. Näitä paikkoja on muun muassa terveyskeskusten vuodeosastot. (STM 2019b,16.)

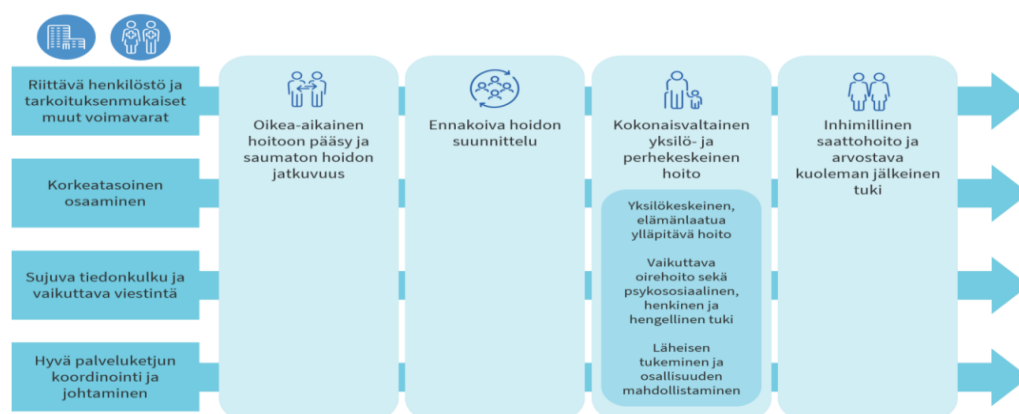
B-erityistaso muodostuu sairaanhoitopiirien palliativiseen ja saattohoitoon erikoistuneista yksiköistä. Henkilökunta on saanut erityistä koulutusta palliativisesta hoidosta. Alueen väestömäärän tulee olla riittävän iso eli 30 000–50 000 asukasta. B-tason hoitopaikkoja on esimerkiksi kotisairaalat, terveyskeskusten palliativiset osastot, saattohoito-osastot ja sairaaloiden konsultaatiotiimit. Potilaiden tulee saada ammattimaista psykososiaalista, henkistä ja eksistentiaalista tukea. B-tason tulee antaa konsultointitukea

alemmille tasoille. Palliatiivinen keskus koordinoi palveluita ja potilaita muille tasoille. (STM 2019b, 16.) Keusote:n alueellinen kotisairaala kuuluu Hyvinkään alueen B-tason palliatiiviseen keskukseseen. Yksikkö koostuu alueellisesta kotisairaalaista, terveyskeskuksen palliatiivisesta osastosta ja palliatiivisesta poliklinikasta.

Vaativa C-taso muodostuu yliopistosairaaloiden palliatiivisista keskuksista. Näihin luetaan muun muassa palliatiiviset poliklinikat, konsultaatiotiimit, palliatiiviset osastot, saattohoitokodit ja koti- ja päiväsairaalat. Keskusten tehtävänä on koordinoida palliatiivista hoitoa erityisvastuualueella ja vastata tutkimuksesta, opetuksesta ja koulutuksesta yhdessä oppilaitosten ja yliopistojen kanssa. (STM 2019b,17.)

2.4 Palliatiivisen ja saattohoidon laatusuosituksset

Palliatiivisen ja saattohoidon laatusuosituksset julkaistiin 2022. Tärkeimpinä tehtävinä suosituksille todettiin, että palliatiivisen hoidon yhdenvertaisuutta voidaan edistää ja laadukasta ja hyvää hoitoa voidaan toteuttaa ympäri Suomen. Suosituksen avulla halutaan luoda mahdollisimman tasalaatuinen malli huomioiden kuitenkin kaikkien hoitopaikkojen omat toimintaedellytykset. Suosituksessa on 10 toiminnan osa-alueita eli laatualueita. Kuusi näistä osa-alueista (Kuva 1 tumma alue) kertoo palliatiivisen potilaan hoitoprosessista ja neljä (Kuva1 vaalea alue) hoidon järjestämisestä ja tiedonkulusta. Jokaisella laatualueella on määritelty kriteerit, joiden tulee toteutua, jotta potilaan saama hoito on mahdollisimman laadukasta. (Saarto & Lyytikäinen & Ahtiluoto & Junttila & Lehto & Finne- Soveri & Hammar & Forsius 2022: 19-20.) Laatualueiden kriteerit on tarkemmin esitelty THL:n julkaisussa Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus.



Kuva 2. Laatusuosituksen laatualueet (Saarto & Lyytikäinen & Ahtiluoto & Junttila & Lehto & Finne- Soveri & Hammar & Forsius 2022: 19).

2.5 Työn haastavuus ja kuormittavuus palliatiivisessa hoitotyössä

Kuolevan ihmisen hoitamisella on laaja ja syvä merkitys hoitajan tunnemaailmaan. Tunteet kuormittuvat helposti, kun joutuu olemaan jatkuvassa valmiustilassa ympäristön vaatimusten ja oman osaamisen jakamisen suhteen. (Snellman 2008: 106.) Työuupumusta esiintyy myös palliatiivisessa hoitotyössä. Keskimäärin 17 %:lla hoitajista on todettu työuupumusta. Yleisimmin se näyttäytyy heikentyneenä ammatillisena itsetuntona. Tässä tilanteessa sairaanhoitajalla on esimerkiksi vaikeuksia luottaa omaan osaamiseensa. On tärkeää, että työuupumuksen merkit tunnistetaan ajoissa ja niihin puututaan. Henkisesti hyvinvoivien hoitajien avulla myös potilaat saavat parempaa ja laadukkaampaa hoitoa. (Näyttövinkki, 2021.)

Tutkimusten perusteella ei ole todettu, että palliatiivista hoitotyötä tekevillä olisi kuitenkaan korkeampi riski väsyä työhönsä kuin muiden erikoisalojen kollegoilla. Toisaalta palliatiivista hoitotyötä tekevillä on korkeampi riski väsyä myötätuntoiseen hoivaan ja välittämiseen kuin muuta hoitotyötä tekevillä. (Johnstone & Jones & Tunnah: 2012.) Myötätuntouupumuksen käsitteen (compassion fatigue) loi amerikkalainen Charles R. Figley ja ensimmäinen kirja aiheesta ilmestyi 1995. Uupumukselle altistaa se, että joutuu jatkuvasti työssä kohtaamaan toisen ihmisen kärsimystä. Hoitohenkilökunta uskoo pystvänsä auttamaan ja alkaakin tuntea syyllisyyttä siitä, että ei pysty tekemään asioita tarpeeksi hyvin. Tästä seuraa syyllisyyttä ja sitä, että ei koe olevansa työssään tarpeeksi hyvä. Myötätuntouupumuksesta kärsivä hoitohenkilökunnan jäsen voi ohittaa vaikeista asioista keskustelun potilaan kanssa. Tällä on merkittävä vaikutus potilaan saaman hoidon laadukkuuteen. (Toivola 2004.)

Palliatiivista hoitoa toteuttavalla henkilökunnalla on todettu olevan paremmat strategiat stressin käsittelyyn ja työuupumuksen ehkäisemiseen, Erityisen tärkeää on työnantajan ja esihenkilön keskeinen rooli tarjota koulutusta tällä alalla, jotta henkilöstön osaaminen vahvistuu (Peters & Cant & Sellick & O'Connor, & Lee, S. & Burney: 2012.) Kotisairaaloissa on todettu myös hyväksi asiaksi se, että siellä hoidetaan myös muita potilasryhmiä kuin palliatiivista tai saattohoitoa vaativia potilaita. Näin ollen hoitohenkilökunta saa hetken hengähdystauon kuoleman kanssa työskentelystä. (Anttonen 2016: 70.) Hännisen (2018) mukaan saattohoitotyössä ammattilaiset haluavat kuitenkin pysyä, koska saavat kokea potilaiden osalta arvostusta. Samoin saattohoitotyö mielletään yleisesti eettisesti ja moraalisesti perustelluksi. (Hänninen 2018: 97–100.)

Kuolevien kanssa työskentely aiheuttaa hoitajissa myös pohdintaa omasta kuolemasta. Tämä voi aiheuttaa hoitajan arvojen ja ammatillisuuden erilaistumista. Parhaimmillaan se voi tuoda hoitajalle tärkeää lisäosaamista ammatillisesti, pahimmillaan taas aiheuttaa kriisin, jonka vuoksi hoitaja vaihtaa alaa. Ammatillisen osaamisen lisääminen vaatii sitä, että työssä kohdattuja tunteita käsitellään riittävästi ja niistä otetaan opiksi. (Anttonen 2016: 69–70.)

2.6 Hyvä kuolema saattohoidossa

Hyvä kuolema on inhimillinen ja vähäoireinen siitä huolimatta, että potilas ei hyväksy kuolemaa. Potilasta kohdellaan luontevasti ja hoito on tilanteisiin nähden parasta mahdollista. Potilas kokee, että hän saa tukea myös hankalissa tilanteissa ja potilaan perheenjäsen saa tukea luopumisprosessissa ja surun käsittelyssä. Hoitajalle hyvin toteutettu saattohoito kasvattaa rohkeutta kohdata kuolemaan liittyviä asioita. Hänellä on kokemus siitä, että hän saa riittävää tukea työssä jaksamisessa ja kehittymisessä. Vastakohta hyvälle kuolemalle on kuolemaan ajautuminen. Tässä tapauksessa potilaan omia toiveita ja tarpeita ei ole huomioitu ja hoito on ollut vaihtelevaa. Oireet ovat usein jääneet lievittämättä. Omaisille tilanne voi aiheuttaa ahdistavia tunteita kuolemasta pitkäksi aikaa. Hoitajalle tilanne voi jättää pysyvän tunteen epäonnistumisesta, joka pahimmillaan voi saada hänet vaihtamaan työpaikkaa. Todellisuudessa hyvä kuolema asettuu näiden kahden asian väliin. (Anttonen 2016: 56–57.)

Seppäsen ym. (2020) artikkelissa todetaan, että hyvässä saattohoidossa sekä potilas että omainen huomioidaan. On tärkeää, että potilas omaisineen nähdään muutenkin kuin vain sairauden kautta yksilöinä. Koulutettu henkilökunta kykenee ottamaan kuoleman esille luontevasti. Keskustelu on yksi tärkeä osa saattohoitoa. (Seppänen, Vähäkangas & Anttonen 2020: 365.)

Keskeisessä osassa hyvän kuoleman toteuttamisessa on hoitohenkilökunnan riittävä osaaminen. On osattava tunnistaa oikeat hetket asioiden puhumiselle tai puhumatta jättämiselle ottaen huomioon potilaan tilanteen. (Anttonen 2016: 137.) Vihelän ym. tutkimuksessa on kuvattu potilaan ja omaisten kokemuksia palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. Odotukset sairaanhoitajan osaamisvaatimuksista ovat hyvin moninaiset. Sairaanhoitajilla tulisi olla hyvät vuorovaikutustaidot potilaan ja omaisen kohtaamisessa. Hoitajalla tulee olla vahva tieto palliatiivisen ja saattohoidon ja oirehoidon perusteista. Myös eettistä ja juridista osaamista on hyvä olla sujuvan hoidon varmistamiseksi. Laadukkaan palliatiivisen ja saattohoidon taustalla tulisi olla jo opetussuunnitelmissa oleva

opetus. Työpaikoilla on huolehdittava riittävästä täydennyskoulutuksesta. (Vihelä & Hökkä & Kaakinen: 2020.)

2.7 Haastavia tilanteita palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa

Potilaalle ja hänen läheisilleen on ensiarvoisen tärkeää antaa tieto sairauden parantumattomuudesta riittävän ajoissa. Myös potilasta hoitavan organisaation tulee saada tieto sairauden laadusta, jotta potilaan tukeminen voi alkaa mahdollisimman pian hoidon suunnittelemisella. Lähettävän tahon antama epäselvä tai puutteellinen tieto aiheuttaa sen, että hoitotyötä on vaikea suunnitella. Jatkohoitoaikassa voidaan myös ihmetellä, onko lähettävä taho selkeästi jättänyt puhumatta vaikeista asioista. Toisaalta taas hoitohenkilökunnalla on ymmärrys siitä, että kuolemasta keskustellessa on potilaan usein vaikea hyväksyä tietoa ja ottaa asioita vastaan. Hoitohenkilökunnan tulee tietää saattohoidon alkamisen ajankohta selkeästi. Tällöin heidän on helpompi kohdentaa oikeanlainen hoito kuolevalle ja perheelle. (Anttonen 2016: 60–61.)

Vaikeista asioista puhumatta jättäminen voi olla myös sekä potilaan, omaisen että henkilökunnan tietoinen päätös. Tällöin pidetään yllä ajatusta, että mikään ei muutu ja elämä jatkuu ennallaan. (Anttonen 2016:65.) Erimielisyydet potilaalla ja omaisella hoidon linjauksista tai yksityiskohdissa voi asettaa hoitohenkilökunnalle haasteita. Potilaiden voi olla vaikea sanoittaa omaa tahtoaan ja sitä joudutaan tulkitsemaan. Myös potilaalla ja omaisella voi olla erilainen näkemys hoidon kulusta. Käyttäytymisen taustalla voi olla erilaisia asioita menneisyydestä, joita hoitohenkilökunta ei tiedä. Myös erimielisyydet hoitavan tahon sisällä, hoitoprotokollan jäykkyyks tai hoitolinjauksien puuttuminen hankaloittaa hyvän hoidon saamista. Olisi tärkeintä muistaa, että potilaan paras on aina keskeisessä roolissa kuitenkin unohtamatta omaisten tärkeää roolia (Ahlström & Hänninen 2004: 317–318.)

Haastavana tilanteena on yleisesti ottaen pidetty tilannetta, kun kuolema koskettaa työntekijää erityisesti, jos kuoleva potilas on samanikäinen tai perheen lapset ovat samanikäisiä. Tällöin tunteiden hallinta voi olla vaikeaa ja auttajasta voi pahimmassa tilanteessa tulla hetkellisesti autettava. Myös haastavat omaiset aiheuttavat usein tilanteita, joissa hoitohenkilökunnan ammatillisuutta haastetaan erityisesti. Potilaan voi olla helpompi hyväksyä tilanne kuin omaisen. Omaisten erilaiset näkemykset ja odotukset hoidosta voivat myös aiheuttaa haastavuutta. (Hållfäst 2018:262.)

Kotisairaalatyön ammattilaiset ovat yleensä hyvin sitoutuneita työlleen ja haluavat mahdollisimman hyvin toteuttaa potilaan toiveita. Potilaan esittämä toive kotisaattohoidolle voi muuttua tilanteeksi, jossa potilas joudutaan lähettämään tukiosastolle vastoin toiveita. Yleisimmät syyt tällaiselle on kuvattu alla olevassa taulukossa (taulukko 1.) Riittävän hyvä varautuminen ei-virka-aikaan ja riittävät konsultointimahdollisuudet myös päivystysaikana vähentävät suunnittelemattomia sairaalasiirtoja. (Ahtiluoto & Ollila & Vanhanen 2018: 70.)

Taulukko 1. Tukiosastolle siirtyminen (Ahtiluoto & Ollila & Vanhanen 2018:70.)

Vaikeiden oireiden hallitsemattomuus. Erityisesti kipu, sekavuus ja hengenhädistys. Oireet eivät ole hallittavissa riittävän hyvin ja nopeasti. Oirehoito tarvitsi myös tiheitä käyntejä tai kotona ei ole tarvittavia hoitomenetelmiä käytettävissä
Odottamattoman oireen ilmentyminen, Esimerkiksi kouristelu. Varautumissuunnitelmaa ei ole tehty
Omaisien uupuminen tai pelkotilat
Omaisien oma sairastuminen
Kotisairaalan henkilökunnassa vajavuutta
Tarve tehdä toimenpide

2.8 Työkaluja haastavien tilanteiden käsittelemiseen

Palliativisten potilaiden kanssa työskentely on erityisesti vuorovaikutuksellista kanssakäymistä. Hoitohenkilökunta mahdollistaa oman osaamisensa avulla turvallisen tavan kohdata elämän vaikeimpia asioita. Hoitohenkilökunta tarvitsee osaamisen lisäämistä, vuorovaikutustapojen kehittämistä ja taitoa ja osaamista hoitamisessa. Anttonen (2016) mukaan työnantajan tulee antaa tähän mahdollisuus lisäkoulutuksen avulla. Asia on otettava puheeksi jo uusia hoitajia rekrytoitaessa, jotta hoitajalla on mahdollisuus valita. Jokaisella palliativista tai saattohoitoa tarjoavalla yksiköllä pitäisi olla tarjolla mahdollisuus työhajukseen ja asioiden läpikäymiseen sekä ammattilaisen avulla että työyhteisön kesken. Asioiden läpikäyminen hoitopaikoissa auttaa myös tiedon jakaantumisen kokemattomienkin hoitajien keskuuteen (Anttonen 2016:137–138).

Potilasta hoitavalla taholla tulisi olla rohkeutta riittävän ajoissa tehdä potilaalle palliatiivinen hoitolinjaus. Erityisesti tiettyjen syöpien kohdalla taudin eteneminen aiheuttaa sen, että aikaa ei ole paljoa jäljellä kuoleman käsittelyyn. (Anttonen 2016:137.) Usein potilaan ja lääkärin ajatukset hoidon päämäärästä ovat eriävät. Potilaalla on usein toive vielä paranemisesta, vaikka lääkärillä on tieto, että sairaus etenee ilman hoidon parantavaa vaikutusta. Taustalla voi olla se, että potilaalle ei ole kerrottu asiasta riittävän selkeästi tai potilas ei ole kyennyt ottamaan tietoa vastaan riittävästi. (Hietanen 2004:20.) Tutkimusten mukaan on myös todettu, että palliatiivinen hoito tuottaa suurempaa hyötyä potilaille ja heidän omaisilleen, kun he ovat palliatiivisen hoidon parissa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Näin oireiden hallinta on tehokkaampaa ja hoito myös taloudellisesti kannattavaa. (Strand & Kamdar & Carey 2013: 864.)

Riittävän ajoissa saatu lähete jatkohoitopaikkaan ja hoitavassa paikassa turvallinen omahoitaja edistävät kuoleman käsittelyä. Hoitavan organisaation tulee olla myös riittävän joustava ja hoitoa tulee kehittää potilaan tarpeista käsin koko hoitosuhteen ajan. Palveluiden tulee olla saatavilla vuorokauden kaikkina aikoina. Elämän viimeisten päivien hoitoa tarjoavien yksiköiden johtamiskulttuurissa tulee myös ottaa huomioon palliatiivisen ja saattohoidon erityispiirteet. (Anttonen 2016:137–138.)

Ennakoiva hoitosuunnitelma eli advance care planning (ACP) on elämän loppuvaiheen suunnitelma, jonka avulla voidaan varmistaa, että potilaan ääni tulee kuulluksi kaikissa hoidon vaiheissa. Suunnitelman tekeminen helpottaa myös hoitohenkilökunnan työskentelyä erityisesti silloin, kun potilas ei pysty enää ilmaisemaan omia toiveitaan. (Wiegand & Hinderer 2016:379.; Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoitosuositus 2019.)

3 Työn tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia alueellisen kotisairaalan nykytilannetta palliatiivisten potilaiden haastavien potilastapausten käsittelemisessä. Tavoitteena on luoda tiedolliset edellytykset yhtenäisille tavoille tilanteiden käsittelemiseen. Tavoitteena on myös mahdollistaa hoitohenkilökunnan osallistuminen toimintatapojen luomiseen. Tilanteiden järjestelmällinen käsittely osaltaan ehkäisee hoitotyön ammattilaisten työkuormitusta ja työuupumusta. Hoitotyön kehittämisen kannalta on myös tärkeää tuottaa tietoa, jotta toimintaa voidaan kehittää.

Tutkimuskysymykset

- Millaiset palliatiivisen hoidon potilastilanteet hoitohenkilökunta kokee haastaviksi ja työtään kuormittavaksi Keusote: n alueellisessa kotisairaalassa
- Kuinka kotisairaalassa käydään haastavien palliatiivisten potilaiden hoidon tilanteita läpi?
- Miten palliatiivisten potilaiden haastavien hoitotilanteiden käsittelyä tulisi hoitohenkilökunnan mielestä kehittää kotisairaalassa?

4 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö on toteutettu laadullisena eli kvalitatiivisena tutkimuksena. Tavoitteena on saada selville haastateltavien omia kokemuksia, jotta nykytilanne voidaan kartoittaa. Haastattelijan olisi tärkeää saada haastateltavat puhumaan aroistakin aiheista avoimesti. Tutkijan tulisi kvalitatiivisessa tutkimuksessa säilyttää oma asema neutraalina ja luontevana. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on saada tutkittavasta aiheesta uusia näkökulmia. (Puusa & Juuti 2020: 14.)

4.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksen materiaali on tuotettu haastattelemalla kaikkien kotisairaaloiden hoitohenkilökuntaa. Sairaanhoitajilla oli joko opistoasteinen tai AMK-tasoinen sairaanhoitajatutkinto. Työkokemusta heillä on 1 ½ - 26 vuotta. Keskiarvo 14,2 vuotta. Haastattelu toteutettiin teemahaastattelun avulla. Tässä haastattelutyypissä haastateltavat ovat asiantuntijoita oman kokemuksensa kautta. Heillä on syvällistä kokemusta tutkittavasta asiasta. Samoin haastattelijalla on hyvin tietoinen tutkittavasta kohteesta kirjallisuuden ja aiemman tutkimuksen kautta. Tutkijan on tarkoitus syventää osaamistaan ja ymmärtää tutkittavasta ilmiöstä. (Puusa 2020: 112.) Tarkoituksena on kartoittaa haastavien palliativisten potilastapausten esiintymistä ja toimintatapoja niiden käsittelemiseksi. Jokaisesta neljästä kotisairaalaan haastatellaan kaksi sairaanhoitajaa. Kokonaisuudessa haastateltavien määrä on 8 (N=8). Haastateltavilta kysyttiin mielipidettä, kuinka nämä tapaukset olisivat jatkossa heidän mielestään hyvä hoito. Kyselyn perusteella on tarkoitus luoda edellytykset, että tilanteet läpikäydään kaikissa kotisairaaloissa samalla tavalla. Haasteena haastatteluille on se, että haastattelijalla työskentelee tässä tutkimuksessa samassa työpaikassa.

4.2 Toteutusympäristön kuvaus

Keusote eli Keski-Uudenmaan sote järjestää kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut kuuden kunnan alueella. Nämä ovat Hyvinkää, Järvenpää, Mäntsälä, Nurmijärvi Tuusula ja Pornainen. Vuoden 2023 alusta Keusote on oma hyvinvointialue. (Keusote: 2023a.) Alueellinen kotisairaala toimii kaikkien näiden kuntien alueella kaikkina vuorokaudenaikoina tarjoten kuntalaisille sairaalatasoisia palveluita kotiin. Kotisairaalaalla on neljä eri toimipistettä kunnissa, mutta työntekijät liikkuvat kaikkien kuntien alueella. Potilasryhmiin kuuluu muun muassa suonensisäiset lääkehoidot, palliativisten potilaiden oirehoito ja saattohoito. (Keusote: 2023b.)

Alueellinen kotisairaala kuuluu B-tason palliativiseen yksikköön. Muina toimintoina on Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen palliativinen osasto ja Hus:n kanssa yhteistyössä pidettävä palliativinen poliklinikka. Palliativisen keskuksen toimintaa kehitetään jatkuvasti.

Jokaisessa kotisairaalan yksikössä työskentelee sairaanhoitajia 3-vuorotyössä. Kaikilla yksiköillä on myös oma lääkäri, jolla on palliativinen lisäpätevyys. Hoitotyön esihenkilö

on kaikkien yksiköiden sairaanhoitajien yhteinen. Sekä sairaanhoitajat että lääkärit tekevät laajasti yhteistyötä kaikkien yksiköiden kesken. Opinnäytetyön tekijä työskentelee yhden kotisairaalan sairaanhoitajana. Alkuperäisessä suunnitelmassa oli tarkoitus haastatella myös jokaisen yksikön lääkäri. Tästä kuitenkin luovuttiin, koska haluttiin keskittyä pelkästään hoitotyön tekijöiden omiin kokemuksiin.

4.3 Tutkimusaineiston hankinta

Ennen haastatteluiden tekemistä kohdeorganisaatiolta haettiin tutkimuslupaa opinnäytetyötä ohjaavan opettajan hyväksymällä tutkimussuunnitelmalla ja kohdeorganisaation omalla lupahakemuksella. Tutkimussuunnitelma piti sisällään myös tutkimustiedotteet, tutkimuksen tietosuojaselosteen, tutkittavan suostumuslomakkeen sekä haastattelukysymykset.

Opinnäytetyön materiaalin hankintaan käytettiin puolistrukturoitua teemahaastattelua. Tämän haastattelutyyppin etuna on se, että haastattelutilanne on melko vapaa ja tutkija voi saada haastateltavien esittämistä asioista myös sellaista tietoa mitä ei olisi voinut odottaa. Samoin haastattelija saa haastateltavien tuottamaa omakohtaista materiaalia tutkijan tutkimuskysymyksiin. (Puusa 2020: 111–112.) Teemahaastattelun avulla haastateltavat voivat sanoittaa omia subjektiivisia kokemuksiaan tutkittavasta aiheesta. Teemahaastattelun runkona käytetään sovittuja kysymyksiä, joiden mukaan haastattelussa edetään. Teemahaastattelun edellytys on se, että tutkija on täysin tietoinen tutkittavasta aiheesta. (Puusa 2020:112.) Haastattelukysymyksiä oli kaiken kaikkiaan 10 ja ne oli järjestetty tutkimuskysymysten mukaisesti ryhmiin. Kysymykset pyrittiin esittämään kaikille samassa järjestyksessä.

Haastateltavat pyydettiin mukaan Alueellisen kotisairaalan teams-sovelluksessa. Osallistuminen oli vapaaehtoista. Alueellinen kotisairaala pitää sisällään neljä eri yksikköä ja jokaisesta yksiköstä pyydettiin kaksi sairaanhoitajaa haastatteluun. Haastattelut suoritettiin teams-sovelluksen kautta yksilöhaastatteluina. Haastattelijalla olisi ollut mahdollisuus tehdä haastattelut ainakin osan haastateltavien kanssa kasvotusten. Teams - sovellusta päädyttiin kuitenkin käyttämään, jotta haastatteluista tulisi mahdollisimman samanlaisia ja vertailukelpoisia. Jälkikäteen voidaan arvioida, että olisi ollut hyvä, jos kaikilla haastateltavilla olisi ollut käytössä myös kamera ja rauhallinen tila. Haastatteluiden tekeminen tuntui helpommalta, kun pystyi näkemään haastateltavan henkilön kasvot. Kommunikointi tuntui luontevammalta. Olisi ollut hyvä, että haastateltavien työtilanne olisi sallinut

rauhallisen ja keskeytyksettömän tilanteen. Haastatteluita keskeytti esimerkiksi puhelimeen vastaaminen tai kollegan kysymys. Toisaalta kaikki haastateltavat olivat joissain määrin haastattelijalle tuttuja, joten tutkimustilanne ei ollut niin jännittävä.

Tutkimuksen otanta sinänsä on kohtuullisen pieni. Toisaalta haastatteluista saadut vastaukset olivat hyvin yhteneväisiä ja vastasivat kirjallisuudesta ja käytännöstä saatuja tietoja ja kokemuksia. Haastattelusta saatu tutkimusaines vastasi hyvin tutkimuskysymyksiin. Aineiston saturaatio saavutettiin eli aineisto on riittävä vastaamaan tutkittaviin aiheisiin.

Haastattelut nauhoitettiin erillisellä laitteella. Tästä haastateltavia oli informoitu tutkimustiedotteessa ja vielä ennen varsinaista nauhoittamisen aloittamista. Lupa nauhoittamiseen oli haastateltavilta sekä kirjallisesti että suullisesti. Haastattelut tuottivat materiaalia yhteensä 2 tuntia ja 40 minuuttia. Haastateltavia oli pyydetty varaamaan 30–60 minuuttia. Lyhyin haastattelu kesti 14 minuuttia ja pisin 29 minuuttia. Haastatteluita täydensi haastattelijan tekemät kirjalliset muistiinpanot haastattelutilanteista ja niiden kulusta.

4.4 Aineistonanalyysi

Opinnäytetyön haastatteluiden muodostama materiaali käsiteltiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tämä päättelytapa tarkoittaa sitä, että tutkimuksessa edetään yksittäisestä ilmaisusta yleiseen. Sisällönanalyysin avulla tutkimuksen tekijä pyrkii muodostamaan sisällönanalyysin avulla teoreettisen ja selkeän näkökulman tutkittavaan asiaan. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 107–108.)

Laadullisen tutkimuksen ongelma on se, että kaikki tutkimukseen valitut käsitteet, menetelmät ja tutkimusasetelmat vaikuttavat tutkimuksen tuloksiin. Eli ei ole olemassa puhaita havaintoja. Tämä on erityinen ongelman tehdessä aineistolähtöistä analyysiä. Miten tutkija pitää huolen siitä, että aineiston analyysi tehdään pelkästään tutkimukseen osallistuvien antaman materiaalin perusteella eikä tutkijan omilla odotuksilla ole analyysissä merkitystä? Fenomenologis-hermeneuttisessa tutkimusperinteessä tutkijan tulee tehdä ontologinen erittely eli tuoda esille omat ennakkokäsityksensä tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 108–109.) Opinnäytetyöntekijällä on kokemusta palliatiivisesta hoitotyöstä ja saattohoidosta. Ennen haastatteluiden tekemistä ajattelin, että palliatiivisen työn haastavuus on erityisesti vaikeiden asioiden esille ottaminen, oirehoidon laatu,

potilaan ja omaisten väliset näkemuserot ja varsinainen kontaktin luominen. Kuormittavinta on mielestäni erityisesti tilanne, kun omaisten kanssa asioista keskusteluyhteys ei toimi. Saattohoitopotilaiden kanssa työskentely keskittyy erityisesti omaisten kanssa kommunikoimiseen ja haastavaa ja kuormittavaa on, mikäli tämä yhteys ei toimi. Tilanteeseen joudutaan erityisesti, jos saattohoitoon on jouduttu hyvin nopeasti. Koen että erityisen kuormittavaa on, jos potilaalla on perheessä alaikäisiä lapsia ja heidän kanssaan kommunikointi.

Laadullisessa tutkimuksessa yleensä ottaen haastateltavien määrä on pieni verrattuna esimerkiksi määrälliseen tutkimukseen. Tässä tutkimuksen tyypissä ei pyritä yleistykseen, vaan pääpaino on kuvata asiantuntijoiden omien kokemusten avulla tutkittavaa ilmiötä. On tärkeää, että haastateltavat ovat oman alansa asiantuntijoita ja pystyvät kuvaamaan monipuolisesti tutkittavaa asiaa. Saturaation eli kylläntymisen avulla voidaan mitata tutkimuksen aineiston riittävyys. Eli kun saatu materiaali alkaa toistaa itseään voidaan todeta, että materiaali on riittävää. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 98–99.) Kotisairaalan kaikki sairaanhoitajat tekevät jatkuvasti sekä palliatiivista hoitotyötä että saattohoitavat potilaita. Kaikki sairaanhoitajat ovat motivoituneita ja oman alansa asiantuntijoita, joten haastateltavien kokemukset antavat relevanttia tietoa tutkimukselle. Haastateltavien kokemukset olivat alusta alkaen hyvin yhteneväiset eli saturaatio voitiin saada jo näin pienellä määrällä haastateltavia. Samoin haastateltavien antamat tiedot vastasivat opinnäytetyöntekijän odotuksia.

Haastatteluiden avulla saatu materiaali käsiteltiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Induktiivisessa sisällönanalyysissä edetään yksittäisestä ilmauksesta yleiseen kokonaisuuteen. Tutkimusmateriaalista pyritään saamaan aikaiseksi teoreettinen kokoelma. Tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimuskysymysten perusteella valitaan analyysiyksiköt, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 107–108.) Materiaalista valittiin analyysiyksiköiksi ne lauseet, jotka vastasivat kolmeen eri tutkimuskysymykseen. Tämän tutkimuksen analyysiyksiköiksi valittiin ne vastaukset haastatteluista, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Näitä analyysiyksiköitä oli haastavat ja kuormittavat tilanteet palliatiivisen potilaan hoidossa, kotisairaaloitten tapa läpikäydä näitä ja hoitohenkilökunnan ehdotukset tilanteiden läpikäymiselle.

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi jaotellaan yleensä kolmeen eri vaiheeseen. Aluksi saatu aineisto redusoidaan eli pelkistetään. Toinen vaihe on aineiston klusterointia eli ryhmittelyä ja kolmannessa vaiheessa materiaali abstrahoidaan eli luodaan teoreettiset

käsitteet. (Tuomi & Sarajärvi 2018:122.) Itse analyysin tekeminen aloitettiin kuuntelemalla saatu materiaali kahteen otteeseen. Haastatteluiden perusteellisella kuuntelemisella haluttiin muodostaa selkeä kuva saadusta aineistosta. Analyysiyksiköt nousivat tutkimuskysymyksistä. Eli sairaanhoitajien kokemukset palliatiivisen ja saattohoitopotilaan hoidossa olevista haastavista ja kuormittavista tilanteista ja kokemukset siitä kuinka nämä voidaan ratkaista.

Aineiston kuuntelun jälkeen aloitettiin materiaalin litterointi eli kirjoitettiin saatu materiaalin sanasta sanaan kirjalliseen muotoon. Kirjallista materiaalia kertyi kaiken kaikkiaan 25 A4 kokoista sivua riviväli 1:llä. Sanoja oli kokonaisuudessaan 16 935. Litteroinnin jälkeen perehdyin kirjalliseen materiaaliin pariin otteeseen lukemalla sen läpi. Näin olin sekä kuunnellut että lukenut materiaalin kahteen kertaan ja minulla oli selkeä kuva haastatteluiden tuotoksesta. Ensimmäisessä vaiheessa saatu materiaali pelkistetään eli redusoidaan. Tarkoitus on karsia kaikki turha ja epäolennainen tutkimuksen kannalta pois (Tuomi & Sarajärvi 2018:123). Tiivistäminen aloitettiin etsimällä litteraatista alkuperäisilmauksia ja tutkimuskysymyksiin vastaavia asioita ja ne merkattiin. Viivauksissa käytettiin värikoodeja, jotka tulivat tutkimuskysymyksistä.

Toisessa vaiheessa haastattelumateriaali klusteroitiin eli ryhmiteltiin. Haastattelumateriaalista saadut alkuperäisilmaukset pelkistettiin yhtenäisiksi ilmauksiksi ja ne listattiin tyhjälle paperille. Alkuperäisilmauksista etsittiin samankaltaisuuksia ja ne ryhmiteltiin yhteneväisiin ryhmiin eri luokkiin ja näin muodostui alaluokat. Tämän jälkeen alaluokille päätettiin nimet, jota kuvaavat niitä parhaiten. Klusteroinnin avulla saadaan tutkimukselle pohja ja alustavaa analysointia tutkittavasta asiasta (Tuomi & Sarajärvi 2018: 124). Tämän jälkeen aineisto abstrahoitettiin eli käsitteellistettiin. Materiaalista etsittiin tutkimuksen kannalta oleellinen materiaali ja näiden perusteella voidaan muodostaa teoreettisia käsitteitä (Tuomi & Sarajärvi 2018: 124).

5 Opinnäytetyön tulokset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli ottaa selville kotisairaalan hoitajien omia kokemuksia palliatiivisessa hoitotyössä esiintyvistä kuormittavista potilastilanteista ja niiden läpikäymisen nykytilasta kotisairaalassa. Hoitajille annettiin myös puheenvuoro sanoittaa heidän omia ehdotuksiansa jatkokehittämisen kannalta. Haastatteluista tuli selkeästi ilmi

vahva sitoutuneisuus palliatiivista hoitotyötä kohtaan. Vastaukset olivat hyvin yhteneväisiä ja odotettuja. Materiaali sisälsi tarinoita palliatiivisen hoitotyön hienoimmista ja kamalimmista hetkistä. Tutkimustuloksia käsitellään haastatteluista johdettujen luokitusten ja niistä saatujen käsitteiden avulla. Alkuperäisilmauksia käyttämällä havainnollistetaan haastatteluiden antia. Haastateltavien henkilöllisyys on opinnäytetyössä esitetty pelkkien numeroiden avulla, jotta henkilöllisyys pysyy täysin salattuna.

Tutkimustulokset esitetään opinnäytetyössä kolmen tutkimuskysymyksen avulla. Ensimmäisessä luvussa käydään läpi kotisairaalan hoitajien käsityksiä tilanteista, jotka kuormittavat ja haastavat työtä palliatiivisia potilaita hoidettaessa. Toisessa luvussa pureudutaan kotisairaaloiden nykyisestä tavasta käydä läpi haastavia tilanteita. Kolmannessa luvussa esitetään hoitajien toiveita kuinka haastavat ja kuormittavat tilanteet tulisi käydä läpi

5.1 Kuoleman lopullisuus

Opinnäytetyöhön haastateltujen sairaanhoitajien (n=8) ilmaisut palliatiivisen hoitotyön haastavista ja kuormittavista tekijöistä tulivat ilmi hyvin yhteneväisellä tavalla. Haastatteluista saatiin tähän kysymykseen monipuolisin materiaali. Alaluokkia muodostui 44, yläluokkia 11 ja yhdistäviä luokkia viisi. Yhdistäväksi pääluokaksi materiaalista muodostui kuoleman lopullisuus. Palliatiivisessa hoitotyössä työntekijät ovat yleensä motivoituneita ja tekevät työtään hyvin sitoutuneella tavalla. Kuoleman lopullisuus aiheuttaa aikaperspektiivin, jonka sisällä on toimittava. Kuoleman kohtaamiseen valmistautuminen on ensisijaisesti potilaalle merkittävää. Samalla kuitenkin omaiselle jää toivon mukaan kokemus, jonka jäljiltä voi alkaa muovaamaan omaa elämää uuteen suuntaan. Mikäli kokemukset kuolemasta ovat pysähdyttäviä tai traumaattisia, ei oman elämän jatkaminen omaisena ole helppoa. Tilanteen ainutkertaisuus ihmisen elämänkaareissa voi olla hoitajalle hyvin kuormittava tilanne, mikäli vaikeita asioita ei voida käsitellä luonnollisesti.

Seuraavan taulukkoon (2.) on kokonaisuudessaan aukaistu palliatiivisen ja saattohoidon haastavia ja kuormittavia tekijöitä.

Taulukko 2. Hoitohenkilökunnan palliatiivisen hoidon haastaviksi ja työtä kuormittaviksi kokemat potilastilanteet Keusote:n alueellisessa kotisairaalassa.

Millaiset palliatiivisen hoidon potilastilanteet hoitohenkilökunta kokee haastaviksi ja työtään kuormittavaksi Keusote:n alueellisessa kotisairaalassa?			
ALALUOKKA (41)	YLÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ LUOKKA	PÄÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perheenjäsenten eritahtinen sairauden käsittely ▪ Potilaan ja omaisen erilainen näkemys ▪ Omaiset eivät hyväksy tilannetta ▪ Omaisten ahdistus ja hätä ▪ Omaisten pelko lääkkeitä kohtaan ▪ Omaisten tuska nopean sairauden etenemisen vuoksi ▪ Omaisten kykenemättömyys kotisaattoon 	Omaisten tuska	Kuolevan omaisten kohtaaminen	K U O L E M A N L O P U L L I S U U S
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Yhteydenpito omaisten ja potilaan kanssa ei suju ▪ Potilas ja omainen eivät ole keskustelleet tilanteesta ▪ Omaisten erimielisyydet ▪ Suuri määrä omaisia, tieto jakaantuu ▪ Omaisten lisääntynyt tiedontarve 	Haastavat omaiset		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Yhteisen sävelen puuttuminen omaisen kanssa ▪ Tilanteiden sekavuus ja käsittelemättömät asiat mennessä 	Vieraskielisten ja eri kulttuurien kohtaaminen		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eri kulttuureista tulleet omaiset ▪ Eri kulttuurien eriävä käsitys lääkähoidosta 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lasten suru ▪ Nuorten suru 	Lapsen ja nuoren kohtaaminen	Epäoikeudenmukaisuuden kohtaaminen	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saman ikäiset lapset ▪ Perheen tilanne muistuttaa omaa elämää 	Samaistuminen		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vaikeasti hallittavissa olevat oireet ▪ Hyvin oireinen potilas saattohoidossa ▪ Jatkuva konsultointi oireidenhoidossa ▪ Kivun hallitsemattomuus ▪ Eksistentiaalinen tuska jää huomioimatta ▪ Hirvittävän kärsimyksen kohtaaminen 	Haastava oirehoito	Potilaan tuskan kohtaaminen	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asioiden jatkuva läpikäyminen ▪ Potilaiden sitoutumattomuus lääkähoidon ▪ Yhteisen sävelen puuttuminen potilaan kanssa ▪ Potilas ei hyväksy tilannetta ▪ Eri kulttuureista tulleet potilaat 	Kohtaamisen vaikeus		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Työelämän hektisyys ▪ Kiire ja oma väsymys estää keskustelun jatkumisen ▪ Kiire lisää paineita onnistua ▪ Käynnille ei ole tarpeeksi aikaa ▪ Aikaa vievät käynnit ▪ Fyysisesti raskaat käynnit 	Työnjaolliset asiat	Organisaation rakenne	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vuorovaikutuksellisen keskustelun puute ▪ Kollegan tuen puute ▪ Erilaiset tavat lähettää potilas osastolle 	Työyhteisön tuen puute		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lyhyt aika käsitellä kuolemaa ▪ Lyhyt potilassuhde 	Sairauden nopea eteneminen		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vaikeus toteuttaa potilaan toivetta ▪ Kuoleman käsittelyn vaikeus 	Vaikeista asioista puhuminen	Kuoleman läsnäolo	

Hoitajien kokemuksen mukaan haastavien ja kuormittavien tilanteiden erityispiirteinä tuli selkeästi esille kuolevan omaisen kohtaaminen, epäoikeudenmukaisuuden kokeminen, potilaan tuskan kohtaaminen, organisaation rakenne ja kuoleman läsnäolo. Seuraavissa luvuissa paneudutaan näihin yläluokkiin kokonaisvaltaisemmin.

5.1.1 Kuolevan omaisten kohtaaminen

Kuolevan potilaan omaisten kohtaaminen haasteita kuvattiin haastattelussa omaisten tuskan, haastavan omaisen ja vieraskielisten ja eri kulttuurien kohtaamisella. Haastateltavien kokemukset omaisten kohtaamisen haasteista olivat hyvin samankaltaisia. Jokainen haastateltava toi esille haasteet omaisten kanssa kommunikoinnissa. Palliatiivista potilasta hoidettaessa haasteet liittyivät yleensä kommunikointiin ja tiedon vastaanottamiseen ja saamiseen. Saattohoidossa kohdattavien omaisten haasteet liittyivät yleensä suruun ja ahdistukseen läheisen luopumisen vuoksi. Erityisesti omaisen suru voi olla todella koskettava tilanne hoitajalle.

Esille nostettiin useammassa haastattelussa se, että potilaan omainen voi olla vaillinaisen tiedon varassa ja muodostaa tilannekuvaansa tämän perusteella. Oleellinen asia haastateltujen mukaan on se, että potilas ja omainen käsittelevät asioita hyvin eri tahtiin. Potilas elää sairauden kanssa koko ajan ja voi olla, että omainen saa tietoa sairauden tilanteesta vain ajoittain. Haastateltavat toivat esille, että hoitajan rooli tässä välissä voi olla hankala ja haastava. Potilaan ja omaisen erilainen näkemys tilanteesta kokonaisuudessaan voi hankaloittaa kotona asioiden käsittelemistä. Omaisella voi olla hyvinkin epärealistiset ajatukset potilaan sairaudesta. Tai koko tilannetta ei voida millään tavoin hyväksyä. Myös omaisen odotukset sairauden hoidon suhteen voivat olla hyvin erilaisia kuin potilaalla. Haastateltavien mukaan omainen voi vielä vaatia raskaitakin hoitoja, vaikka potilas itse kokee, että ei enää jaksaa. Erityisen hankalaksi tilanne koettiin, mikäli potilaan sairaus on edennyt nopeaan tahtiin ja omainen ei ole ehtinyt käsitellä asiaa millään tavoin. Haastattelussa tuotiin esille, että tällaisissa tilanteissa asioita joudutaan toistamaan uudelleen ja uudelleen ja hoitaja voi epäillä jo omaa ammattitaitoaan. Kyse on kuitenkin siitä, että omainen tai potilas eivät kykene ottamaan järkytykseltään asioita vastaan.

Kun se käsittely sillä potilaalla tai perheellä on tosi kesken. Että sitä ei oo millään tasolla hyväksytty sitä palliatiivista hoitopäätöstä tai sitä sairautta tai sitä mihin se tulee myöhemmin johtamaan (H8).

Haastavia on ne, jotka ei ehkä ole saanut asiaa käsiteltyä tai eivät edes ymmärrä missä mennään. Ja sit ne on kauhean hukassa sen asian kanssa, että mitä tämä oikein tarkoittaa. Ja sitten käydään niitä asioita läpi, mutta ei ne saa niistä mitään (H3).

Omaisien tuskan, surun ja hädän kohtaamisen kuvailtiin olevan välillä hyvinkin kuormittavaa. Tunteet voivat aiheutua esimerkiksi potilaan voimakkaista oireista tai luopumisen tuskasta. Erityisesti tilanne koettiin raskaaksi, mikäli surijana on potilaan alaikäiset lapset. Silloin surevan omaisen kohtaaminen voi aiheuttaa kuormitusta myös työpäivän jälkeen. Haastatteluiden perusteella tällaisessa tilanteessa moniammatillinen keskustelu potilaan tilanteesta on rakentavaa. Erityisesti lääkärin tukea arvostetaan. Omaisella voi olla myös esimerkiksi tarvetta psyykkiseen tukeen luopumisprosessissa.

On siinäki kyllä haastavinta tota ehkä se hätä ja suru. Omaisten suru. Että ottaa ne mukaan. Ja joskus ne ovat tässä tilanteessa vähän vihamielisiäkin. Mikä on sitten tavallaan kieltämistä ja muuta (H3).

Kotisaattohoito voi olla tosi haasteellista, kun omaiset on hädissään. Jos omaisilla on jotain tarvetta mihin ei välttämättä pystytä vastaamaan. Toki me sit siinä kohtaa otetaan lääkäri tueksi ja kotiin mukaan (H4).

Omaisten tapa suhtautua lääkahoitoon tuotiin myös esille. Joskus omaisen voi olla hankala antaa lääkettä, koska kokee sen erityisesti saattohoidossa nopeuttavan potilaan kuolemaa. Pelko voi kohdistua myös kipulääkkeiden antamiseen, kun ajatuksena on potilaalle riippuvuuden aiheuttaminen. Lääkkeiden antamiseen voi liittyä myös pelkoa. Erityisesti asia mainittiin haastatteluissa eri kulttuureista tulleiden omaisten keskuudessa. Haastateltavien mukaan tällöin on tärkeää antaa riittävästi oikeaa tietoa ja mahdollisesti lisätä käyntejä.

Omaisien ahdistus ja hätä tilanteesta voi olla välillä hyvinkin voimakasta. Ahdistus voi aiheutua esimerkiksi tietämättömyydestä, potilaan voimakkaista oireista tai omaisen omasta elämäntilanteesta. Haastateltavien mukaan ahdistus on erityisen voimakasta, mikäli potilaan sairaus on edennyt hyvin nopeaan tahtiin. Silloin omaisen voimavarat eivät luonnollisesti riitä vastaanottamaan tietoa tilanteesta. Hoitajilla on tietämys, että käsillä on ainutlaatuinen elämäntilanne. Mikäli kuolemasta ei saa puhua edes kuolema - sanaa mainitsemalla aiheuttaa se hoitajalle ahdistusta siitä, miten potilasta ja omaisia voidaan valmistella kuoleman edessä. Usein nämä tilanteet ovat aiheuttaneet hoitajille potilaan kuoleman jälkeen paljon jälkihoitoa omaisten kanssa.

Me ei saatu puhua sanalla kuolema tai ei saatu puhua ollenkaan kuolemasta tai saattohoidosta, vaikka tää potilas olo jo kipupumpussa ja ihan ku nähtiin et ei montaa hetkeä enää elä (H2).

Ehkä se, että aloitat puhumaan omaiselle, et nyt on tällainen tilanne. Niin hän kääntää pään pois. Eikä suostu sun kanssa keskustelemaan ja sit sä vain hoidat ne toimenpiteet ja lähdet pois (H2).

Mutta eniten mua kuormittaa ehkä se, jos potilas toivoo kotisaattohoitoa ja sitten omaiset ei jostain syystä kykene siihen. Mikä tietenkin on ymmärrettävää sekin.

Kotisairaalan hoitajat ovat haastatteluiden perusteella hyvin motivoituneita ja sitoutuneita toteuttamaan potilaan toiveita. Myös omaisen tuskaa potilaan kuoleman jälkeen oltiin valmiita lievittämään ja hakemaan lisäapua surun käsittelyyn. Mikäli omainen ei pystynyt lopussa sitoutumaan potilaan toivomaan kotisaattohoitoon, koettiin se haastatteluiden mukaan pettymykseksi. Ymmärrystä omaisia kohtaan löytyi, mutta potilaan etua ajatellen kotisaattohoidon loppuun toteuttaminen olisi ollut hoitajille tärkeä asia.

Jää harmittamaan potilaan kannalta, kun ei pysty pitämään lupausta, koska omaiset oli vakaasti eri mieltä (H3).

Haastatteluiden perusteella yhteydenpito omaisen ja potilaan kanssa voi välillä olla hyvin haasteellista. Joidenkin kanssa keskusteluyhteyteen on vaikea päästä. Hoitajien mukaan tälle on olemassa monia syitä. Esimerkkeinä mainittiin omaisen hätä tilanteesta, vihamielisyys ja kykenemättömyys ottaa vastaan tukea. Potilaan ja omaisen vaikeudet keskustella tilanteesta ovat haastatteluiden perusteella kohtuullisen yleisiä. Hoitaja kokee silloin joutuvansa olemaan ”sillan rakentajana” heidän välillään ja se voi olla haastavaa.

No haastavaksi koen varsinkin jos on niin kuin jotenkin et se yhteydenpito omaisten ja potilaan kanssa ei jotenkin toimi. Tai ne on ristiriidassa. Niin ku vaikka ne potilaan ja omaisen näkemykset (H7).

Jos niillä on eri näkemys tai eivät ole keskustelleet asioista. Niin samaan aikaan puhuminen heille on haastavaa. Se voi toki onnistua, mutta siinä on omat haasteet, koska potilas ja omainen etenee omalla vauhdilla siinä, että voit toki antaa vinkkejä ja viedä vähän siihen suuntaan, että he keskustelisivat asioista (H1).

Haastatteluiden perusteella omaisten kanssa tehtävä yhteistyö koettiin todella tärkeäksi ja merkitykselliseksi asiaksi. Kuitenkin omaisten suuri lukumäärä koettiin välillä haastavaksi. Tieto voi muuttua matkan varrella, kun omaiset keskustelevat keskenään. Myös vihamielisyyttä hoitajia kohtaan on koettu omaisten suunnalta. Tällaiset asiat on käsitelty

asiaan kuuluvalla protokollalla. Ristiriitaisuudet ja erimielisyydet omaisten kesken potilaan hoitamisen linjoista tuotiin esille useammassakin haastattelussa. Hoitajilla oli kokemus, että he joutuvat keskelle omaisten välisiä riitoja eikä potilasta voida hoitaa niin hyvin kuin olisi mahdollista. Pahimmassa tapauksessa potilaan ja omaisten välillä voi olla erimielisyyksiä, jotka aiheuttavat erityisesti potilaalle vaikeuksia käsitellä elämän vaikeaa tilannetta. Toiveena oli, että haastavassa tilanteessa kotikäynnit pystyttäisiin tekemään parityönä. Silloin hoitajilla olisi aikaa kohdata sekä potilas että omainen. Vaikea kotitalanne kuormittaa hoitajia, koska kotiin voi olla hankala mennä runsaan tunnelatauksen vuoksi.

Välillä voi olla pelkästään, että meillä ei ole pelkästään se potilas, vaan myös omaiset. Että jos siinä vaikka on omaisten kesken erimielisyyksiä. Jos ne ei ole samalla puolella, tai ymmärrys ei ole samalla aaltopituudella niin se on haasteellista (H6).

Voin kuvitella, että jos joku on mennyt sinne päivällä, kun siellä on ne kuusi omaista, istuu ringissä ja istuttaa hoitajan siihen penkkiin. Jokainen kysyy samat kysymykset ja vähän niin kuin tenttaa hoitajaa. Niin se on varmasti epämiellyttävää (H2).

Meillä oli sitten tämmöinen, että siellä oli uhkaavasti käyttäytyvät omaiset ja muuta (H6).

Omaisten lisääntynyt valveutuneisuus tuli myös haastatteluissa esille. Omaiset osaavat kysellä enemmän asioita ja ovat hyvin tietoisia potilaan hoitamiseen liittyvistä asioista. Tällaiseen tilanteeseen koettiin olevan ratkaisuna se, että luottaa omaan ammattitaitoon ja pysyy rauhallisena. Asioita voi rauhassa selvittää ja palata uudelleen asiaan. Näin luottamus hoitohenkilökunnan ja omaisen välillä sujuu hyvin. Joissakin tilanteissa vaikeudet kommunikoinnissa koettiin aiheutuvan siinä, että potilaan tai omaisen kanssa ei koeta olevan samalla aaltopituudella. Tämän asian koettiin olevan normaali tilanne ja silloin toivottiin kollegan jatkavan vaikeiden asioiden käsittelyä.

Ja sit tietysti jos on haastavia omaisia. Joskus voi olla kymmenenkin omaista ketkä kyselee hirveesti asioita ja sitten voi olla ehkä kaksi. Mutta tavallaan musta tuntuu, että nykyään omaiset ovat paljon valveutuneempia ja tarkempia kuin aikaisemmin. Myös kyseenalaistamaan asioita (H2).

Et on sellaisia palliatiivisia tai saattohoitopotilaita joiden kanssa ei pääse samoille leveleille. Ihan niin kuin siviilielämässäkin. Silloin on tietenkin enemmän haasteita, jos sä et löydä yhteistä säveltä potilaan tai omaisen kanssa (H3).

Perheen sisäisen vuorovaikutuksen hankaluudet tulivat esille melkein jokaisessa haastattelussa. Hoitajien kohtaamat perhetilanteet voivat olla todella monimutkaisia ja seka-

via. Asioita on pinnan alla mutta hoitajilla ei niistä ole tietoa ja ne voivat vaikuttaa hoitosuhteeseen hyvin merkittävästi. Pahimmillaan haastatteluiden mukaan omaiset voivat olla riidoissa keskenään ja tämä osaltaan vaikeuttaa huomattavasti potilaan hoitamista ja tiedon kulkua.

Että jos siinä vaikka on omaisten kesken niinku erimielisyyksiä tai niiden välit on haasteellisia niin ne ei ole tavallaan samalla puolella. Ne voi olla vihamielisiäkin meitä kohtaan (H5).

Mua ehkä kuormittaa sellaiset ne henkiset asiat, että ne tilanteet, joissa ei pääse samalle kartalle omaisten tai niitten potilaiden kanssa. Tai että siellä on sitä ristiriitaa siinä, että miten sitä asiaa niin ku hoidetaan, sitten mun pitää monen ihmisen kanssa yrittää järjestellä niitä asioita ja saada siihen jotain järkeä ja sitten mä en välttämättä saa edes hoitaa (H7).

Eri kulttuurien kohtaaminen koettiin sekä rikastuttavaksi että haastavaksi asiaksi. Mikäli aikaa kulttuurien kohtaamiselle on tarpeeksi ja yhteistyö omaisten ja potilaan kanssa sujuu voi kokemus olla ammatillisuutta lisäävä ja kohottava kokemus. Haastetta tuo kuitenkin kommunikointi eri kielillä ja suhtautuminen lääkehoitoon. Tärkeänä asiana nähtiin, että potilaalle ja omaiselle on annettava tietoa hänen omalla äidinkielellään, jotta sekaannuksia informaatioissa ei tule.

Potilaana on enemmän ulkomaalaisia ja vieraskielisiä. Niin sekín on oma haasteensa se heidän kulttuurinsa ja mitä kuolema tarkoittaa siinä (H6).

5.1.2 Epäoikeudenmukaisuuden kohtaaminen

Epäoikeudenmukaisuuden kohtaaminen palliatiivisessa ja saattohoidossa kuvattiin lapsen ja nuoren kohtaamisen ja perheeseen samaistumisen kautta. Haastateltavien yksimielinen näkemys oli, että lasten ja nuorten surun kohtaaminen on erityisen kuormittava tekijä. Elämän epäoikeudenmukaisuus tuli esille hyvin voimakkaana tunteena. Vieläkin kuormittavampaa asiasta tuli, mikäli hoitajalla oli samanikäisiä lapsia tai nuoria kotona. Tällöin samastuminen perheen tilanteeseen oli todennäköistä ja kuormittavuus lisääntyi. Tällaisissa tilanteissa tulivat silloin myös ajatuksiin työpäivän jälkeen.

No kyl mä tietysti koen kuormittavaksi, jos siel on lapsia tai nuoria et niitten ehkä suru ja semmoinen ikävä ni se on mun mielestä kaikista haastavinta ja ehkä sit kaikista vaikein. Tai se menee ihon alle (H3).

Kuormittaa tällaiset nuoret ja perheelliset. Tai juuri sellaiset mitkä muistuttavat omaa elämää. Kun on pieni tiimi niin tavallaan tämmöset esimerkiksi just perheelliset, on pieni lapsia tai näin. Ja sit jos sä satut olemaan niin ku useamman päivän

töissä ni sä oot ehkä se joka siellä käy tosi paljon. Silloin sitä ei saa jaettua myöskään mihinkään, että se vie aika herkästi imussa (H 4).

Haastavia on semmoset mis on jotain nuoria potilaita tai sitten vaikka nuoria lapsia, ni on ihan vain niin kuin heidän näkökulmastaan ehkä se vaativuus ja se, että tietotaito ei aina ehkä meinaa riittää sitten kaikkien kanssa niin ku siihen kohtaamiseen (H2).

Hoitajilla oli näkemys, että olisi hyvä olla perhetyöntekijä saatavilla, jotta keskustelu lasten ja nuorten kanssa olisi selkeää ja johdonmukaista. Haastatteluissa tuli kuitenkin esille, että koulutusta asiaan toivotaan, jotta kuoleman käsittely lasten kanssa voisi tapahtua myös normaalissa arjessa.

5.1.3 Potilaan tuskan kohtaaminen

Haastava oirehoito ja kohtaamisen vaikeus yhdistyi haastatteluissa potilaan tuskan kohtaamiseksi. Vaikeasti hallittavissa olevien oireiden hoito kuvattiin jokaisessa haastattelussa kuormittavaksi tekijäksi. Oireista tuli esille kivun hoitamisen vaikeus. Muita fyysisiä oireita ei haastatteluissa mainittu. Hirvittävän kärsimyksen kohtaaminen liittyi hankaliin oireisiin, joista haastatteluissa mainittu oire oli kipu. Usein tilanteet vaativat lukuisia käyn- tejä ja jatkuvaa konsultointia. Samoin potilaan ja omaisen ohjaukseen kuluu huomatta- vasti aikaa. Samaan asiaan kuvattiin liittyvän myös potilaiden sitoutumattomuus lääke- hoitoon, jolloin oirehoidon toteuttaminen on hyvin hankalaa. Potilaan eivät ottaneet lääk- keitä ohjeen mukaan tai oireiden kuvaaminen ei onnistunut.

Ja se oli todella kipeä se potilas. Ja hänkin kielsi pitkään tilanteen. Niin kyllähän se oli semmoinen niin ku mitä piti tavallaan kierrättää jo meidän kesken sitä poti- laskäyntiä, koska se oli niin kuormittaa henkisesti ja fyysisesti (H3).

Haastavia on ne hyvin oireiset potilaat tavallaan et sit ko niissä on hirveesti kaikkea konsultointia tai tavallaan mietitään mistä kaikki johtu, et ne ei oo yksinkertasia ne lääkitysohjeet tai että koko ajan seurataan ja titraillaan niitä lääkkeitä (H2).

Yleensä ottaen haastatteluissa saattohoitoa kuvailtiin rauhallisemmaksi vaiheeksi. Silloin kuolemaan johtava sairaus on jollain tapaa hyväksytty ja potilaan oireet hallinnassa. Saattohoidon vaikeudet juontavat yleensä jo potilaan alkutaipaleelle kotisairaalan poti- laana. Saattohoitopotilaan oireiden hoito koettiin kuormittavaksi, mikäli oirehoito ei on- nistu toivotulla tavalla. Kokemus oli kuitenkin, että pääsääntöisesti saattohoitovaiheen oirehoito toteutuu hyvin.

Saattohoitopotilaan hirvittävä kärsimys, voimakkaat oireet mitä ei jostain syystä saada nopeasti hallintaan. Sellaiset asiat kuormittavat (H8).

Mä en koe, että kuormitun saattohoitopotilaan hoitamisesta. Jos siellä nousee ongelmia, niin ongelmat on yleensä olleet nähtävillä jo heti potilassuhteen alusta saakka (H1).

Haastatteluiden mukaan hoitajilla on erilainen tapa keskustella potilaan eksistentiaalisesta tuskasta. Potilaan henkisen ja hengellisen hädän kohtaamisen koettiin olevan hankalampaa kuin fyysisten oireiden. Myös tiimeissä potilaan hoitamiseen liittyvät keskustelut olivat enemmänkin liittynyt potilaan fyysisiin oireisiin. Kokemuksena oli, että niistä on helpompi ja luontevampi keskustella. Selkeää ja vuorovaikutuksellista keskustelua potilaan peloista kuolemaa kohtaa käydään haastattelujen mukaan kohtuullisen vähän hoitajien keskuudessa. Osaa hoitajista kuormitti selkeästi se, että eksistentiaaliseen kriisiin liittyvistä asioista ei potilaankaan kanssa juuri keskustella tai keskustelu jäi joidenkin hoitajien harteille. Hirvittävän kärsimyksen kuvattiin parissa haastattelussa liittyvän potilaan kuoleman pelkoon ja sen kohtaamisen vaikeuteen.

Et eksistentiaalinen kärsimys jää helposti huomioimatta, Ja sit mun mielestäni ehkä joku huomioi sitä puolta enemmän ja joku toinen sitte taas ei. Ja sitte ehkä se joka huomioi nii saattaa ikään kuin kuormittua siitä eri tavalla, koska ne on aina niin vaikeita tilanteita (H4).

Hoitajien kokemuksista kävi ilmi, että välillä on hankala päästä potilaan kanssa sellaiseen keskusteluyhteyteen, jossa vaikeista asioista voidaan avoimesti keskustella. Useammassa haastattelussa todettiin, että kaikkien potilaiden kanssa ei aina pääse samalle aaltopituudelle ja tämä on vain hyväksyttävä. Vieraskielisten potilaiden kanssa keskusteluyhteyden pääseminen toi omat haasteensa hoidolle.

Henkiset asiat kuormittaa...vaikka niin, että ei pääse samalle kartalle niitten potilaiden kanssa (H 7).

Kuormittavaksi todettiin myös potilas, joka eivät kykene hyväksymään tai ymmärtämään omaa tilannettaan. Hoitajalta tämä vaatii jatkuvaa asioiden toistamista ja niihin uudelleen palaamista. Hoito-ohjeiden ymmärtäminen voi olla potilaalle myös hankalaa, jos hän on edelleen shokkivaiheessa.

Haastavia on semmoset oireilevat, jotka ei ole saaneet käsiteltyä tai eivät edes ymmärrä vielä koko asiaa. Ja sitten käydään niitä asioita läpi ja siitä huolimatta he eivät saa niistä mitään irti (H4).

5.1.4 Organisaation rakenne

Organisaation rakenne voitiin jakaa kahteen yläluokkaan: työnjaollisiin asioihin ja työyhteisön tuen puutteeseen. Työelämän kiireinen tahti ja kuoleman läheisyys koettiin hankalaksi yhtälöksi. Palliatiivisen hoitotyön tekeminen vaatii tietynlaista sensitiivisyyttä, jotta asioista on mahdollista keskustella. Haastatteluissa tuli myös ilmi, että ajallisesti palliatiivisten tai saattohoito potilaiden käynnit kestävät kohtuullisen kauan. Näillä käynneillä kiireen koettiin estävän tai keskeyttävän asioiden käsittelyn. Työnjaolliset asiat koettiin tärkeäksi asiaksi ottaa huomioon. Kiireisenä päivänä voi olla myös tunne, että ei jaksakaan lähteä keskustelemaan aikaa vaativista asioista. Kiire lisäsi myös paineita onnistua, mikäli potilaan odotettu elinikä ei ole pitkä.

Jos ei oo aikaa tarpeeksi sille potilaalle tai ylipäättänsä potilaalle ja omaiselle siellä käynnillä. Jos tuntuu, että tota sulla ei oo aikaa ja jotenkin jää kesken, et itselle tulee sellainen olo, et jos mä oisin saanu tai pystyny jatkamaan tästä vielä ni mä tai me ois päästy eteenpäin...sit se jää kesken nii sit sä et välttämättä enää saa sitä tunnelmaa seuraavalla käynnillä (H1).

Näille potilaille pitäis mun mielestä antaa aikaa. Ja sit sitä resurssia, tarvittaessa voidaan mennä käynnille kahdestaan...Eikä olis sitä painetta, että okei sulla on vielä tyyliin kaks antibioottia klo 12 ja kello on puoli 12 ja keskustelu kesken (H2).

Et tavallaan kun sä yrität työskennellä aikaa vastaan niin et kerkeä kaikkea hoitaa sen päivän aikana. Että siihen vaikuttaa myös jos ite oot vähän väsynyt ja jos tietää, että on kiire tai jos pitäis olla siellä ja täällä (H2).

Hoitajien mielestä paras keino läpikäydä asioita on keskustella kollegan kanssa työn lomassa. Suurimmaksi osaksi keskustelua käydään ja se koetaan työtä tukevaksi asiaksi. Kollegalta saatua tukea ja apua arvostettiin mutta sen saaminen ei aina ole itsestään selvyyttä. Haastatteluiden myötä kuitenkin tuli ilmi, että vuorovaikutuksellisen keskustelun aikaansaaminen ei ole itsestään selvä asia. Hoitajien kokemukset haastavista tilanteista ei tiimeissä ole aina yhteneväiset. Tuen antaminen asiaan mikä itselle on helppoa voi olla joskus haastavaa. Tai tukea tarvitsevalle voi jäädä kokemus, että hänen tunnetilaansa vähätellään. Pelkona tässä on se, että hoitajat kuormittuvat, kun eivät saa käydä asioita hetkessä läpi.

Varmaan kaikista haastavista keskustellaan, heitetään. Mut et saatko sä siihen semmosta tukea itelles, ni se on sitten toinen juttu (H1).

"Meillä ei varsinaisesti oo semmosia, että välttämättä käsitellään millään tavalla. Se riippuu kenen kanssa sä oot vuorossa, et saatko sä keskustelua aikaiseksi. ...et vaikka sä ite puhut nii välttämättä sä et saa siit toisesta niin ku, että se vasta puoli lähtee oikeesti keskustelemaan siitä (H3.)

Me käydään aivan liian vähän sellaista vuorovaikutuksellista keskustelua näistä asioista. Et vaikka sä ite puhut niin välttämättä sä et saa siitä toisesta niin kuin, että se lähtee oikeasta keskustelemaan siitä asiasta. (H4).

Kotisairaalan hoitajille potilaan toiveiden kunnioittaminen on todella tärkeä asia. Oman tiimin kesken on kuitenkin eriäviä tapoja hoitaa potilasta ja tämä koetaan henkisesti kuormittavaksi. Haastatteluissa tuli ilmi hoitajien erilaiset tavat lähettää potilas osastohoitoon. Osa hoitajista kokee epäonnistumista, koska potilas on heidän mielestensä laitettu osastolle liian helposti. Ennakoivat hoitosuunnitelmat tiimeissä on hoitajien mukaan hyvin tehtynä, joten kyseessä lienee hetken ratkaisu.

Et joitain hoitajia pelottaa se kotisaatto ihan selkeesti. Osa laittaa hanakammin potilaat osastolle. Se on ehkä se helpompi väylä. En mä tiedä onko se pelkoa sitä kotisaattoa kohtaan vai mikä siin on! (H3).

5.1.5 Kuoleman läsnäolo

Kuoleman läsnäolo asettaa vahvat suuntaviivat palliatiiviseen ja saattohoitoon ja potilaan kohtaamiseen. Se voitiin jakaa haastatteluissa kahteen yläluokkaan eli sairauden nopeaan etenemiseen ja vaikeista asioista puhumiseen. Haastateltavien mukaan läheteet kotisairaalaan tulevat välillä hyvinkin loppuvaiheessa potilaan sairauden suhteen. Potilassuhde voi jäädä hyvin lyhyeksi. Usealla haastateltavalla oli kokemus, että luottamusta tässä tilanteessa voi olla vaikea saada. Potilaalle kuoleman käsittely olisi hyvin merkityksellistä mutta haastateltavien mukaan on tilanteita, joissa kuolemaa ei ole pystytty käsittelemään juuri millään tavoilla. Haastatteluiden mukaan hoitokontaktin luominen voi olla haastavaa ja jopa mahdotonta.

Jotka ei ole saanut jotenkin käsiteltyä tai edes ymmärrä vielä koko asiaa. Ja sit on kauheen hukassa sen koko asian kanssa, että mitä tää nyt tarkoittaa ja sitten tavallaan me käydään sit niitä asioita läpi nii siitä huolimatta eivät saa niin kuin kiinni siitä (H4).

Niissä tapauksissa missä sairaus on edennyt todella nopeaan niin on potilaalla haastava käsitellä kuolemaa...Niin tavallaan siinä meni kaksi viikkoa niin hän kuoli. Niin ei hän pystynyt oikeastaan ollenkaan käsittelemään sitä (H2).

Vaikeista asioista puhuminen tuotiin esille lähes kaikissa haastatteluissa jollain tapaa. Kuolemasta keskustelun koettiin olevan luonnollinen osa kotisairaalan hoitajan työnkuvaa. Keskustelun aloittamista ei koettu haasteelliseksi hoitohenkilökunnan puolesta. Kuitenkin kuolemaa käsitellään potilaiden kanssa hyvin erilaisilla tavoilla. Haastatteluiden

perusteella osa hoitajista kokee enemmän omakseen kuoleman läheisyydestä keskustelun kuin toiset. Potilaan kanssa keskustellessa koetaan, että on helpompi keskustella fyysisitä oireista kuin kuoleman merkityksestä. Tämä asia voi kuormittaa työyhteisön jäseniä. Usein potilaskäynneillä keskustelu pidetään helpommin fyysisissä oireissa kuin antaudutaan keskusteluun kuolemasta.

Ehkä me enemmän mennään niin ku tiimissä yleisesti keskusteluissa oire edellä. Niin ku tämmönen fyysinen oire tai kipu (H4).

Pettymystä työhön toi myös tilanteet, joissa potilaan toiveita ei pystytty toteuttamaan. Jo aikaisemmin esille tuotu omaisten sitoutumattomuus potilaan kotisaattohoitoon toi hoitohenkilökunnalle mahdollisia pettymyksen tunteita. Samoin tilanne, jossa joudutaan toteamaan potilaan esittämien toiveiden mahdottomuus.

Semmoset saattaa olla kans haastavia, jotka on pohtineet omaa kuolemaa ja suunnitelleet sitä hirveän pitkälle. Ja sitten, kun me joudutaan tiputtamaan se maan pinnalle asioissa. Esimerkiksi, että hän on halunnut siirtyä osastolle tietyssä vaiheessa mutta eihän meillä ole sitä kristallipallia kertomassa miten kaikki menee (H4).

Tässä tilanteessa asioiden perustelun nähtiin olevan ensiarvoisen tärkeää. Potilaan kohtaamisella ja kuuntelemisella asioita pystyttiin käsittelemään niin, että potilas ymmärsi tilanteen.

5.2 Alueellisesti yhteisten tapojen puute

Haastatteluiden antaman materiaalin perusteella haastavien palliatiivisten potilastapausten läpikäymisen tavoista tuli alaluokkia 26, yläluokkia kahdeksan ja yhdistäviä luokkia kolme. Pääluokaksi muodostui alueellisten yhteisten tapojen puute. Yhdistäviksi luokiksi muodostui kokemuksellisen tiedon hyödyntämättä jättäminen, yhteisten rakenteiden puute ja asiantuntijuuden kehittyminen. Seuraavaan sivun taulukossa (3.) on esitelty tarkemmin haastatteluiden antama katsaus nykytilanteesta ja luvuissa haastatteluiden antama materiaali aiheesta.

Taulukko 3.
tilanteita läpi?

Kuinka kotisairaalassa käydään haastavien palliatiivisten potilaiden

Kuinka kotisairaalassa käydään haastavien palliatiivisten potilaiden tilanteita läpi?			
ALALUOKKA (26)	YLÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ LUOKKA	PÄÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Yhteisen ajan puute estää keskustelun ▪ Vuorotyö haaste yhteiselle keskustelulle ▪ Erilainen kiinnostus palliatiivista hoitoa kohtaan estää rakentavan keskustelun ▪ Vuorovaikutuksellisen keskustelun puute 	<p>Ajalliset haasteet</p> <p>Rakentavan keskustelun puute</p>	<p>Kokemuksellisen tiedon hyödyntämättä jättäminen</p>	Alueellisesti yhteisten tapojen puute
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Satunnainen palliatiivinen kierto ▪ Palliatiivinen kierto jää helposti pitämättä ▪ Sovittu tapa on mutta siihen ei sitouduta ▪ Raskaatkin saattohoidot voidaan jättää käsittelemättä ▪ Ei yhtenäistä tapaa ▪ Ei systemaattista tapaa 	<p>Asioiden läpikäyminen satunnaista</p> <p>Ei sovittua tapaa</p>	<p>Yhteisten rakenteiden puute</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ongelmatilanteiden lyhyt käsittely • Raportinomainen keskustelu vuoron vaihtuessa • Yhteinen käsittely palliatiivisessa kokouksessa 	<p>Osa työnteon kulttuuria</p>	<p>Asiantuntijuuden kehittyminen</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Moniammatillinen keskustelu • Työn lomassa • Keskustelu kollegan kanssa • Lääkärin kanssa päivittäin • Öisin alueellinen tuki 	<p>Vertaistuki</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Työnohjausta pyydettyä • Vaativissa tilanteissa työnohjausta 	<p>Työnohjaus</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Omaa pohdintaa metsälenkeillä • Jätän tietoisesti työasiat töihin • Lenkillä halaan puita ja pohdin asioita • Liikunnan avulla • Koiran kanssa lenkillä • Kotimatkan aikana 	<p>Henkilökohtainen tapa käsitellä</p>		

5.2.1 Kokemuksellisen tiedon hyödyntämättä jättäminen

Kokemuksellisen tiedon hyödyntämättä jättäminen jakaantui vastauksissa ajallisiin haasteisiin ja rakentavan keskustelun puutteeseen. Haastatteluiden perusteella hoitajat toivat esille, että haastavat tilanteet läpikäydään ainakin kollegan kanssa keskustellessa. Keskustelun toivotaan olevan jatkuvaa ja vuorovaikutuksellista. Työarjessa ongelmana on kuitenkin vuorotyön tuomat haasteet asioiden läpikäymiselle. Kuormittava tilanne voi

olla mielessä mutta työvuorot ovat sellaiset, että asioiden käsittelyyn ei voi osallistua. Tässä tilanteessa asiat voivat jäädä mieleen vapaa-ajallakin.

Kotisairaaloiden koko on myös erilainen. Aina työtä ei tehdä yhdessä kollegan kanssa vaan vuorossa ollaan yksin. Tai työtilanne on niin kiireinen, että kollegaa ei ehdi näkemään kuin vilaukselta. Haastatteluissa tuli ilmi, että erityisesti yksin työskennellessä haastavat tilanteet jäävät helposti käsittelemättä tai ne käsitellään henkilökohtaisella tavalla. Toisaalta taas haastavakin tilanne voi olla jo jäsentynyt omassa mielessä, kun sen yhteinen käsittelyn aika on tullut.

Ku niitä käydään läpi yleensä tietynä viikonpäivänä, ni sä et välttämättä ole silloin töissä, et se asia vaan unohtuu. Ja voi jäädä mieltä kuormittamaan. Kun yksin jää pohtimaan asioita niin siinä voi tulla pieni umpikuja. Olisi hedelmällisempää, kun voisi edes yhden henkilön kanssa keskustella. Siinä saa perspektiiviä ja eri näkökantoja (H1).

Nyt on esimerkiksi ollut päiviä, että mä en oo nähnyt mun työkaveria kuin ehkä joku viis minuuttia koko työpäivän aikana. Että vähän hankalaa se keskustelun heittäminen olis (H8).

Haastateltavien vastauksissa tuli ilmi hoitajien erilainen kiinnostus palliatiivista hoitotyötä kohtaan. Tutkimustenkin mukaan on todella tärkeää, että kotisairaalan henkilökunnalla on tieto työn luonteesta jo rekrytointivaiheessa. Rakentavan keskusteluyhteyden saaminen ja vuorovaikutukselliseen keskusteluun pääseminen koettiin edellyttävän edes jollain tasolla kiinnostusta palliatiivista hoitotyötä kohtaan. Mikäli hoitajan kiinnostus palliatiivista hoitotyötä kohtaan oli vähäinen, niin vuorovaikutuksellisen keskustelun aikaansaamisen ei koettu olevan itsestään selvä asia.

Sun pitää tavallaan niin ku jollain tapaa tykätä palliatiivisesta hoitotyöstä, että sulla pitää niin ku olla intoa tätä työtä kohtaan. Et jos se on semmosta et okei tää nyt vaan kuuluu tähän duuniin (H1).

Meillä ei varsinaisesti oo semmosia, että välttämättä käsiteltäis millään tavalla. Että se riippuu ehkä myös vähän siitä ihmisestä kenen kanssa sä oot että saatko sä keskustelua aikaiseksi. Että vaikka sä ite puhut nii välttämättä sä et saa siitä toisesta, että se lähtee oikeesti keskustelemaan siitä (H4).

Alueellisesti toisen kotisairaalan kollegan mielipiteeseen turvattiin erityisesti öisin. Hoitajille loi turvaa se, että toinen sairaanhoitaja on tavoitettavissa. Myös akuuttiosastojen hoitajien mielipidettä kysyttiin tarvittaessa. Kotisairaalat sijaitsevat akuuttiosastojen lähetyvillä. Haastateltavien mukaan osaston hoitajilta kysyttiin öisin mielipidettä, mikäli vuorossa oli tuttu hoitaja.

*Varsinkin yöaikaan, jos sulla tulee tenkkapoo-tilanne, jos sä mietit, että mitä teki-
sin, niin ainahan sä voit soittaa kollegalle toiseen kotisairaalaan. Et mun mielestä
se alueellisuus korostuu erityisesti yöaikaan (H2).*

*Yöllä skannaisin hieman mielessä, että soittaisinko toiseen kotisairaalaan vai
osaston hoitajille. (H8).*

5.2.2 Yhteisten rakenteiden puute

Yhteisten rakenteiden puute voidaan haastatteluiden antaman materiaalin perusteella jakaa asioiden läpikäymisen satunnaisuuteen ja siihen, että sovittua tapaa ei ole. Jokaisessa kotisairaalassa haastavia potilastilanteita käsiteltiin satunnaisesti tiimi- tai palliativisissa palavereissa. Tiimipalaverit ovat kuitenkin ensimmäinen asia, josta tingitään kii-
reisessä työtilanteessa. Tämä asia tuli ilmi kuudessa haastattelussa. Palliativinen pala-
veri jäi siis hyvin satunnaiseksi tavaksi käydä haastavia asioita läpi. Tiimeissä on myös
erilainen tapa keskustella palliativisista potilaista. Osassa keskusteluun osallistuu yksi
sairaanhoitaja lääkärin kanssa ja osassa kaikki paikallaolijat lääkärin johdolla. Selkeää
ylös kirjoitettua ohjetta tai sopimusta palaverien pitämisestä ei kuitenkaan ollut tie-
dossa yhdessäkään kotisairaalassa.

*Kyllä semmonen palaveri on sovittu mutta ei se aina oo säännöllisti viikottain. Ni
joskus on vain ollut niin, että jos on ollut paljon akuuttia käyntiä tai vain paljon
potilaita ni se on valitettavasti jäänyt. Vaikka olis niitä tosi tärkeää pitää, pysähtyä
hetkeksi (H 7).*

*No onhan meillä joka kuukausi se palliativinen palaveri mut ei se oo toteutunut..
Et ei sitä oo pystytty kalenteroimaan niin että olis saatu järjestettyä. Viimeisin on
tainnut olla 1.6 (H2).*

Haastatteluiden perusteella pahimmassa tapauksessa raskaatkin saattohoidot voi tii-
missä jäädä täysin käsittelemättä. Keskustelua asioista toivotaan enemmän ja sovittuja
tapoja asioiden käsittelemiseen.

*Aika huonosti meillä tota. Meillä ei varsinaisesti oo semmosia, että välttämättä kä-
sitellään millään tavalla...No ensinnäkään lääkärin kanssa ei varmaan ikinä. Joku
siis ihan yksittäinen tilanne voidaan käydä läpi (H 5).*

5.2.3 Asiantuntijuuden kehittyminen

Asiantuntijuuden kehittyminen voidaan jaotella neljään yläluokkaan eli osa työnteon kult-
tuuria, vertaistuki, työnohjaus ja henkilökohtainen tapa käsittelyyn. Haastateltavien vas-
tauksissa tuli esille, että haastavia tilanteita käydään kollegan kanssa lyhyesti oman työn

ohessa. Keskustelu oli usein raportinomaista vuoron vaihtoon liittyvää läpikäymistä mutta tällaisen keskustelun todettiin olevan hyvä tapa läpikäydä tilanteita. Toinen puoli oli se, että keskustelun toivottiin myös jossain vaiheessa loppuvan ja asialle haluttiin laittaa piste. Osassa tiimejä oli asioita käyty läpi palliatiivisissa palavereissa. Nämä vain jäivät hyvin usein pitämättä ja vuorotyön vuoksi siihen osallistuminen oli satunnaista.

No kyllä me tässä toimistolla keskustellaan niistä potilaista aika matalalla kynnyksellä ja jaetaan tuntemuksia (H8).

Mutta juuri niin, että, kun on tunnekuohua. Ja sekin on vähän sitä, että jos me ollaan joka päivä töissä ja puidaan sitä asiaa ja on sitä tunnekuohua. Joillakin enemmän ja joillakin vähemmän. niin sekin on oikeasti välillä tosi raskasta. Että tavallaan sitä tuodaan joka päivä, joka tilanteessa, joka vuoron vaihteessa. Kaikki käydään läpi. Se tekee meidän työstä rauhatonta. Mun mielestä sille pitää laittaa piste (H2).

Lääkärin antama tuki tuli esille melkein jokaisessa haastattelussa. Keskustelua tapahtui sekä toimistolla että automatkalla muiden potilaiden luokse. Mikäli potilaan hoidossa tuli haastetta pyydettiin lääkäriltä mielipidettä hyvin matalalla kynnyksellä ja kotikäynti sovittiin herkästi. Työnohjausta on haastattelujen perusteella saatu sitä pyydettyä. Erityisesti työnohjauksen saaminen korostuu, kun tiimissä on ollut todella haastavia tapauksia. Saattohoidot yleensä ottaen koettiin jo rauhallisemmaksi tilanteeksi, kun asiat ovat omaisilla jo jäsentyneet ja potilaan oirehoito toteutuu laadukkaasti. Hoivakotien saattohoidot kuuluivat yleensä tähän ryhmään. Haastatellut pohtivat haastatteluissa olisiko mahdollista käydä tilanteita läpi myös hoivakotien hoitajien ja lääkäreiden kanssa.

Lääkärin kanssa voi keskustella yllättävänkin paljon. Monesti kotikäynneille mennessä ja sieltä pois tullessa. Ja lääkäri kertoo, jos joku mieltä askarruttaa (H6).

No työnohjaustahan meillä on ollut, kun me ollaan sitä pyydetty (H6).

Haastatteluiden mukaan kuitenkin kaikista käytetyin keino, on jäsentää asioita omassa mielessä. Työmatka koettiin hyväksi siirtymäriitiksi. Sen aikana itselle annettiin lupa miettiä työasioita. Useampi hoitaja myös kertoi opetelleensa tietoisesti jättämään työasiat töihin. Liikunta ja luonto olivat suuressa roolissa haastavien tilanteiden käsittelyssä. Metsän keskellä asiat tuntuivat parhaimmillaan loksahavan paikoilleen ja sanat vaikeille asioille löytyivät. Oman pohdinnan avulla asioista koettiin oppivan paljon ja oman asiantuntijuuden kehittyvän. Puiden halaaminen rauhoitti mieltä. Pahimmillaan kuitenkin yksin pohtiminen, taas voi viedä hoitajan umpikujaan omien ajatusten kanssa.

Lenkille lähteminen, itsensä piippuun vetäminen. Että joku ihan tällainen toisenlainen toiminta (H8).

Olen pyrkinyt siihen tai olen opetellut, että jätän työasiat töihin. En kannan niitä kotiin (H2).

Itselläni on sitten, että tuolla metsässä niitä tietyllä tavalla pohdin mutta se, kun jää yksin miettimään niitä asioita, niin siinä voi tulla pieni umpikuja. Että on se hedelmällisempää, jos voi edes vaikka yhden henkilön kanssa keskustella, saa enemmän perspektiiviä ja näkökantoja (H1).

Osaan myös suodattaa myöskin sen, että olen tehnyt parhaani, mä oon yrittänyt, pyytänyt neuvoa ja sen enempään mä en pysty tekemään (H5).

5.3 Tietoinen ja yhteisesti sovittu tapa

Haastateltavien näkemykset toivotuista käsittelytavoista luokiteltiin analyysivaiheen jälkeen 18 alaluokkaan, neljään yläluokkaan ja kahteen yhdistävään luokkaan. Pääluokaksi muodostui tietoinen ja yhteisesti sovittu tapa käsitellä asioita. Tähänkin lukuun saatiin melko yhteneväisiä vastauksia kaikista haastatteluista.

Seuraavan sivun taulukko (4.) kuvaa hoitajien toiveita haastavien potilastilanteiden käsittelytavoista. Haastavat potilastilanteet tulisi hoitohenkilökunnan mielestä käsitellä jatkuvalla keskustelulla työn lomassa ja alueellisesti sovittujen yhteisten rakenteiden avulla. Seuraavissa alaluvuissa käsitellään tarkemmin näitä kahta yhdistävää luokkaa.

Taulukko 4. Palliatiivisten potilaiden haastavien potilastilanteiden käsitte-
lytavat kotisairaalaissa

Miten palliatiivisten potilaiden haastavien hoitotilanteiden käsittelyä tulisi hoitohenkilökunnan mielestä kehittää kotisairaalaissa?			
ALALUOKKA (18)	YLÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ LUOKKA	PÄÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pikainen käsittely tunnekuorman estämiseksi ▪ Nopea käsittely, jotta asiat pysyvät todenmukaisena ▪ Kunnioitus kollegan tunnetta kohtaan ▪ Tunnustaa oma voimattomuus 	Tunnekuorman purkaminen	Jatkuva keskustelu	Tietoinen ja yhteisesti sovittu tapa
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keskustelu kollegan kanssa ▪ Työn lomassa keskustelu ▪ Potilasta hoitaneiden kesken ▪ Oman tiimin kanssa ▪ Jokaisen oma vastuu tuoda esille 	Vertaistuki		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saattohoitojen läpikäymisen systemaattiseksi ▪ Viimeistään palliatiivisessa palaverissa ▪ Potilastapausten käsittely tiimissä ▪ Systemaattinen käsittely ▪ Työnohjaus ▪ Alueellisesti yhteisesti sovittu tapa sitouttaa ▪ Alueellinen keskustelu tutustuttaa toisiin toimintakulttuureihin 	Sovitut työtavat	Yhteiset rakenteet	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tarvittaessa esihenkilö ja ylilääkäri ▪ Hoivakotien kanssa yhteinen keskustelu 	Moniammatillinen keskustelu		

5.3.1 Jatkuva keskustelu

Haastavat potilastilanteet aiheuttavat selkeää tunnekuormaa, joka haastattelujen perusteella on hyvä purkaa mahdollisimman pian, jotta kuormittuminen hoitotyöstä voidaan välttää. Kollegan kanssa keskustelua arvostettiin erityisesti ja keskustelun toivotaan tapahtuvan mahdollisimman pian tapahtuneen jälkeen. Näin asiat pysyvät todenmukaisena ja myös keskustelu ei jää kuormittamaan tiimin toimintaa. Haastateltavien mukaan tietyt potilastapaukset herättävät enemmän tunteita kuin toiset. Mikäli tunnekuormassa keskustelu pitkittyy ja sitä tehdään pienissä ryhmissä, on se muulle tiimin toiminnalle välillä hyvinkin raskasta. Hoitajien mukaan asioista tulee keskustella, mutta tunteisiin ei pidä jäädä liian kauaksi aikaa.

Me aika herkästi ruvetaan puhumaan, jos niissä on jotain semmosta mikä jotain vähänki mietityttää. Se on semmosta, että sä vaan juttelet jolllekin työkaverille siitä ja se on hyvä asia (H7).

Tai jotenkin ne on tunnekuohuksissa mut just silleen, että sitä tunnekuohua on. Et joka päivä sitä asiaa puidaan ja on sitä tunnekuohua joillakin enemmän ja joillakin vähemmän, ni se on välillä oikeesti tosi raskasta. Et tavallaan sitä tuodaan joka tilanteessa, joka vuorossa. Mä koen, että se pitää lopettaa. Ja laittaa keissi kasaan (H2).

Kollegan tunteiden arvostaminen koetaan hyvin tärkeäksi asiaksi. Hoitajia kuormittaa erilaiset asiat ja hoitajan omassa elämässä voi olla asioita, joiden vuoksi hän kokee asiat raskaana. Olisi tärkeää, että tiimissä voi esittää asioita rehellisesti ja kollega näitä asioita arvostaisi. Vuorovaikutuksellisen keskustelun aikaansaaminen edellyttää, että toisen tunnetila huomioidaan ja hyväksytään. Haastateltavien mukaan on myös tärkeää tuoda esille, että kaikkien potilaiden kanssa keskustelu ei ole luontevaa ja asioiden käsitteleminen hankalaa. Oma voimattomuus asioiden ääressä on myös hyvä tunnustaa. Tällöin on parempi, että toinen kollega jatkaa. Tiiminä hoitaminen tarkoitti haastatteluiden perusteella sitä, että voi luottaa siihen, että kollega jatkaa, mikäli itse ei pääse asioissa eteenpäin potilaan kanssa.

Jos haastavat tilanteet niin ku hirveesti jää mietityttämään ja pohdittamaan. Nii sit tavallaan sit kuulee herkästi että toinen puhuu sitä ja toinen tota. Ja sit toinen sanoo siihen, että eihän se noin ollut mitään. Ni sit tavallaan sit semmonen ehkä vois sitten yhdessä niin ku keskustella, avata tavallaan että se herättää aika paljon tuntemuksia se, että joku on kokenut sen todella raskaana ja vaikeena...jos joku heittää siihen, että joo ei se ollu mitään (H2).

Mut on se mikä vain jos kokee, että ei oo mitään annettavaa niin tois sen julki työyhteisössä. Et hei mä en nyt haluais mennä tonne. Jos et syytä haluu kertoa ni et kerro. Mut sanot vaikka että mä en vain nyt jaksa. Ja se hyväksyttäis. Tai jos kokee, että ei saa potilaasta mitään irti. Ni oikeesti se voi olla, että sun kollega saa siitä jotain irti (H1).

Vertaistuen merkittävyys tuli esille jokaisessa haastattelussa. Kotisairaaloiden hoitohenkilökunnan tapa keskustella potilaan hoitamisesta on haastatteluiden perusteella hyvin monipuolista ja oleellinen osa työn tekemistä. Asioista keskusteleminen koettiin helpommaksi ja luontevammaksi oman tiimin jäsenten kanssa työn lomassa. Erityisesti keskustelu potilasta hoitaneiden kesken koettiin hedelmälliseksi. Keskustelun aloittaminen koettiin olevan jokaisen työntekijän tehtävä. Kehitysideana tuli myös se, että mikäli jo ensikäynnillä herää ajatus potilaan hoidon haasteista olisi asia hyvä tuoda tiimin tietoon jo heti hoitopolun alussa.

No sehän voi olla kuka tahansa meistä, joka kokee tilanteen raskaaksi hoitaja tai lääkäri. Ei se vaadi mitään erityisasemaa (H3).

Kun palliatiiviselle potilaalle tehdään ensikäynti, ni olisi hyvä käydä läpi jo heti alussa jos herää ajatus haasteista...Jäis jonkinlainen muistijälki hänestä (H1).

5.3.2 Yhteiset rakenteet

Haastavien tilanteiden systemaattinen käsittely olisi haastateltavien mukaan paras tapa. Näin asioista voidaan oppia ja hoitokulttuuria parantaa jatkuvasti. Haastavien tilanteiden käsittelyn toivottiin tapahtuvan työn lomassa mutta viimeistään palliatiivisessa palaverissa. Haastatteluiden mukaan ongelmana tässä on usein se, että suuren työmäärän vuoksi palavereita joudutaan melko usein perumaan. Tämän vuoksi toivotaan erityisesti rohkeaa keskustelua heti asioiden ilmaantuessa. Yhteisten alueellisten rakenteiden muodostaminen tuli esille sen vuoksi, jotta asiat tulisi varmasti käytyä läpi. Nyt tavat ovat hyvin vaihtelevia alueellisesti ja asiaan ei sitouduta haastateltavien mukaan tarpeeksi vahvasti.

No tietenkin se systemaattinen läpikäynti ja se sitten, että jokainen tietäisi, että meillä on tietty päivä viikossa tai kuukaudessa, milloin näitä asioita käydään läpi. Mutta se niin kuin jäsentäis tätä asiaa (H5)

Jaa mä luulen, että sen pitäis jotenkin tulla jotenkin ku alueellista ollaan, et se olis tavallaan yhteinen tapa kaikille, jotta se ensinnäkään tulis käytäntöön. Mä luulen, että et sit herkästi tulee jos joku tuo esille, et hei tämmönen tapa ni sit saa sitä että en mä koe tuollaista tarpeelliseski... ja sit se kuivuu kokoon ennen kuin se on alkanutkaan (H 4).

Haastateltavien mukaan työnohjaus palliatiivisten potilaiden kohdalla olisi todella tärkeää asia. Työnohjauksen toivotaan olevan säännöllistä ja helposti saatavilla. Haaveena tuotiin esille myös yksilöllinen työnohjaus. Kotisairaalassa tapahtuva työ koettiin kuitenkin kuormittavaksi erityisesti sen vuoksi, että työtä tehdään potilaiden kotona yksin. Haastatteluissa tuli myös esille, että työnohjaajalla tulisi olla tietämystä palliatiivisesta hoidosta ja sen asettamista haasteista, jotta työnohjauksesta olisi hyötyä.

Onhan meillä ollut työnohjausta, kun on pyydetty. No sehän olis niin, että meillä kaikilla olis omat työnohjaaja. Kun onhan tämä meidän työ. Me tehdään paljon töitä yksin (H6).

Välillä se auttaa ja välillä ei ku se riippuu siit. Siihen työohjaajaan pitää myös saada kontakti, että välillä se ei vaan osu sellainen, Että eihän kaikkien kanssa välttämättä kemia toimi ni sit ikävä kyllä se ei aja asiaa (H6)

Haastavat potilastapaukset toivottiin käsiteltävän oman tiimin hoitajien ja lääkärin kesken. Potilaan hoitotilanteisiin liittyi usein tunteita, joiden käsittelyn koettiin olevan helpompaa potilasta hoitaneiden kesken.

Mä jotenkin koen, että alueellisesti käydään potilaskeissi läpi niin joo potilastapauksena varmaan ihan opettavaisia mut sitten se fiilis mikä siel on ollut niillä hoitajilla ja lääkärillä. Se on niin henkilökohtaisesti koettu asia, että mun mielestä se enemmän avautuu siinä omassa tiimissä käsiteltynä kuin alueellisessa (H3).

Alueellisiin työnohjauksiin voidaan ottaa erillisiä tapauksia ja pohtia niitä yhdessä. Haastateltavien kokemus oli selkeästi se, että hyvin haasteellisissa tapauksissa mukaan toivottiin myös esihenkilöä tai ylilääkärinä. Erityisesti silloin, jos omaisten kanssa on ollut hankaluuksia. Alueellisten työnohjausten paras anti on ymmärtää muiden tiimien tapaa tehdä työtä ja käydä keskustelua yleisellä tasolla.

No ehkä se pääsääntöisesti on se alueellinenki työnohjaus ihan hyvä, että kyllä niistä varmaan oppii. Oppii vieraista potilastapauksista ja ehkä se toinen toimintakulttuuri toisista tiimeistä (H8).

Keskustelua käytiin myös siitä, että hoivakotien vaativat saattohoidot olisi hyvä käydä läpi potilasta hoitaneiden kesken. Hoivakotien saattohoitoja ei tällä hetkellä käydä millään tapaa läpi. Haastatteluissa asia mainittiin mutta ei sitä onko kovin yleistä, että saattohoidot hoivakodeissa kuormittavat.

6 Pohdinta

Seuraavassa luvussa pohditaan opinnäytetyön keskeisiä tuloksia, eettisyyttä ja luotettavuutta. Jatkotutkimusehdotuksia on käyty läpi viimeisessä osiossa.

6.1 Opinnäytetyön keskeisten tulosten tarkastelu

Opinnäytetyöni avulla haettiin vastausta sille, miten alueellisen kotisairaalan palliatiivisten ja saattohoitopotilaiden haastavia potilastapauksia käydään läpi, mikä erityisesti hoitohenkilökuntaa kuormittaa ja kuinka asioita toivotaan käsiteltävän tulevaisuudessa. Tavoitteena oli tehdä katsaus nykytilaan, jotta yhteisten ja alueellisten toimintatapojen luominen olisi mahdollista. Alueellinen kotisairaala koostuu neljästä hyvin erilaisesta toimipisteestä. Toimipisteissä työskentelee tällä hetkellä melkein 40 sairaanhoitajaa. Pienimmässä kotisairaalassa on seitsemän sairaanhoitajaa ja suurimmassa 15. Joissakin toi-

mipisteissä työtä tehdään yksin vuorossa, kun taas osassa kollega on aina tavoitettavissa. Alueellisuuden myötä kollegan tuki on tullut saataville myös pienissä toimipisteissä kaikkina vuorokaudenaikoina. Tämän asian tunnistaminen on jo pitkällä käytännön toiminnassa. Tutkimuksen myötä haluttiin antaa ääni kaikkien kotisairaaloiden hoitohenkilökunnalle, mutta myös tunnistaa erilaisten toimipisteiden tapoja.

Haastatteluiden perusteella asia koettiin hyvin ajankohtaiseksi. Useassa haastattelussa todettiin, että vaikka haastavien potilastilanteiden kohtaaminen on arkipäivää hoitotyössä, on niiden läpikäymisestä varsinaisesti keskusteltu kohtuullisen vähän. Haastatteluiden perusteella tilanne kyllä tunnistetaan mutta yleensä kiire tai yhteisten tapojen puuttuminen estää käymästä läpi raskaatkin tilanteet.

Tutkimustyön alkuvaiheessa minulla oli ajatus enemmän vertailla eri toimipisteiden tapoja. Työtä tehdessä totesin kuitenkin asian mahdottomuuden, koska haastatteluiden perusteella olisi ollut mahdollista identifioida haastateltavat. Ajallisesti tutkimusprosessi on vienyt myös niin kauan aikaa, että alueellisuus on oikeasti hyvin eri tasolla kuin mitä se oli prosessia aloittaessa. Nykyään tahtotila on enemmänkin yhteisissä asioissa kuin pelkästään yhden toimipisteen tavoissa.

Haastattelumateriaalia käsitellessä koin aluksi haastetta siinä, että oikeasti annan haastateltavien puhua ja keskityn saatuun materiaaliin. Analysoinnissa täytyi olla todella tarkkana, että en laita mukaan omia kokemuksiani vastaavista tilanteista vaan keskityn materiaalin antiin. Haastavat tilanteet ja niiden käsittely on omasta taustastani aiheutuen hyvin tuttu tilanne. Analysointi vaati todella aikaa ja tarkkuutta. Epätoivonkaan tunteelta en voinut välttyä. Materiaali oli jatkuvasti käsillä ja se tuli luettua uudelleen ja uudelleen. Mielenkiintoista oli palata materiaaliin ja lainata haastateltujen ”ääntä” kirjallisena tuotoksena. Tuli todellakin sellainen olo, että aineisto puhuu. Mieleen painunut hetki oli, kun näin aineiston analyysin muodostamat pääluokat sisällysluettelossa ja totesin niiden vastaavan myös omia odotuksiani.

Tutkimustyön teorian punaista viivaa oli vaikea löytää ja hahmottaa. Kävin keskustelua opinnäytetyön ohjaajani Kaija Matinheikin kanssa siitä, onko olemassa niin sanotusti jotain teoriaa palliatiiviselle hoitotyölle. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus julkaistiin 2022. Sen halusin tuoda mukaan, jotta sen olemassaolosta voisi

olla jotain hyötyä kotisairaalan henkilökunnalle. Teoriaosuus ei kuitenkaan kokonaisuudessaan perustu siihen. Jossain vaiheessa tein tietoisin valinnan, että tutkimusprosessia itse tehdessä päätin jatkaa valitsemallani teoriaosuuden tiellä.

Haastavat ja kuormittavat tilanteet

Tutkimustulokset vahvistivat sen, että haastavat ja kuormittavat potilastilanteet palliativisessa ja saattohoitotyössä ovat varsin yleisiä ja moninaisia. Kotisairaalan henkilökunnalla on kuitenkin hyvin vahvaa asiantuntijuutta kohdata niitä. Kokonaisuudessaan samanlaisia viitteitä kuormittumisesta on todettu muun muassa Nuikan (2002) väitöskirjassa. Siinä todetaan, että sairaanhoitajat kuormittuvat eniten hoitotilanteissa mitkä liittyvät kuolevan potilaan hoitamiseen, tilanteissa, joissa ei löydy yhteistä säveltä potilaan tai omaisen kanssa tai sairaanhoitaja on epävarma omasta osaamisesta tai hoitajalla ei ollut edellytyksiä hoitaa potilasta hyvin.

Haastavuudet potilaan oirehoidossa tulivat esille hyvin laajasti. Ne vaativat paljon konsultointia, useita käyntejä ja jatkuvaa ohjausta sekä potilaalle että omaiselle. Hoitohenkilökunnalla on todella suuri motivaatio pyrkiä hoitamaan potilasta kaikin mahdollisin keinoin. Hirvittävän kärsimyksen kohtaaminen oirehoidossa koettiin raskaaksi asiaksi. Tällaiset tilanteet ovat kuitenkin haastatteluiden perusteella hyvin harvinaisia. Vankkumattomasta motivaatiosta kertoo myös hoitajan suru siitä, että potilaan toivoma kotikuolema ei toteudu omaisten haasteiden vuoksi. Kotisairaalan työtä tehdään suurella sydämellä ja potilaan parhaaksi.

Potilaan eksistentiaaliseen kriisiin vastaaminen tuli esille haastatteluissa mutta odotettua vähemmän. Yleisenä odotuksena itselleni oli, että potilaan kanssa keskustelut kuoleman läheisyydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä kuormittaisivat hoitajia enemmän. Haastatteluiden mukaan hoitajilla oli oletus, että hoitohenkilökunnalla oli erilaiset valmiudet ja halut keskustella potilaan kanssa kuoleman pelkoon ja elämän loppumiseen liittyvistä seikoista. Tulosten perusteella potilaan oirehoidossa keskitytään helposti enemmän fyysisiin kuin psyykkisten oireiden hoitamiseen. Tämä asia taas kuormittaa, koska vaarana on, että potilaan kanssa asioista ei juuri keskustella kuoleman vaikeuteen liittyvistä asioista. Samansuuntaisia tuloksia on todettu Lesosen (2019) tutkimuksessa. Haastatteluissa tuli myös esille, että epäsuhtaisuus asioiden esille ottamisessa kuormittaa tiimiä. Asiasta ei kuitenkaan keskustella vaan kyse on enemmän oletuksesta. Palliativiseen ja

saattohoitoon kuuluu kuitenkin hyvin olennaisena osana keskustelu kuolemasta. Potilasta ja perhettä tulee valmistella elämän loppumisen aiheuttamiin muutoksiin. Anttonen (2016) tuo esille, että kuolemalle tulee antaa aikaa ja se on luopumisen prosessi. Tähän tulee pyrkiä vähentämällä kärsimystä ja vahvistamalla omaisen ja potilaan voimavaroja luopumisprosessissa. Hoitajat toivoivat lisää koulutusta eksistentiaalisen tuskan käsitteeseen potilaiden kanssa.

Hyvin yhtenäisesti ja odotetusti haastattelussa tuotiin esille lapsiin ja nuoriin liittyvä kuormittuminen. Hoitajilla oli kokemus, että lapsia ja nuoria oli haastava kohdata ja vaikeita asioita ottaa puheeksi. Yleensä ottaen lapsiin ja nuoriin liittyvän surun kohtaaminen aiheuttaa kuormitusta. Elämän epäoikeudenmukaisuus tulee näissä tilanteissa raadollisen hyvin esille. Erityisen hankala tilanne on hoitohenkilökunnan kannalta, mikäli hänellä on saman ikäisiä lapsia perheessä. Silloin tilanne on hyvin samaistuttava ja aiheuttaa ajatustyötä myös työpäivän jälkeen. Mieluusti lapsiin ja nuoriin liittyvä kohtaaminen haluttaisiin antaa siihen erikoistuneelle ammattilaiselle. Myös tarkempien tutkimustulosten mukaan on todettu sama tilanne, että hoitohenkilökunta pelkää puhua kuolemasta lasten ja nuorten kanssa. Hoitajat kokevat, että heidän keskustelutapansa ei ole oikeanlainen ja voi pahentaa lapsen tai nuoren oloa. Syyt keskustelematta jättämiselle ovat muun muassa koulutuksen puute, kiire ja kokemus, että lapsen vanhemmat osaavat keskustella asioista paremmin. Lapsen maailmassa pahin on kuitenkin jo tapahtunut, eli oma vanhempi on kuolemassa. Hoitohenkilökunnan keskustelun avulla lapsi voi saada keinoja vaikean asian käsittelyyn ja tunteiden hyväksymiseen. (Marjamäki & Leppälä: 2021–2321).

Hoitaminen koostuu suurilta osilta kohtaamisista ja erityisesti se aiheuttaa haastavia ja kuormittavia tilanteita. Haastavissa tilanteissa kohtaamiseen liittyvä kuormittuminen liittyi sekä potilaisiin että heidän omaisiinsa. Kuolemaan johtavan sairauden kanssa elävä potilas tai hänen läheisensä ovat keskellä hyvin kaaosmaista elämäntilannetta. Tiedon vastaanottaminen voi olla hyvin hankalaa tai jopa mahdotonta. Omaisilla on suuri hätä ja oma luopumisprosessi kesken. On hyvin kuormittavaa yrittää tässä tilanteessa keskustella hoitoon liittyvistä asioista. Usein tähän tilanteeseen liittyi se, että potilaan sairaus oli edennyt hyvin nopeaan tahtiin. Saattohoitoa vaikeuttavina tekijöinä todettiin Leen ym. (2013) tutkimuksessa ne perheet, jotka eivät hyväksy lääketieteellisiä tosiasioita tai ovat vihamielisiä hoitohenkilökuntaa kohtaan.

Tulosten perusteella kuolevan potilaan hoitaminen on hyvin haastavaa kiireen keskellä. Organisaation mahdollisuudet tukea hyvää ja laadukasta hoitotyötä on mahdollistaa työntekijöille riittävästi aikaa tehdä työtä. Kiire lisäsi selkeästi haastatteluiden mukaan paineita onnistua. On eettisesti kuormittavaa pitää yllä keskustelua kuolemasta ja samalla miettiä seuraavaa antibiootin antamista. Hoitohenkilökunnalla on myös paine sille, että asiat on saatava käsiteltyä nyt, koska voi olla, että potilaan kanssa ei mahdollisesti enää tavoiteta samankaltaista keskusteluyhteyttä. Eettisesti kuormittava tilanne kiireen keskellä hoitamisesta tuli esille jokaisessa haastattelussa. Kotisairaalan hoitohenkilökunta ei kuitenkaan kokenut tilannetta niin kuormittavaksi, että kiire olisi tuonut ajatuksia esimerkiksi toisenlaiseen työhön vaihtamisesta. Kiireen koettiin olevan välillä osa työnkuvaa. Samansuuntaisia tutkimustuloksia on ollut Salmirinteen (2022) tutkimuksessa.

Erytisesti haastavat tilanteet tulevat esille palliatiivisten potilaiden hoidossa. Potilaan ollessa hyvin herkillä hoitolinjan muuttuessa palliatiiviseksi, on potilaalla ja omaisella iso prosessi hyväksyä tämä. Luottamuksen syntyminen kotisairaalan ja potilaan tai omaisen kanssa vaatii aikaa ja osaamista. Ongelmallisena tilanteena on, mikäli potilassuhde jää lyhyeksi nopeasti etenevän tai myöhään saadun lähetteen vuoksi. Hoitavien tahojen olisi todella tärkeää uskaltaa tehdä hoitolinjausten muutoksia, jotta potilaalle ja omaiselle jäisi aikaa valmistautua hyvään kuolemaan. Rautakorven (2022) väitöskirjan mukaan niillä potilailla, joilla oli kontakti palliatiiviseen poliklinikkaan, tehtiin viimeisen kuukauden aikana vähemmän hoitoon johtaneita toimenpiteitä ja tutkimuksia. Tutkimuksen johtopäätöksenä on, että palliatiivinen kontakti tulisi taata kaikille nopeasti etenevää syöpää sairastaville potilaille. Näin heidän elämänlaatunsa säilyisi loppuun saakka hyvänä.

Haastavien tilanteiden läpikäyminen

Tulosten perusteella haastavien tilanteiden läpikäyminen on jatkuvaa mutta ei tiedostettua toimintaa. Ajalliset haasteet tuovat omat vaikeutensa vuorotyön vuoksi. Haastatte- luissa tuli selkeästi esille, että asioista olisi hyvä keskustella potilasta hoitaneiden kesken. Parhaimmillaan asia oli jo mielessä käsitelty, kun pääsi keskustelemaan kollegoiden kanssa. Pahimmillaan asiaa pohdittiin yksin ja kuormitus oli kovempaa. Haastateltavien mukaan edes yhden kollegan kanssa keskustelu voi auttaa asioiden jäsentämisessä. Pohdinta omassa mielessä koettiin myös asiantuntijuutta lisääväksi tekijäksi. Haastavia tilanteita pohdittiin omassa mielessä ja niistä haluttiin oppia seuraavaa kertaa varten.

Vertaistuen merkittävyys tuli esille jokaisessa haastattelussa. Kollegaa arvostetaan ja hänen tukeaan toivotaan vaikeissa tilanteissa. Ongelmallisena kollegan tuen puute tuli yksikössä missä vuoroja tehtiin yksin. Alueellinen toiminta on kuitenkin helpottanut tätä tilannetta. Keskustelua käytiin myös siitä, että kotisairaala konsultoi myös helposti akuutiosastojen sairaanhoitajia. Tämä tapa koettiin hyväksi, koska osastolla oli usein tuttuja hoitajia ja potilaat olivat kummallekin tuttuja.

Rakentavaan keskusteluyhteyteen kollegan kanssa toivotaan pääsevän. Tutkimuksen mukaan joskus kollegan tuki voi kuitenkin jäädä saamatta. Syynä tälle nähtiin hoitajien erilainen kiinnostus palliatiivista hoitotyötä kohtaan. Vuorovaikutuksellinen keskustelu jäi tällöin helposti syntymättä. Parhaimmillaan keskustelu oli rakentavaa ja lisäsi kaikkien osaamista. Huonoimmillaan keskustelu jäi lyhyeksi ja yksipuoliseksi. Lääkärin antama tuki tuli esille jokaisessa haastattelussa. Keskusteluyhteyden kuvattiin olevan luonnollinen, työtä tukeva ja ammatillisuutta lisäävä. Öisin alueellinen tuki tuli esille vaikkakin sen ymmärtäminen ei ollut itsestään selvä asia. Useassa haastattelussa tuli esille, että apua on saatu alueellisesti. Sitä ei vain ensin haastattelussa osattu tai muistettu tuoda esille.

Palliatiivinen palaveri oli suurimmassa osassa tiimeistä paikka asioiden käsittelylle. Kuitenkin kuudessa haastattelussa mainittiin, että kyseinen palaveri jää hyvin helposti pitämättä. Jos palaveri järjestetään mahdollisesti kerran kolmessa viikossa ja se jää vielä pitämättä, on aika-akseli asioiden käsittelylle kuukausissa, ei viikoissa. Haastatteluissa mainittiin, että tiimin viimeisin palliatiivinen palaveri oli järjestetty kesäkuussa. Pahimmillaan hyvinkin haastavat tilanteet voivat jäädä käsittelemättä. Parhaimmillaan asioiden käsittely on haastateltavien mukaan osa työnteon kulttuuria. Asiat käsitellään työn lomassa kollegan kanssa. Yleensä keskustelu liittyi vuoronvaihtoon ja oli raportin omaista keskustelua.

Työnohjauksen merkityksellisyys tuli esille hyvin monessa keskustelussa. Koettiin että olisi tärkeää saada työnohjausta mutta tiedostettiin, että siitä saatava tuki ei aina ole ajallisesti oikeassa paikassa haastaviin tilanteisiin nähden. Yleensä työnohjaus tuli mukaan vasta siinä vaiheessa, kun asiat olivat todella akuutisti kuormittaneet hoitajia. Myös työnohjaajan osaaminen palliatiivisesta hoitotyöstä tai ainakin työn luonteen ymmärtäminen nähtiin hyvin merkityksellisenä asiana. Kaikkien työnohjaajien kanssa asioista ei ole helppo saada hyvää ja korjaavaa keskustelua aikaiseksi. Työnohjausta on kuitenkin saatu sitä pyydettyä. Alueellinen työnohjaus on tälläkin hetkellä menossa. Sen tär-

kein anti on ymmärtää muiden tiimien tapoja tehdä töitä. Haastavat potilastilanteet halettiin selkeällä enemmistöllä käsitellä omien kollegoiden kanssa. Tällöin tunneyhteys tuntui luontevammalta. Jälkikäteen ajatellen olisin odottanut enemmän pohdintaa lähi-johtamisen merkityksestä ja tuesta palliatiivisessa ja saattohoitotyössä.

Jokainen haastateltava kertoi käsittelevänsä asioita omalla henkilökohtaisella tavalla, Se oli joko kahvittelu työpäivän jälkeen tai kävely metsän siimeksessä. Liikunnan merkitys tuli esille jokaisessa haastattelussa. Vaikeiden asioiden käsittelyssä pää tyhjentyi rankan liikunnan avulla parhaimmalla tavalla. Hyvin usein kyseessä oli haastateltavien mukaan opeteltu tapa jättää työasiat työpaikalle.

Haastavien potilastilanteiden käsittelyn kehittäminen

Tulosten perusteella on erityisen tärkeää purkaa haastava tilanne mahdollisimman pian, jotta tunnekuorma ei kasva liian isoksi. Toisaalta on myös osattava lopettaa asioiden läpikäyminen, jotta tilanne ei jatku liian kauaa aikaa. Jatkuvan keskustelun avulla mahdollistetaan tunnekuorman pikainen purkamisen ja vertaistuen saaminen haastavissa tilanteissa. Avoin keskustelu asioista ja myös oma voimattomuus asioiden edessä koetaan ensiarvoisen tärkeäksi jatkossa. Oman tiimin kollegaa arvostettiin haastavien tilanteiden läpikäymisessä. Haastatteluiden perusteella keskustelukulttuuri kotisairaaloissa on hyvällä tasolla. Keskusteluiden perusteella tuli esille myös, että hoitohenkilökunnan on hyvä osata myös myöntää oma voimattomuus vaikeiden asioiden edessä ja kollegoiden tärkeää olla tukemassa tässä tilanteessa. Hyvin monessa haastattelussa mainittiin, että kaikkien potilaiden tai omaisten kanssa ei vain löydy yhteistä säveltä. Silloin on tärkeää antaa kollegan jatkaa ja olla tuntematta tästä ammatillista epäonnistumisesta.

Tutkimustulosten perusteella yhteisten ja alueellisten rakenteiden avulla asioiden käsittelystä tulisi systemaattista ja käsittelyyn sitoudutaan jatkossakin. Haastateltavien mukaan on myös pitkälti kiinni työntekijöiden omasta sitoutuneisuudesta työtä kohtaan, että asiat tulee käsiteltyä. Palliatiivisen palaverin pitämättömyyden koettiin periaatteessa kumpuavan hoitajista itsestään. Potilaskäyntejä on mahdollista siirtää toiselle päivälle. Tärkeintä on arvostaa sovittua palaverikäytäntöä ja suunnitella käynnit niin, että palaverin pitäminen on mahdollista. Asioiden läpikäyminen on myös kollegan tunteiden arvostamista.

6.2 Eettisyys, luotettavuus ja tietosuojaja

Tieteellinen tutkimus tulee suorittaa hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla, jotta tutkimus voi olla eettisesti luotettavaa ja hyväksyttävää. Keskeisiä näkökantoja hyvän tieteellisen tutkimuksen saamiseksi on se, että tutkimusta tehdessä noudatetaan tiedeyhteisön toimintatapoja eli yleistä huolellisuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta, kun aineistoa kootaan, analysoidaan ja esitetään tuloksia. Tiedonhankkiminen, tutkimus- ja arviointimenetelmien tulee olla tiettyjen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä. Tutkimuksen tulee olla avointa ja vastuullista julkaistaessa saatuja lopputuloksia. Tutkimuksen tekijän tulee kunnioittaa muiden tutkijoiden töitä ja viittausten tulee olla asianmukaisia. On muistettava myös tuoda esille muiden tutkijoiden tutkimustulokset omaa työtä julkaishtaessa. Tutkimuslupien hankinta tulee tehdä asianmukaisella tavalla ja työn eettisyyttä tulee arvioida jo edeltävästi. Oma työ on suunniteltava ja tehtävä raportointeineen tieteelliselle tiedolle asetetulla tavalla. Kaikki oikeudelliset, tekijänoikeusasiat ja käyttöoikeuksiin koskevat seikat on sovittava jo ennakolta. Mikäli työn tekemiseen tarvitaan taloudellista rahoitusta, on tästä raportoitava asianmukaisesti ja avoimesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta: 2012, 8.)

Opinnäytetyöni käsittelee kuolemaa ja sen kanssa työn tekemistä. Aihealue vaatii syvää eettistä pohdintaa ja analysointia tutkimuseettisen näkökulman lisäksi. Aihe valikoitui tekijälle ehdotetuista aiheista oman mielenkiinnon vuoksi. Opinnäytetyöntekijä on itse kohdannut työssään haastavia tilanteita sekä palliativisten potilaiden että saattohoito potilaiden kanssa. Aihealue kokonaisuudessaan oli siis todella tuttu sekä käytännön osaamisen kautta että teorian pohjalta.

Haastateltavat ovat mukana vapaaehtoisesti ja suostumus perustuu tietoon. Haastateltavat saavat tutustua suostumuslomakkeeseen ja tutkimustiedotteeseen. Tässä haastateltavalle kerrotaan yksityiskohtaisesti tutkimuksen tarkoitus, toteutustapa ja osallistumisen vapaaehtoisuus. Kysymysten esittäminen on mahdollista koko tutkimuksen ajan. Opinnäytetyöntekijä työskentelee itse organisaatiossa, jossa opinnäytetyö toteutetaan. Tämä tulee huomioida erityisesti opinnäytetyötä analysoitaessa, jotta objektiivisuus säilyy.

Jotta opinnäytetyö on eettisesti hyväksyttävä, on sen tekemisen kaikissa vaiheissa noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6). Tieteellisen tiedon ominaispiirre on luotettavuus. Se seuraa tutkimusta sen kaikissa osissa

aina tutkimusmenetelmistä tutkimusprosessiin ja saatuihin tuloksiin saakka. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuuden arviointina käytetään yleisesti tutkimuksen varmuutta, siirrettävyyttä, uskottavuutta ja vahvistettavuutta ja käytettävyyttä. Tutkimuksen tulee olla myös vakuuttava, Se merkitsee sitä, että tutkija tuo esille kaikki valinnat ja tutkimuksen tulokset avoimesti, jotta lukija saadaan vakuuttumaan tutkimuksen luotettavuudesta. (Toikko & Rantanen 2009:121–125.)

Tutkimussuunnitelman valmistuttua kesäkuussa 2022 opinnäytetyölle haettiin tutkimuslupaa Keusote:lta ja se saatiin myös kesäkuussa. Luvan saamisen jälkeen opinnäytetyöntekijä kysyi oman organisaation alueellisessa teams -sovelluksessa vapaaehtoisia haastateltavia jokaisesta neljästä kotisairaalaista. Noin viikon sisällä vapaaehtoiset haastateltavat olivat ilmoittautuneet ja ensimmäiset haastattelut sovittu. Ennen haastattelua haastateltavat saivat luettavakseen tietoa tutkimuksesta kirjallisena saatekirjeenä (liite 1). Samoin he saivat allekirjoitettavaksi tutkimuksen suostumuslomakkeen (liite 2), joten haastateltavien osallistuminen oli vapaaehtoista. Haastateltavat saivat luettavakseen myös tiedotteen tutkimuksesta ja tietosuojaselosteen. Tässä on yksityiskohtaisesti kerrottuna tutkimuksesta ja sen tietosuojan takaamisesta. Tietosuojaseloste on tehtävä, koska tutkimuksessa syntyy salattavia tietoja kuten esimerkiksi haastattelumateriaali. Haastatteluun osallistuvien anonymiteetti on varmistettu tietosuojaselosteen avulla.

Suostumuslomakkeet pyydettiin lähettämään opinnäytetyöntekijän omalle työpaikalle. Niitä säilöttiin tutkimuksen valmistumiseen saakka ja tämän jälkeen hävitettiin asianmukaisesti tietosuojajätteeseen. Jälkikäteen voidaan arvioida, että suostumukset olisi ollut hyvä pyytää lähettämään jo ennen haastatteluita. Haastateltavien vapaaehtoisuus on kuitenkin ollut kaikkien nähtävillä koko alueellisen kotisairaalan teams- sovelluksessa.

Ensimmäinen yksilöhaastattelu oli suunnitellusti oman kotisairaalan työntekijän kanssa. Tällä opinnäytetyöntekijä haki sitä, että alkujännitys olisi mahdollisimman vähäistä, koska haastateltava on tuttu. Haastattelijalla ei ole aiempaa kokemusta haastatteluiden tekemisestä. Ensimmäinen haastattelu oli kuitenkin haastattelijasta todella jännittävä tilanne. Haastatteluiden tekemisessä käytettiin apuna teemahaastattelurunkoa (liite 4). Ensimmäiselle haastateltavalle ei ollut lähetetty haastattelukysymyksiä etukäteen. Haastateltavalta sain ehdotuksen, että lähettäisin kysymykset etukäteen haastateltaville. Tämä selkeästi vei keskustelua eteenpäin ja haastatteluiden tekemisestä jäi kokonaisuudessaan hyvä kuva. Jälkikäteen voidaan myös todeta, että seuraavassa vastaavanlai-

sessä tilanteessa on hyvä koetastaa kysymykset. Tällöin voidaan varmistua niiden toimivuudesta. Kysymykset tuntuivat hieman toistolta. Toisaalta keskustelu oli luontevaa ja aihe haastattelijalle tuttu. Analyysiä tehdessä ja hieman viisastuneena jäin usein harmittelemaan, että miksi en ollut enempää pyytänyt haastateltavia tarkentamaan vastauksia. Kysymysten tekemiseen toivottiin mielipidettä myös työnantajalta mutta niihin ei otettu kantaa. Haastatteluiden henki oli haastattelijan mielestä avoin, arvostava ja mielenkiintoinen. Haastateltavista huokui haastateltavien asiantuntijuus ja kiinnostus työtä kohtaan.

Haastateltavien anonymiteetin suojaamiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota. Tutkittavien henkilötietoja ei tallenneta millään tavoin vaan koodataan vain tutkijan tiedossa olevilla salasanoilla. Haastattelut nauhoitettiin puhelimen sanelimen avulla. Puhelimen saa avattua vain kasvojen tunnistamisella. Haastattelun jälkeen nauhoitteet tallennettiin muistitikulle, jota säilytettiin haastattelijan kotona lukitussa tilassa. Puhelimessa olevat haastattelut poistettiin tämän jälkeen. Haastattelut olivat tallennettuna numerolla eli minikäänlaisia henkilötunnisteita näissä ei ollut. Tutkimuksen valmistuttua nauhoitteet poistettiin muistitikulta. Haastatteluita tehdessä pidin myös kirjallisia muistiinpanoja, Näiden tunnistamisessa käytin samoja numeroita kuin haastatteluiden tallenteissa. Muistiinpanoja säilytettiin samassa lukollisessa kaapissa kuin haastatteluiden tallenteita. Tutkimusaineisto hävitettiin heti tutkimuksen valmistuttua.

6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli kuvata millaiset palliatiivisen ja saattohoitopotilaan hoidossa esiintyvät tilanteet koetaan haastavaksi ja työtä kuormittavaksi, kuinka haastavat ja kuormittavat potilastilanteet käsitellään eri toimipisteissä ja hoitajien toiveet käsittelyn kehittämisen tavoille. Tarkoituksena oli tuoda hoitohenkilökunnan ääni kuuluville.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että opinnäytetyön avulla saatiin kattavaa tietoa eri toimipisteiden nykytilasta ja monipuolinen ja varsin yhtenäinen toive asioiden kehittämiseksi. Haastavien tilanteiden kuormittuminen voi pahimmillaan aiheuttaa työntekijälle henkistä kuormaa ja pahimmillaan aiheuttaa pelkoa työtä kohtaan. Nykypäivän sairaanhoitajapulassa tällaista tilannetta on kaikin keinoin vältettävä. Omasta mielestäni on myös erittäin tärkeä huomioida, että potilaan saaman hoidon laatu paranee, mikäli asioita järjestelmällisesti työstetään ja tapahtuneesta otetaan opiksi. Näin tietoa voidaan jakaa myös kokemusta vähemmän omaaville hoitajille. Asiantuntijuuden yksi merkki on,

että kokemus ja tieto yhdistetään ja asioita kehitetään jatkuvasti. Haastateltavien mukaan palliatiivisen hoidon asiantuntijana kehittyä koko ajan ja kahta samanlaista potilas-tilannetta ei ole.

Tulokset osoittavat, että haastavat tilanteet ovat varsin yleisiä ja moninaisia. Niiden käsittely on periaatteessa jatkuva osa työn tekemistä. Kuitenkin haastavat tilanteet voivat pahimmillaan jäädä täysin käsittelemättä. Hoitohenkilökunta on haastatteluiden perusteella todella motivoitunutta ja potilaan ja perheen kohtaaminen on äärettömän laadukasta. Voisin kuvitella, että jo pelkästään tämän opinnäytetyön esillä oleminen edistää hoitohenkilökunnan ajatuksia asioiden läpikäymisen tärkeydestä.

Tutkimustuloksista on nostettavissa muutama kehitysehdotus tulevaisuutta varten kotisairaalan arkeen. Ensikäynnillä herännyt huoli potilaan tilanteen mahdollisesta kuormittuneisuudesta olisi hyvä tuoda esille muulle tiimille jo hyvin alkuvaiheessa. Tällöin tilanteesta voisi jäädä pieni muistijälki hoitajalle, joka mahdollisesti tulevaisuudessa potilasta hoitaa. Samoin potilaan kokonaistilanteeseen voidaan panostaa hyvin jo heti potilassuhteen alkuvaiheessa. Toisena kehittämisehdotuksena oli haastavien tilanteiden alueellinen malli. Haastatteluiden perusteella hoitohenkilökunta sitoutuu paremmin asioihin, mikäli toimintatavat ovat alueellisia. Myös asioiden vakioiminen vuorotyössä olisi tärkeää haastatettavien mukaan. Usein palliatiivinen palaveri perutaan ajallisten haasteiden vuoksi ja ei ole varmuutta, milloin asioista keskustellaan. Omasta mielestäni työntekijöiden on itse nähtävä asioiden läpikäymisen tärkeys ja sitouduttava palaverikäytäntöihin. Kotisairaalan arjessa on päiviä, jolloin työn kuormittuneisuus estää palaverit, koska aina pääpaino on kuitenkin potilaan saamalla avulla. Tällaisia tilanteita ei kuitenkaan ole usein. Kyse on enemmänkin asioiden organisoimisesta ja sitoutuneisuudesta.

Jatkotutkimusehdotuksena voisin nähdä, että alueellinen tapa haastavien potilas-tilanteiden käsittelyyn vietäisiin käytäntöön kehittämistyön kautta. Olisi mielenkiintoista myös saada tietoa potilaiden omaisten kokemuksista palliatiivisten potilaiden tai saattohoitopotilaiden hoidossa. Eksistentiaalisen kriisin tukemisen työkaluja voisi kotisairaalassa kartoittaa ja kehittää. Oma kokemukseni on, että olemassaolon päättymiseen liittyvistä asioista ei ikinä keskustella liikaa.

6.4 Raportointi ja julkistaminen

Opinnäytetyö julkaistaan Theseus-tietokannassa. Tulokset käydään läpi myös Keusote:n alueellisessa kotisairaalassa.

Lähteet

Ahlström, Leena & Hänninen, Juha 2004. Saattohoito kotona. Teoksessa Vainio, Anneli (toim.) & Hietanen, Päivi (toim.). Palliatiivinen hoito. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.317–318.

Ahtiluoto, Satu & Ollila, Marja 2018. Kotikuolema meillä ja muualla. Teoksessa Pöyhiä, Reino & Guldogan, Eeva & Vanhanen, Aija (toim.). Kotisairaala.1., painos. Kustannus Oy Duodecim: Helsinki.64.

Ahtiluoto, Satu & Ollila, Marja & Vanhanen, Aija 2018. Siirtyminen kotisaattohoidosta tukisairaalaan. Teoksessa Pöyhiä, Reino & Guldogan, Eeva & Vanhanen, Aija (toim.). Kotisairaala.1.painos. Kustannus Oy Duodecim: Helsinki.70.

Anttonen, Mirja Sisko 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö.

Hietanen, Päivi 2004. Kuraatio vai palliatio? Näkökohtia hoidon valinnassa. Teoksessa Vainio, Anneli (toim.) & Hietanen, Päivi (toim.). Palliatiivinen hoito. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.20.

Hietanen, Päivi 2015. Miten oppia vuorovaikutusta? Teoksessa Saarto, Tiina & Hänninen, Juha & Antikainen, Riitta & Vainio, Anneli (toim.). 2015. Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim: Helsinki.

Hietanen, Päivi 2015. Vaikeat vuorovaikutustilanteet. Teoksessa Saarto, Tiina & Hänninen, Juha & Antikainen, Riitta & Vainio, Anneli (toim.). 2015. Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim: Helsinki.

Hällfäst, Merja 2018. Työnohjaus kotisairaalassa. Teoksessa Pöyhiä, Reino & Eeva, Guldogan & Vanhanen, Aija (toim.). 2018. Kotisairaala.1., painos. Kustannus Oy Duodecim: Helsinki.

Hänninen, Juha 2012. Kuolemme vain kerran. Helsinki. Otava

Hänninen, Juha 2015. Työntekijän jaksaminen. Teoksessa Saarto, Tiina & Hänninen, Juha & Antikainen, Riitta & Vainio, Anneli (toim.). 2015. Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim: Helsinki.

Keusote 2023a. Organisaatio. < <https://www.keusote.fi/etusivu/tietoa-meista/organisaatio/> > Viitattu 27.10.2022.

Keusote 2023b. Sairaalahoido kotona, kotisairaala.< <https://www.keusote.fi/palveluhakemisto/kotisairaala/> > Viitattu 1.3.2021.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992/785. Viitattu 14.2.2023. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 1994/559 15 §. Viitattu 14.2.2023. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Lee J, Choi M, Kim S, Kim H & Kim D. 2013. Korean nurses' perceived facilitators and barriers in provision of end-of-life care. International Journal of Nursing Practice 19 (3), 334–343

Lesonen, Mervi 2019. Hoitajien kuvauksia saattohoidosta. Pro gradu- tutkielma. Kuopio. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta.

Marjamäki, Elisa & Leppälä, Leena 2021. Kuolemaa lähestyvä potilas– miten keskustelen lapsen kanssa? Helsinki: Duodecim 137:2317–2322.

Näyttövinkki 2021.Miten yleistä työuupumuksen esiintyminen on palliatiivisessa hoidossa työskentelevillä terveydenhuollon ammattilaisilla? Kirjoittajat: Määttä S, Määttä S, Niemelä E, Kiviniemi L, Tuomikoski A-M & Konttila J. Hoitotyön tutkimussäätiö. < <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2021/01/nayttovinkki-1-2021.pdf> >. Viitattu 23.4.2021.

Nuikka, Marja-Liisa 2002. Sairaanhoidajien kuormittuminen hoitotilanteissa. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta.

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus 2019. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. www.kaypahoito.fi. Viitattu 1.3.2021.

Peters, Louise & Cant, Robyn & Sellick, Kenneth & O'Connor, Margaret & Lee, Susan & Burney, Sue & Karimi Leila 2012. Is work stress in palliative care nurses a cause for concern? *International Journal of Palliative nursing.*, Vol 18, No11. Viitattu 11.11.2021.

Puusa, Anu (toim.) & Juuti, Paul (toim.) 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. E-kirja. Gaudeamus. Luku 1–12.

Puusa, Anu (toim.) 2020 Haastattelutyytit ja niiden metodiset ominaisuudet. Teoksessa Puusa, Anu (toim.) & Juuti, Paul (toim.) 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Gaudeamus.

Rautakorpi Liisa 2022. Real-life perspectives on the end-of-life care of cancer patients. Akateeminen väitöskirja. Turku: Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.

Saarto, Tiina & Lyytikäinen, Matti & Ahtiluoto, Satu & Juntila, Kristiina & Lehto, Juho & Finne-Soveri, Harriet & Hammar, Teija & Forsius, Pirita 2022. Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. THL. < https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144065/OHJ2022_004_08042022.pdf?sequence=4&isAllowed=y > Viitattu 4.4.2023.

Saarto, Tiina 2015. Mitä palliativisella hoidolla tarkoitetaan? Teoksessa Saarto, Tiina & Hänninen, Juha & Antikainen, Riitta & Vainio, Anneli (toim.). Palliativinen hoito. 3., uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim: Helsinki.

Salmirinne, Tiina 2022. Hoitohenkilökunnan omantunnon stressin yhteys alanvaihtoaikeisiin: Resilienssi yhteyttä muuntavana tekijänä. Pro gradu- tutkielma. Jyväskylä. Jyväskylän yliopisto. Kauppakorkeakoulu.

Seppänen, Marjaana & Vähäkangas, Auli & Anttonen, Mirja Sisko 2020. Hyvä kuolema. *Gerontologia* 34(4), 2020.

Snellman, Miia 2008. Tunteet ja kokemukset kuolevan hoidossa. Teoksessa, Elina Grönlund & Anttonen, Mirja Sisko & Lehtomäki, Susanna & Agge, Eva (toim.). Sairaanhoidtaja ja kuolevan hoito. Suomen sairaanhoitajaliitto ry: Helsinki.

STM 2019a: Alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. < https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R_14_19_Palliatiivisen_hoidonjasaattohoidon_tila.pdf?sequence=1&isAllowed=y > Viitattu 11.11.2021.

STM 2019b: Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161946/STM_2019_68_Rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y > Viitattu 12.11.2021.

STM 2023: Tiekartta 2022–2027. Sosiaali- ja terveysalan henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden turvaaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2023:8. < https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164634/STM_2023_8.pdf?sequence=1&isAllowed=y > Viitattu 21.4.2023

Strand, Jacob & Kamdar, Mihir & Carey, Elise 2013. Top 10 Things Palliative Care Clinicians Wished Everyone Knew About Palliative Care. Mayo Clinic Proceedings; Rochester. Vol 88.Iss 8.8 64.

TENK=Tutkimuseettinen neuvottelukunta

Toivola, K 2004. Myötätuntouupumus – auttajantyön työperäinen riski. Suomen työterveyslääkäriyhdistys ry. < https://www.hameenkesayliopisto.fi/wp-content/uploads/2018/09/toivola_2004.pdf > Viitattu 1.2.2023.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Hyvä tieteellinen käytäntö << https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf>> Viitattu 19.5.2021.

Tunnah, Karen & Jones, Angela & Johnstone Rosalynde 2012 Stress in hospice at home nurses: a qualitative study of their experiences of their work and wellbeing. International Journal of Palliative Nursing, Vol 18. No 6.. Viitattu 14.3.2021.

Toikko, Timo & Rantanen, Teemu 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy-Juvenes Print. 3., korjattu painos. Viitattu 10.10.2022.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

WHO 202. Palliative care. < <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> Viitattu 14.5.2021.

Wiegand, Debra L & Hinderer, Katherine A 2016. Advance Care Planning Advance Directives, Medical Order Sets and Surrogate Decision Making. Teoksessa Advanced practice palliative nursing. Oxford University Press.

Vihelä, Mari & Hökkä, Minna & Kaakinen, Pirjo 2020. Potilaiden ja läheisten kokemukset sairaanhoitajan palliativisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. Hoitotiede 2020,32.

Saatekirje

Tervetuloa mukaan opinnäytetyöni tutkimukseen!

Opiskelen Metropolia-ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan kliinisen asiantuntijan YAMK-tutkintoa. Toteutan opinnäytetyön tutkimalla, kuinka Keusote: n kotisairaaloissa käsitellään palliatiivisten potilaiden haastavia tilanteita.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on tutkia alueellisen kotisairaalan nykytilannetta palliatiivisten potilaiden haastavien potilastapausten käsittelemisessä. Tavoitteena on luoda edellytykset yhtenäisille tavoille tilanteiden käsittelemiseen. Tavoitteena on, että hoitohenkilökunta saa vaikuttaa toimintatapojen luomiseen.

Haastattelun toteuttaminen:

Opinnäytetyön tutkimus toteutetaan haastatteluna, jotka on tarkoitus toteuttaa syksyllä 2022. Haastatteluun varataan aikaa tunti.

Haastattelut nauhoitetaan tutkimusaineiston analysointia varten ja ne ovat täysin luottamuksellisia. Nauhoitteet hävitetään välittömästi opinnäytetyön valmistuttua ja valmiista työstä ei voi tunnistaa osallistujien henkilöllisyyttä.

Opinnäytetyöni haastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja osallistumisen voi myös keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Tarkemmat tiedot tutkimuksesta löydät liitteenä olevasta tutkimustiedotteesta ja tietosuojaselosteesta.

Jos olet halukas osallistumaan palliatiivista hoitoa koskevaan haastatteluun, pyytäisin sinua täyttämään ja palauttamaan alla olevan suostumuslomakkeen minulle. Tämän jälkeen voimme lähteä sopimaan ajankohtaa haastattelulle.

Tervetuloa mukaan kehittämään kotisairaalan toimintaa!

Ystävällisin terveisin

Katja Borisov

Tutkittavan suostumus

**Tutkimuksen nimi: Haastavien palliatiivisten potilastapausten käsittely alueellisessa kotisaira-
lassa.**

Tutkimuksen toteuttaja: Katja Borisov, SOTE YAMK opiskelija, Metropolia Ammattikorkeakoulu katja.borisov@metropolia.fi, YAMK -työn ohjaus Kaija Matinheikki, kaija.matinheikki@metropolia.fi

Minua _____ on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kartoittaa, kuinka kotisairaaloissa käsitellään palliatiivisten potilaiden haastavia tilanteita.

Olen saanut tutkimustiedotteen ja ymmärtänyt sen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja toteutuksesta, oikeuksistani sekä tutkimukseen mahdollisesti liittyvistä hyödyistä ja riskeistä. Minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini.

Olen saanut tiedot tutkimukseen mahdollisesti liittyvästä henkilötietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta ja minun on ollut mahdollista tutustua tutkimukseen liittyvään tietosuojaselosteeseen.

Minua ei ole painostettu eikä houkuteltu osallistumaan tutkimukseen.

Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen.

Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista ja että voin peruuttaa tämän suostumukseni koska tahansa syytä ilmoittamatta. Olen tietoinen siitä, että mikäli keskeytän tutkimuksen tai peruutan suostumukseni, minusta keskeyttämiseen ja suostumukseni peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen ja annan suostumukseni tietosuojaselosteessa kuvattuun henkilötietojen käsittelyyn. Minulla on oikeus peruuttaa suostumukseni tietosuojaselosteessa kuvatulla tavalla.

Allekirjoitus: _____

Nimenselvennys: _____

Alkuperäinen allekirjoitettu tutkittavan suostumus sekä kopio tutkimustiedotteesta liitteineen jäävät tutkijan arkistoon. Tutkimustiedote liitteineen ja kopio allekirjoitetusta suostumuksesta annetaan tutkittavalle

Haastavien potilastilanteiden läpikäyminen kotisairaалassa

Taustakysymykset

1. Kuinka kauan olet työskennellyt yleensä sairaanhoitajana ja sairaanhoitajana kotisairaалassa?
2. Onko sinulla koulutusta palliatiivisessa tai saattohoidossa?

Minkälaisia haastavia tilanteita hoitohenkilökunta on kohdannut palliatiivisten potilaiden kanssa?

3. Kuvaile minkälaiset tilanteet palliatiivisten potilaiden hoidossa ovat mielestäsi haastavia ja kuormittavia?
4. Kuvaile minkälaiset tilanteet saattohoitopotilaiden hoidossa ovat mielestäsi haastavia ja kuormittavia?

Kuinka kotisairaалassa käydään tilanteet läpi?

5. Kuinka haastavia potilastilanteita on kotisairaalan henkilökunnan kanssa käsitelty palliatiivisten potilaiden hoidossa?
6. Kuinka haastavia potilastilanteita on käsitelty kotisairaalan henkilökunnan kanssa saattohoito potilaiden hoidossa?
7. Kuinka säännöllistä potilastilanteiden käsittely hoitohenkilökunnan kesken on? Onko asiasta sovittu käytännöt kirjattuna ylös?

Miten haastavia tilanteita olisi hoitohenkilökunnan mielestä hyvä käydä läpi?

8. Kuinka toivoisit, että haastavat potilastilanteet käsiteltäisiin kotisairaалassa? Miten hoitotyön kuormittavuutta voitaisiin vähentää? Kenen vastuulla on tilanteiden läpikäyminen?
9. Keitä olisi mielestäsi tarpeen olla läsnä, kun tilanteita käsitellään?
10. Mitä vielä haluaisit sanoa tästä aiheesta?