



Sairaanhoitajan työhyvinvointi kotisaattohoidon kontekstissa

Koetut kuormitustekijät sekä näkemykset työssä jaksamisen tukemisesta

Henna Kuosmanen

Opinnäytetyö, AMK
Marraskuu 2023
Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma

Kuosmanen, Henna

**Sairaanhoitajan työhyvinvointi kotisaattohoidon kontekstissa
- Koetut kuormitustekijät sekä näkemykset työssä jaksamisen tukemisesta**

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Marraskuu 2023, 52 sivua.

Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma. Opinnäytetyö AMK.

Julkaisun kieli: suomi

Julkaisulupa avoimessa verkossa: kyllä

Tiivistelmä

Sairaanhoitajien siirtyminen muille aloille on viime vuosien aikana kiihtynyt, mitä ovat suurelta osin selittäneet hoitotyön kuormittavuuden ja työssä jaksamisen teemat. Samaan aikaan väestön ikääntyminen on kasvattanut hoidon laadun tarkastelua sekä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osuutta hoitotyössä. Kotona asumisen ensisijaisuuden korostuessa myös elämän loppuvaiheen palvelut kohdentuvat enenevässä määrin kotiolosuhteisiin. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa potilaan kotona saattohoitoa toteuttavien sairaanhoitajien kokemuksia työn kuormittavista tekijöistä sekä työssä jaksamista tukevista näkökulmista. Tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa siitä, mitkä tekijät itsenäisesti tehtävässä kuolevan potilaan hoitotyössä koetaan kuormittavina, miten työssä kuormittumisen käsittelyä ja jaksamista koetaan tuettavan sekä miten sairaanhoitajat toivovat työssä jaksamisen tukea kehitettävän.

Aineisto kerättiin kotisairaalan sairaanhoitajilta sähköisenä Webropol-kyselynä ja käsiteltiin induktiivisesti, laadullisen sisällönanalyysin keinoin. Tulosten mukaan kotisaattohoitotyössä kuormittumiseen johtavat tekijät olivat sekä fyysisiä että psykososiaalisia. Työssä jaksamisen tukemisen ulottuvuuksina korostuivat yksilötaso, työyhteisön taso sekä johtamisen ja organisoinnin teemat. Työssä jaksamisen tuen tarve oli vaihtelevaa, ja näin ollen myös kokemukset tuen toteutumisesta hajanaisia. Jaksamisen tuen kehittämiseksi kaivattiin organisatorista tukea toimintamallien yhtenäistämiseksi ja työyhteisön tiivistymiseksi sekä esihenkilön läsnäoloa näkyvämpänä osana arkea.

Opinnäytetyön tulokset toivat samansuuntaista sisältöä kotisaattohoitotyössä kuormittumisesta aiemmin tehtyjen, harvalukuisten selvitysten rinnalle. Työssä jaksamisen tukemisen ilmiötä tuleekin jatkossa korostaa muun muassa jo sairaanhoitajien koulutuksessa sekä toteuttaa aiheesta maanlaajuista, kattavaa tutkimusta. Näin kotisaattohoitotyön kuormittumistekijöihin pystytään tarttumaan tarkoituksenmukaisemmin ja kehittämään systemaattisempaa työssä jaksamisen tukemisen ohjelmaa. Kaikkein tärkeimmäksi kokonaisuudessa nousee se, että kotisaattohoitotyötä tekevän sairaanhoitajan työhyvinvointi tuo elämän viime hetkien hoitotyöhön arvokasta ja oikealla tavalla fokuoitunutta läsnäoloa.

Avainsanat

kotisairaala, saattohoito, työssä jaksaminen, työhyvinvointi

Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)

-

Kuosmanen, Henna

Nurse's wellbeing at work in home hospice care

- Experience of workload factors and views of supporting coping at work

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, November 2023, 52 pages.

Degree Programme in Nursing. Bachelor's thesis.

Permission for open access publication: Yes

Language of publication: Finnish

Abstract

The transfer of nurses to other fields has accelerated in recent years, which has largely been explained by the nurses' workload and coping at work. At the same time, the aging of the population has increased the share of palliative and hospice care in nursing work, and with the emphasis on the priority of living at home, end-of-life services are also increasingly focused on home conditions. The purpose of the thesis was to survey the experiences of nurses providing hospice care at the patient's home about factors that burden the work and activities that support coping at work. The goal was to produce researched information on which factors in nursing care of a dying patient performed independently are perceived as burdensome, what kind of support for the processing of the workload and coping at work the nurses receive, and how the nurses hope the support for coping at work could be developed.

The data was collected from the nurses of a home hospital as an electronic Webropol survey and processed inductively, using qualitative content analysis. According to the results, the factors leading to workload in home care work were both physical and psychosocial. The individual level, the level of the work community, and the themes of management and organization were highlighted as dimensions of supporting coping at work. The need for support to cope at work was variable, and thus the experiences of the support received were also fragmented. To develop support for coping, organizational support was needed to clarify common operating models and to make the work community closer, as well as the boss being more present in the everyday work.

The results of the thesis were similar to the few previous studies done on the topic of workload in home hospice work. In the future, the phenomenon of supporting coping at work should be emphasized, among other things, already in the training program for nurses, and nationwide, comprehensive research on the subject should be carried out. In this way, it would be possible to tackle the burden factors of home care work more appropriately and develop a more systematic program to support coping at work. The most important thing in the whole is that the well-being of a nurse doing home hospice work brings a valuable and properly focused presence to the nursing work of the last moments of life.

Keywords/tags (subjects)

home hospital, hospice care, coping at work, well-being at work

Miscellaneous (Confidential information)

-

Sisältö

1 Johdanto	5
2 Elämän loppuvaiheen hoitotyö ja kotisaattohoito	6
2.1 Palliatiivinen hoito ja saattohoito	7
2.2 Palliatiivisen hoidon kolmiportainen malli.....	11
2.3 Kotisairaala ja kotisaattohoito	13
3 Kuormitustekijät hoitotyössä ja työssä jaksamisen tukeminen	16
3.1 Työhyvinvointi ja työn kuormitustekijät	16
3.2 Työssä jaksamisen tukeminen.....	25
4 Opinnäytetyön tavoitteet ja tutkimuskysymykset	27
5 Opinnäytetyön toteutus.....	27
5.1 Aineiston keruu	28
5.2 Aineiston analyysi.....	30
6 Tulokset.....	34
6.1 Työn kuormittavat tekijät.....	34
6.2 Kokemukset työssä jaksamisen tukemisesta	36
6.3 Työssä jaksamisen tukeminen ja sen kehittäminen.....	38
7 Pohdinta.....	39
7.1 Tulosten tarkastelu.....	39
7.2 Luotettavuus ja eettisyys	42
7.3 Johtopäätökset.....	45
Lähteet.....	47
Liitteet	51
Liite 1: Aineistonkeruuseen liittyvä saatekirje	51
Liite 2: Kyselyrunko	52

Kuviot

Kuvio 1. Palliatiivisen hoidon kolmiportainen malli	12
Kuvio 2. Työssä jaksamisen tukemisen teemat	36

Taulukot

Taulukko 1. Esimerkki aineiston klusteroinnista	32
Taulukko 2. Tiivistetty esimerkki yläluokkien muodostamisesta	33
Taulukko 3. Yläluokista pääluokkiin.....	33

1 Johdanto

Hoitotyön monitahoinen kuormittavuus sekä henkilöstön vaihtuvuus ja siirtyminen muille aloille enenevässä määrin on yleisesti tiedossa. Keväällä 2023 sairaanhoitajapula käsitti jo yli 16 000 uuden sairaanhoitajan vajetta koko maan tasolla, ja luku on ollut viime vuodet rajussa nousussa. Työvoimapulaa selittää eläköitymisenkin tahti, mutta osaavan ja työikäisen työvoiman ylläpitämiseksi keskeiseksi tekijäksi nousee työssä jaksamisen parantamista edistävien tekijöiden huomiointi. (Kuntien työvoimaennuste: Hoitajapula kaksinkertaistui kahdessa vuodessa 2023.) Edellä mainitun valossa sairaanhoitajan työssä kuormittumisen ja työssä jaksamisen tukemisen teemoja on perusteltua tarkastella. Työhyvinvointiin panostaminen on laaja-alaisesti merkittäväksi tunnustettu ilmiö, ja sitä on tutkittu paljon hoitotyönkin eri näkökulmista. Tästä huolimatta koen, että kaiken tasoisella uudella, näyttöön perustuvalla tiedolla, on asian merkitystä korostava ja huomioimista edistävä vaikutuksensa. Siksi teema nousi tämän opinnäytetyön tutkimuksen keskiöön.

Kiinnostus saattohoidon kokonaisuudesta opinnäytetyön aiheeksi heräsi työharjoittelukokemuksesta palliatiivisella osastolla. Otin yhteyttä Päijät-Hämeen saattohoidon tukiyhdistykseen kartoittaakseni heidän näkemystään tarkemmasta tarpeesta tai tilauksesta aihealueeseen liittyen. Yhdistys ei ole opinnäytetyön toimeksiantaja, mutta heidän esittämiensä ajatusten pohjalta tässä työssä paneudutaan kotona toteutettavan saattohoidon henkilökunnan työhyvinvointitekijöihin.

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osuus sairaanhoitajan toimenkuvassa lisääntyy ikääntyvän väestön myötä. Väestörakenne-ennusteen mukaan ikääntyneiden osuus Suomen väestöstä on noin reilu neljännes vuonna 2030. Reilussa vuosikymmenessä kasvu tulee olemaan kuusi prosenttia, eli ikääntyneiden osuus väestöstä on reippaassa kasvussa. Ikääntyneiden kotona asumisen ensisijaisuutta korostetaan entisestään, ja perinteistä pitkäaikaista laitoshoidoa vähennetään määrätietoisesti. Tämä edellyttää kotiin annettavien palveluiden pohdintaa kehittämisen näkökulmasta. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2020–2023, 12, 14–15.) Kaiken edellä todetun perusteella on nähtävissä myös kotona toteutettavan saattohoitotyön osuuden lisääntyminen hoitotyössä.

Kotisaattohoidossa hoitotyö toteutuu kotisairaaloiminnan tukemana (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijaryhmä 2019, 18). Kotisairaalahoido poikkeaa osastohoidosta olosuhteiltaan potilaan kan-

nalta tarkastellen, mutta myös hoitohenkilökunnalla on erilaiset ja itsenäisemmät puitteet työntö-
ossaan kuin laitosolosuhteissa. Tämä tuo saattohoidonkin toteutukseen vaihtelevaa luonnetta.
Työssä jaksaminen on tässä vaativassa, itsenäisessä ja yksilöllisessä työskentelyssä merkittävä te-
kijä hoidon laadun näkökulmasta, sillä työhyvinvoinnin monet ulottuvuudet heijastuvat potilaan
elämän viimeisiin hetkiin ja välittyvät myös tämän lähipiirin kokemuksiin läheisensä arvokkaasta
kuolemasta.

Tutkimuksia palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta on tehty paljon henkilökunnan osaamisen
tai potilaan ja tämän läheisten näkökulmasta. Sairaanhoidajan psykososiaalisesta kuormituksesta
tässä kontekstissa ei sen sijaan tutkimustietoutta ole laajasti saatavilla, mikä lisää tämän opinnäy-
tetyön tekemiselle perusteltavuutta. Tämän kyselytutkimuksena toteutettavan opinnäytetyön ta-
voitteena on tuottaa tutkittua tietoa kotisaattohoitotyötä toteuttavan sairaanhoidajan näkökul-
masta siitä, mitkä tekijät työssä kuormittavat, mitkä puolestaan tukevat työssä jaksamista sekä
miten työssä jaksamisen tukemista tulee kehittää.

2 Elämän loppuvaiheen hoitotyö ja kotisaattohoito

Pitkäaikaiset, krooniset sairaudet selittävät hieman alle 70 prosenttia maapallon väestön kuole-
mista vuositasolla. Nämä sairaudet oireineen ja yksilön toimintakyvyn heikentämisineen lisäävät
palliatiivisen hoidon tarvetta jo sairauden varhaisemmissa vaiheissa. Palliatiivisen hoidon kerro-
taan koskevan WHO:n vuonna 2014 julkaistun arvion mukaan noin joka kolmatta kuolevaa poti-
lasta elämän loppuvaiheessa, ja ennen viimeistä elinvuottaan samansuuruisista osuutta väestöstä.
Euroopassa luku on vuositasolla 562 potilasta 100 000 asukasta kohden, eli Suomessa palliatiivisen
hoidon tarpeessa on vuosittain 29 000 potilasta. (Saarto & Lehto 2019.) Sekä syöpää sairastavien
että muiden potilasryhmien osalta palliatiivisen hoidon tarpeessa olevien määrän arvioidaan kas-
vavan, mikä liittyy muun muassa väestön ikääntymiseen (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019).

Tässä luvussa täsmennetään opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä elämän loppuvaiheen hoitotyöhön
liittyen. Aluksi kuvaillaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon määritelmiä ja linjauksia, minkä yh-
teydessä selvitetään, mitä tarkoitetaan ennakoivalla hoitosuunnitelmalla, hoitotahdolla ja elvyttä-
mättäjättämispäätöksellä. Kuolevan potilaan yleisimpien oireiden hoitotyötä selvitetään myös,

millä halutaan ilmentää kotisaattohoitoa toteuttavan sairaanhoitajan toimenkuvan monitahoisuutta. Loppupuolella avataan palliatiivisen hoidon järjestämisen edellytyksiä sekä sen kolmiportaisen mallin pääpiirteitä. Omassa alaluvussaan keskitytään kotisairaalaan ja kotisaattohoitoon.

2.1 Palliatiivinen hoito ja saattohoito

Palliatiivinen hoito on oireita lievittävää hoitoa sairauden kaikissa vaiheissa, hoitolinjasta riippumatta. Palliatiivinen hoitotyö on kokonaisvaltaista ja aktiivista potilaan ja tämän läheisten kohtaamista, kun kyseessä on henkeä uhkaava tai kuolemaan johtava sairaus. WHO:n määritelmän mukaan palliatiivinen hoito kuuluu kaikkien edellisen kuvauksen mukaisten potilaiden oikeuksiin riippumatta diagnoosista. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.) Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus ohjaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia sekä terveydenhuollon järjestämisestä vastaavia johtajia, organisaatioita ja päätöksentekijöitä hoidon tason määrittelyssä, arvioinnissa ja tavoitteen asettelussa. Laatusuositus kertoo toiminnan kehittämisen suunnan ja täsmentää asiat, jotka toiminnassa tulisi erityisesti huomioida. (Saarto, Lyytikäinen, Ahtiluoto, Junttila, Lehto, Finne-Soveri, Hammar & Forsius 2022, 3.)

Kun sairauden etenemiseen ei pystytä enää hoidolla vaikuttamaan olennaisesti, tai potilas ei sairauskohtaista hoitoa toivo, puhutaan **palliatiivisesta hoitolinjasta**. Sen ensisijainen tarkoitus on kärsimyksen lieventäminen ja elämänlaadun vaaliminen. Palliatiivisella hoitolinjauksella rajataan siis lääketieteellisesti hyödytön tai ainoastaan kärsimystä lisäävä hoito, mutta pyritään tarjoamaan hyvää oireenmukaista hoitoa. Palliatiiviseen hoitolinjaukseen tekee päätöksen lääkäri, keskustellen potilaan ja/tai tämän läheisten kanssa. (Elämän loppuvaiheen hoito 2020.) Kokonaisvaltainen palliatiivinen hoito käsittää läheisten huomioimisen myös potilaan kuoleman jälkeen (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019).

Palliatiivisen hoidon tarpeen arvioinnille on Käypä hoito -suosituksen mukaan eri sairauksien etenemisen ennakoitavuuteen pohjautuva kriteeristönsä. Pitkälle edenneiden sairauksien merkkeinä voidaan pitää muun muassa sitä, että kroonisesti sairaan potilaan yleistilan heikkenemisen estäminen ja toimintakyvyn palautuminen eivät ole enää hoitotoimien avulla tuettavissa. Hoitava lääkäri laatii yhdessä potilaan ja tämän läheisten kanssa **ennakoivan hoitosuunnitelman**, joka käsittää kirjaukset sairauden vaiheesta, hoitomenetelmistä ja niiden tavoitteista, hoitolinjauksista, hoidon ra-

jauksesta, hoidosta vastaavasta tahosta, potilaan toiveista ja peloista. Suunnitelmassa huomioidaan myös saattohoitopaikka, sairauden pahenemisvaihe sekä läheisten tuen tarve. Suunnitelmaa päivitetään ja tarkennetaan sairauden edetessä. Etenkin kun kyseessä on sairaus, jonka äkillisen pahenemisvaiheen seurauksena kyky omaan tahdonilmaisuun heikkenee, korostuu ennakoivan hoitosuunnitelman riittävän ajoissa laatimisen merkitys. Suunnitelman laatimisen on todettu muun muassa lisäävän hoitotyytyväisyyttä ja kirjattuja hoitotahtoja/-rajauksia sekä vähentävän elvytyksiä ja sairaalahoitoja, sairaalassa kuolemista sekä läheisten henkistä kuormitusta. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019.)

Hoitotahto on olennainen osa ennakoivaa hoitosuunnitelmaa. Se on “ - henkilön tahdon ilmaisu hänen tulevasta hoidostaan siltä varalta, ettei hän itse pysty osallistumaan hoitoratkaisuihin esimerkiksi tajuttomuuden, toimintakyvyn heikkenemisen tai muun vastaavan syyn vuoksi.” (Halila, Mustajoki, Hammar & Forsius 2022.) Kun potilas sairastaa kuolemaan johtavaa kroonista sairautta, tuo lääketieteellisillä menetelmillä elämän ylläpitäminen yksilölle enemmän haittaa ja kärsimystä kuin lisää elämänlaatua. Hoitotahto helpottaa paitsi hoitohenkilöstöä päätöksenteossa hoitojen aloittamisesta ja aloitettujen hoitojen lopettamisesta, myös potilaan läheisiä ymmärtämään potilaan toiveita. Se auttaa tukemaan päätöksenteossa potilaan puolesta, mikäli potilas on valtuuttanut toisen henkilön päättämään hoitotoimenpiteistä puolestaan. Hoitotahto mahdollistaa hoidoista (esimerkiksi hengityslaitehoito, elvytys, keinoruokinta) kieltäytymisen ja palvelutalosta sairaalaan siirtämisen estämisen. Sillä voidaan myös ilmaista erityistoiveita, kuten ravitsemukseen tai ympäristöön liittyviä, varsinaiseen lääkehoitoon kuulumattomia toiveita. Hoitotahto laaditaan kirjallisesti, joko potilaan omin sanoin kertoen tai valmista lomaketta käyttäen, ja se voidaan tallentaa liitteeksi sairauskertomukseen. Kanta.fi-palveluun tallennettuna se löytyy aina tarvittaessa, ja on jokaisen henkilön itsensä muokattavissa ajantasaisesti. Myös suullisesti ilmaistu hoitotahto huomioidaan ja kirjataan potilastietoihin, edellyttäen sen oikeellisuuden todentamisen mahdollisuutta esimerkiksi kahden todistajan toimesta. Hoitotahtoon tulee kirjata tarkastamispäivämäärä, sillä sille ei ole selkeitä määräyksiä voimassaoloajan pituudesta. Yleisesti ottaen hoitotahto on voimassa vain silloin, kun potilas ei ole kykenevä osallistumaan omien hoitotoimenpiteidensä päätöksentekoon, ja se on peruutettavissa potilaan toimesta milloin tahansa. Hoitotahto sitoo kaikkia potilaan hoitoon osallistuvia terveydenhuollon ammattilaisia. (Halila ym. 2022.)

Saattohoito on palliatiivisen hoidon loppuvaihe, jolloin potilaan menehtymisen oletetaan tapahtuvan päivien tai korkeintaan viikkojen kuluessa. Tähän hoitolinjaukseen kuuluu olennaisina toimenpiteinä potilaan fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja hengellisiin tarpeisiin vastaaminen. (Tarnanen, Saarto & Laukkala 2019.) Saattohoidossa pyritään tukemaan ja hoitamaan ” - yksilöllisesti kuolevaa ihmistä ja hänen läheisiään parhaalla mahdollisella tavalla inhimillisiä arvoja kunnioittaen.” Sillä tavoitellaan kuolevan ihmisen ja hänen läheistensä mahdollisuutta valmistautua hyvään kuolemaan. Saattohoitopäätöksen tekee lääkäri, tästä potilaan tai tämän läheisten kanssa keskustellen. Saattohoitopäätös sisältää **elvyttämättäjättämispäätöksen** (DNR – do not resuscitate), joka perustuu lääkärin tekemään potilaan yksilölliseen lääketieteelliseen arviointiin, huomioiden sairauksien ennusteen ja potilaan jäljellä olevat voimavarat: ”Tilanteessa arvioidaan ensisijaisesti sitä, onko elvytyksestä potilaalle enemmän haittaa vai hyötyä.” DNR-päätöksellä rajataan elvytys tilanteessa, kun potilas menee elottomaksi. Rajattavia elvytystoimenpiteitä ovat esimerkiksi sydämen sähköinen rytminsiirto, paineluelvytys ja hengityksen avustaminen. DNR-päätöksen sisältö kirjataan potilasasiakirjoihin huolellisesti perusteineen ja läheisten kannanottoineen, ja potilaan hoitopaikan vaihtuessa uuden hoitavan lääkärin tulee ottaa siihen kantaa. Päätös on purettavissa potilaan terveydentilan muuttuessa, mutta huomioitavaa on, että asianmukaisesti tehdyn päätöksen purkaminen tapahtuu lääkärin toimesta, ei potilaan tai omaisten pyynnöstä. (Elämän loppuvaiheen hoito 2020.)

Oireidenmukainen hoito. Käypä hoito -suosituksen mukaan palliatiiviseen hoitoon kuuluu oireiden systemaattinen arviointi ja hoitovasteen seuraaminen esimerkiksi oirekartoituslomakkeiden avulla. Kuolevan potilaan tavallisimpia oireita ovat kipu, hengitystieoireet sekä maha- ja suolisto- oireet. Yleisiä oireita ovat myös ruokahaluttomuus ja kuivuminen, fatiikki, sekavuus, ahdistuneisuus ja masennus. Näiden oireiden lääkehoito kuuluu saattohoitovaiheeseen. Kipua mitataan säännöllisesti, arvioiden sen voimakkuutta, vaikutusta toimintakykyyn, mielialaan, liikkumiseen ja nukkumiseen, luonne, tuntohäiriöt, sijainti, esiintymisaika ja läpilyöntikivun esiintyminen. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.) Kipua voidaan arvioida suullisesti ja havainnoimalla. Sen helpottamiseksi potilasta hoidetaan niin lääkkeillä kuin lääkkeettömillä keinoillakin. Näistä jälkimmäisinä käytetään esimerkiksi asento- ja liikehoitoja sekä rentoutusta. Kipulääkkeistä käytetään kivun voimakkuudesta ja mekanismista riippuen pääsääntöisesti opioideja, toisinaan yhdistettyinä tulehduskipulääkkeisiin, mikä saattaa tehostaa opioidin vaikutusta. Opioidien annostelu tapahtuu suun kautta nestemäisenä tai tabletteina, tai nielemishaasteiden tilanteessa ihon alle tai suoneen. Epilepsia- tai masennuslääkkeitä käytetään neuropaattisen kivun hoidossa, ja sädehoidon tiedetään

olevan tehokas kivunhoitomenetelmä luustopesäkkeiden aiheuttamassa kivussa. (Tarnanen, Saarto & Laukkala 2019.)

Opioidit, happihoito tai kasvoihin suunnattu ilmavirta helpottavat hengenahdistusta. Mikäli keuhkopussiin kertynyt neste on hengenahdistuksen syynä, pyritään neste poistamaan punktoimalla tai dreenillä. Yskällä on monia eri juurisyitä, ja usein etenkin makuuasennossa oleminen ja nielemisvaikeudet lisäävät yskää. Liman eritystä pyritään lievittämään antikolinergeilla, inhaloiden keittosuolaa tai pillipullopuhalluksilla. Pahoinvointia ja ummetusta pyritään myös helpottamaan erilaisilla lääkityksillä. (Tarnanen, Saarto & Laukkala 2019.)

Nielemisvaikeudet voivat liittyä neurologisiin häiriöihin, kakeksiaan, limakalvovaurioihin tai pään, kaulan tai ylävartalon alueen kasvaimiin. Niitä voidaan helpottaa asentohoidolla tai sängyn päädyn nostamisella sekä itse nielemistä edesauttaa ruoan koostumusta muokkaamalla. Nielemisvaikeuksien tilanteessa ravitsemusta voidaan turvata gastrostomialla. Maksan tai vatsakalvon alueen sairauden aiheuttamaa askites-nesteen kertymistä voidaan helpottaa tyhjentämällä nestettä kerta-punktiolla tai dreenin/katetrin avulla haittavaikutusten, kuten pahoinvoinnin ja hengenahdistuksen, ehkäisemiseksi. Kuivumisen hoitamiseksi on mahdollista nesteyttää, mutta saattohoitopotilaan kohdalla tämä voi nesteen kudokseen siirtymisen vuoksi olla hyödytöntä. Suun kuivumisen hoitamiseksi voidaan yksinkertaisesti kostuttaa suuta kylmillä juomilla, jääpaloilla, ruokaöljyllä tai suun kostutustuotteilla. Myös erilaiset kipugeelit tai suuedet voivat puuduttaa suun limakalvojen kipua. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019; Tarnanen, Saarto & Laukkala 2019.)

Yli 80 prosentin elämän loppuvaiheen potilaista tiedetään kärsivän kuihtumisesta ja ruokahaluttomuudesta, mutta tehostetulla ravitsemushoidolla ei tässä vaiheessa ole vaikutusta potilaan vointiin. Pienet potilasta miellyttävät suupalat pitkin päivää riittävät. Unirytmii ja liikunta sekä ulkoilu voinnin mukaan voivat lievittää fatiikkia, eli poikkeuksellista uupumusta, josta tiedetään kärsivän 60–90 prosenttia edennyttä syöpää sairastavista potilasta. Psykkisten oireiden tiedetään heikentävän elämänlaatua huomattavasti. Siksi niiden tunnistaminen on olennainen osa palliativista hoitoa. Ahdistuksen ja masennuksen oireisiin pyritään vaikuttamaan psykososiaalisilla keinoilla, toisinaan yhdistäen siihen masennuslääkehoitoa. Eksistentiaalisten kysymysten äärellä potilas hyötyy läsnä olevasta tuesta ja kohtaamisesta. Äkillisen sekavuustilan oireita helpotetaan ensisijaisesti

lääkkeettömästi turvaten rauhalliset ja valvotut olosuhteet, toisinaan psykoosilääkkeillä avustaen. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019; Tarnanen, Saarto & Laukkala 2019.)

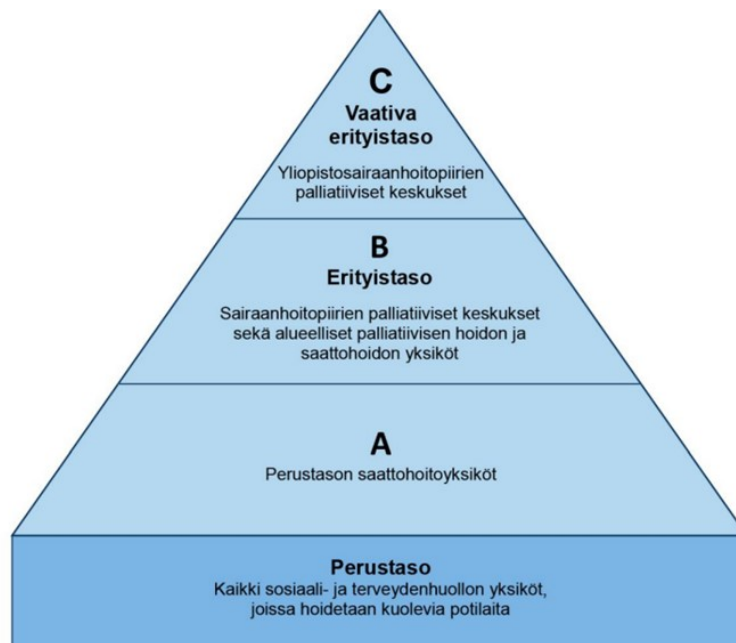
Palliativista sedaatiota käytetään muilla keinoin hallitsemattoman, sietämättömän kivun tai hengenahdistuksen hoitoon. Se tarkoittaa potilaan rauhoittamista ja tajunnan alentamista lääkityksellä, eikä se jouduta kuolemaa. Palliativinen sedaatio edellyttää kaikkien muiden keinojen kokeilun sekä potilaan tai hänen läheisensä ja henkilökunnan ymmärtämystä hoidon tavoitteista ja toteutuksesta. Syvää ja jatkuvaa sedaatiota käytetään vain, kun potilaan elinajan odote on tunteja tai vuorokausia. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019; Tarnanen, Saarto & Laukkala 2019.)

2.2 Palliativisen hoidon kolmiportainen malli

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ohjeistuksessa palliativisen hoidon järjestämiseksi (2023) mainitaan, että valtakunnallinen palliativisen hoidon palveluketjumalli edellyttää alueellisia suunnitelmia ja palveluketjuja. Näin voidaan varmistaa potilaan ohjautuminen tarpeen mukaisiin palveluihin sekä konsultaatiotuen kulkeutuminen tasolta toiselle. Palliativisen hoidon palvelut jaotellaan perus- ja erityistasoihin hoidon vaativuuden ja potilaan tarpeiden perusteella kolmiportaisen mallin (kuvio 1) mukaisesti. Tähän käytäntöjen yhtenäistämiseen perustuvaan malliin ollaan Suomessa siirtymässä Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksesta, ja sen lähtökohtana on yhdenvertaista hoitoa ja tarvelähtöistä hoitoon pääsyä asuinpaikasta riippumatta. Valtaosa (2/3) palliativisesta hoidosta toteutuu **perustasolla**. Tällöin potilaan hoidon ja tuen tarve on ennakoitavissa, ja hoito-työ toteutettavissa hoitosuunnitelmalla. Sosiaali- ja terveydenhuollon kaikki yksiköt, joissa hoidetaan elämän loppuvaiheen potilaita, tarjoavat perustason palliativista hoitoa. Näihin lukeutuvat sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastot, kotihoidon yksiköt sekä tehostetun palveluasumisen yksiköt. Perustasolla työskentelyyn tarvittavat valmiudet ovat saatavilla perusopetuksessa, ja niitä on mahdollista täydentää täydennyskoulutuksella. Tavoitteena on, että perustasolla hallitaan palliativisen hoidon ja saattohoidon perusteet sekä osataan tehdä elämän loppuvaiheen suunnitelma ja saattohoitopäätös. (Palliativisen hoidon järjestäminen 2023; Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijaryhmä 2019, 15–16.)

A-perustason saattohoidon yksiköt kehittävät saattohoitoa muun toiminnan ohessa, ja niiden saattohoitoon liittyvät asiat varmistetaan asiallisella henkilöstömäärällä ja -rakenteella, koulutuksella sekä toimintaympäristötekijöillä, kuten saattohoitovuodepaikoilla. Suosituksessa palliativisen

hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa esitetään, että A-perustason palveluiden tulisi olla ”sopivalla etäisyydellä”, mikä turvaisi lähipalveluiden saatavuuden. **B-erityistason** yksiköissä työskentelee palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon erikoistunut henkilöstö, ja palliatiivinen hoito on näiden yksiköiden päätehtävä. B-erityistason yksiköt muodostavat erityistason hoidon verkoston hyvinvointialueella ja vastaavat muun muassa perustason konsultoinnista. Erityistasolla edellytetään myös ammattimaisen sosiaalisen, henkisen ja eksistentiaalisen tuen tavoitettavuutta. Erityistason hoidon ja palveluketjujen koordinointi kuuluu hyvinvointialueiden palliatiiviselle keskukselle. Näiden keskuksien ohella erityistason yksiköihin voivat lisäksi luokitua esimerkiksi alueelliset kotisairaalat ja niiden tukiosastot, saattohoito-osastot ja -kodit, palliatiiviset osastot ja -poliklinikat, sairaaloiden konsultaatiotiimit sekä päiväsairaalat. **C-vaativan erityistason** hoidon palvelut kuuluvat yliopistosairaaloiden palliatiivisten keskusten vastuualueeseen, käsittäen tutkimukselliseen ja opetukseen liittyvän yhteistyön eri oppilaitosten kanssa. Tämän tason palliatiivisen keskuksen muodostavat yliopistosairaalan palliatiivisen hoidon poliklinikka ja konsultaatiotiimi, psykososiaalisen tuen yksikkö, palliatiivinen osasto, koti- ja päiväsairaala sekä saattohoito-osasto. (Palliatiivisen hoidon järjestäminen 2023; Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijaryhmä 2019, 16–17.)



Kuvio 1. Palliatiivisen hoidon kolmiportainen malli

(Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijaryhmä 2019, 14.)

2.3 Kotisairaala ja kotisaattohoito

Kotisairaanhoito on hyvinvointialueiden järjestämä, valtaosin sairaanhoitajien toteuttama palvelumuoto. Sitä toteutetaan silloin, kun muiden terveyden- ja sairaanhoidon palveluiden käyttäminen on asiakkaan heikentyneen tilan vuoksi mahdotonta. Kotisairaalahoidosta puhutaan, kun sairaalatasoista hoitoa toteutetaan potilaan kotona. Se on määräaikaisesti ja tehostetusti toteutettua, lääkärijohtoista ja moniammatillista kotisairaanhoitoa, ja sillä pystytään korvaamaan sairaalan sisäinen hoito. Kotisairaalahoito edellyttää potilaan sitoutumista omaan hoitoonsa sekä tarvittaessa omaisten osallistumista. Sekä kotisairaanhoitoa että kotisairaalahoitoa valvotaan Valviran ja aluehallintovirastojen toimesta. (Kotisairaanhoito ja kotisairaalahoito 2023; Ollila 2018, 10–11.)

Ranskassa 1960-luvulla tiettävästi käynnistynyt kotisairaaloiminta on vuosikymmenten saatossa kulkeutunut Ruotsin kautta maahamme: Suomalaisen kotisairaaloiminnan juurien kerrotaan olevan 1977 perustetun Motalan kotisairaalassa. Tammisaarella vuonna 1995 alkanut kotisairaaloiminta on laajentunut, erityisesti vuoden 2010 jälkeen kiihtyvällä tahdilla. Julkisessa terveydenhuollossa on vuonna 2016 ollut toiminnassa yli 50 kotisairaala tai tiimiä, lukuisten yksityisten kotisairaaloitten lisäksi. 1980-luvulta saakka tavoitteena olleet yksilön itsemääräämisoikeus ja avohuolto toteutuvat kotisairaanhoidon ansiosta. Sillä lisätään hoidon inhimillisyyttä ja laitostumisen ehkäisyä, ja toiminta edistää potilaan toimintakykyä ja täten elämänlaatua omassa toimintaympäristössään. Kotisairaaloiminnan myötä potilailla on todettu esiintyvän vähemmän sekavuutta ja kaatumisia vieraassa ympäristössä sekä vähäisempää tarvetta eri hoitoprosesseille ja konsultaatioille. Paitsi yksilölle kohdentuvine hyötyineen, kotisairaaloiminta vähentää yhteiskunnan kustannuksia, sairaaloitten ja päivystyspoliklinikoiden kuormitusta sekä ehkäisee sairaalabakteeritartuntoja. (Ollila 2018, 11, 13.)

Kotisairaalan henkilöstörakenne ja organisaatio vastaavat sairaalaolosuhteita. Lääkäri vastaa lääketieteellisestä hoidosta, ja johtava sairaanhoitaja tai osastonhoitaja hoitotyöryhmästä. Toiminta on tarkoitettu akuuttivaiheen tai sen ohittaneille potilaille, joiden tila ei edellytä sairaalaseurainta, kuten esimerkiksi laaja-alaista monitorointia. Kotisairaaloitten potilaista valtaosa on ikääntyneitä, mutta toiminta on kohdennettu kaikenikäisille potilaille monenlaisine sairauksineen. Toive saada kuolla omassa kodissa on yleistynyt siinä määrin, että esimerkiksi Helsingin kotisairaaloiminnan potilaista palliatiivisen hoidon ja saattohoidon potilaita on yli puolet. (Ollila 2018, 11, 13; Guldogan 2018, 19.)

Kotisaattohoito on: ” - elämän loppuvaiheen hoitoa paikassa, jossa ihminen on asunut elämänsä viimeiset kuukaudet.” Sitä voidaan toteuttaa kodin lisäksi esimerkiksi palvelutalossa tai hoivakodissa. Sen toteutumisen tulee pohjautua potilaan toiveeseen sekä riittäviin hyvän hoidon puitteisiin, ja se yleensä edellyttää läheisen läsnäoloa ja sitoutumista. Kotisaattohoidon toteutumiseksi laaditaan yksilöllinen hoitosuunnitelma hoitotahtoineen ja -linjauksineen, ja sitä muokataan tilanteen vaatiessa. Henkilökunta on tilanteita ennakoiden aina tavoitettavissa, ja hoitovastuu lääketieteellisten päätösten osalta on hoitavalla lääkäriellä. (Kotisaattohoito 2021.)

Ennen kotisaattohoidon alkua on hoitoyksikön luotava perusta turvalliselle hoitosuhteelle ensikäynnillä kotona. Tämän yhteydessä laaditaan hoitosuunnitelma joko hoitajan tai lääkärin toimesta tai molempien yhteistyöllä potilaan ja läheisten kanssa. Käytännössä saattohoitopotilaan oireiden tulee olla siinä määrin hallinnassa, että kotiin siirtyminen on mahdollista: Oirehdinta vaikuttaa turvallisuuden kokemukseen, ja lisälääkityksen järjestyminen voi kestää pidempään kotona kuin hoitopaikassa. Lisäksi kotona tulee olla asianmukaiset olosuhteet päivittäiselle selviytymiselle mahdollistaen muun muassa peseytymiset, wc-toiminnot ja liikkumisen. Apuvälineiden tarve karotetaan ja päivittäisten toimien tukemisen apuverkostosta sovitaan. Sekä potilaan, läheisten että hoitohenkilökunnan tulee olla suunnitelmallisesti valmistautunut toimimaan kotisaattohoidon muuttuvissa tilanteissa, mahdollisia ongelmia ennakoimalla. Myös lääkehoidon jatkuvuus ja saatavuus varmistetaan suunnitelmassa. Ennakoinnilla pystytään parantamaan turvallisuuden kokemusta ja oirehoidon tuloksellisuutta. Ympäri vuorokautista valvontaa kotiin ei ole julkisen terveydenhuollon toimesta tarjolla, mutta jatkuva saavutettavuus taataan matalalla kynnyksellä ja mahdollisimman yksinkertaisesti, joko puhelimilla tai muulla yhteydenpitoon soveltuvalla keinolla. Lisäksi potilaalla tulee olla joustava mahdollisuus sairaalaan tai vastaavaan hoitoon siirtymisessä, jos kotisaattohoito ei jostain syystä onnistu. Tämä ennakoidaan myös hoitosuunnitelmassa aina potilaan etua ensisijaisesti vaalien. (Poukka 2015a; Poukka 2015b.)

Kotisaattohoidon henkilökunnalta edellytetään hyviä vuorovaikutustaitoja ja sensitiivisyyttä huomioda potilas ja tämän läheiset kokonaisvaltaisesti, myös rohkeutta olla hiljaa ja läsnä. Lähestyvään kuolemaan liittyvät kysymykset ja tunteet tulevat kotiolosuhteissa puheeksi laitospotilaita avoimemmin, mitä henkilökunnan tulisi kyetä käsittelemään empatialla ja tukemalla. On myös huomioitava, että läheisten tehtävänä on kulkea potilaan tukena, eikä hoitovastuu tai päätösten teko ole heidän vastuullaan. Toisen kotona toteutuva työ luo sairaanhoitajan toiminnalle erilaiset

lähtökohdat kuin hoitolaitoksissa, eikä esimerkiksi päätösten teko ole yhtä yksiselitteistä. Henkilökunnalta edellytetään hienotunteisuutta ja kunnioitusta sekä erilaisuuden sietokykyä toimiakseen asianmukaisesti ja ammatillisesti luovia päätöksiä tehdäkseen. Myös tiedonkulku moniammatillisessa työyhteisössä, mutta käytännössä hyvin itsenäisesti toteutettavassa työssä, on merkityksellistä turvallisen kotisaattohoidon toteutumiseksi. ”Kotisaattohoidon toteutuksessa tärkein työkalu on henkilökunta, jolla on palliatiivisen hoidon kokonaisvaltaista osaamista.” (Poukka 2015a; Poukka 2015b.)

Kotisaattohoidon merkittäviä elementtejä on se, että kuoleva potilas voi säilyttää oman persoonansa ja ihmisarvonsa loppuun asti, kun saattohoidon ympäristönä on oma koti ja omat läheiset. Kotona kuolevan potilaan on mahdollista pitää yllä elämään sitovat päivittäiset rutiinit ja olla hoitoon osallisena aktiivisempi kuin laitosisolosuhteissa. Tämä on merkityksellistä erityisesti, kun on tarve ylläpitää omalle kulttuurilleen ominaisia tapoja. Myös dementiaa ja muita muistisairauksia sairastavalle on tärkeää tuoda saattohoito tuttuun ympäristöön. (Poukka 2015b; Ahtiluoto & Ollila 2018a, 65.) Hyvä kotisaattohoito on yksilöllistä ja joustavaa, turvallista ja tehokasta. Esimerkiksi oireiden hoidon tiedetään olevan samantasoista kuin laitosisolosuhteissa. Kotona tapahtuvassa saattohoitotyössä on mahdollista toteuttaa röntgenkuvausta lukuun ottamatta kaikki muut sairaalatasoiset lääketieteelliset toimenpiteet (Poukka 2015a; Poukka 2015b.)

Palliatiiviset kotisairaalat toimivat alueellisten palveluketjujen keskiössä tarjoten tukea palliatiivisen- ja saattohoidon perustason yksiköille ja toimien ”siltana” perus- ja erityistason yksiköiden kesken. Kotisaattohoito on palliatiivisten kotisairaaloitten vastuulla. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijaryhmä 2019, 18.) Sen on todettu toteutuvan Suomessa vaihtelevasti, erityistason palveluiden kohdentuessa pääosin Etelä-Suomeen ja tiheään asutuille alueille. Suurissa kaupungeissa erityistason palliatiivisia kotisairaaloita on toiminnassa, mutta kuntien ja kuntayhtymien kotihoidon ja kotisairaanhoidon osalta perustason kotisaattohoidon sanotaan toteutuvan vain ”jossain määrin.” (Saarto 2022, 11.) Suomessa ei ole yhtenäistä tilastoa kotisaattohoidosta, mutta sen tiedetään vaikiintuneen osaksi suomalaista terveyspalvelua: Vuosittain 4–16 prosenttia kotikuolemista tuetaan kotisaattohoidolla, ja sitä pyritään yhä kehittämään valtaosassa Suomen kaupunkeja ja kuntia. Tiedetään, että: ”Toive kuolla kotona on edelleen suurempaa kuin sen toteutuminen.” (Ahtiluoto & Ollila 2018b, 64.)

3 Kuormitustekijät hoitotyössä ja työssä jaksamisen tukeminen

Tässä luvussa jatketaan opinnäytetyön käsitteiden, työhyvinvoinnin ja siihen vaikuttavien kuormitustekijöiden, tarkastelua muun muassa aihealueesta tehtyjen tutkimusten avulla. Lopuksi katsastetaan, millaisia työssä jaksamisen tukimuotoja on ennaltaehkäisyn näkökulmasta olemassa.

3.1 Työhyvinvointi ja työn kuormitustekijät

Työhyvinvoinnin kokonaisuuteen kuuluvat itse työ ja sen mielekkyys, terveys, turvallisuus ja hyvinvointi. Sitä tukevat tekijät liittyvät johtamiseen, yhteisön ilmapiiriin sekä työntekijöiden ammattitaitoon. Työhyvinvoinnilla on suora yhteys työssä jaksamiseen, työn tuottavuuteen ja työhön sitoutumisen asteeseen. Vastuu oman työkyvyn sekä ammatillisen osaamisen ylläpitämisestä, kuten omalta osaltaan yhteisön ilmapiiriin vaikuttamisesta, kuuluu jokaiselle työntekijälle itselleen. Työhyvinvoinnin kokonaisvaltainen edistäminen on kuitenkin kaiken kaikkiaan yhteistyötä työntekijöiden ja työnantajien kesken, jälkimmäisen huolehtiessa turvallisuuden, johtajuuden ja yhdenvertaisuuden teemoista. (Työhyvinvointi n.d.) Työhyvinvointi ohjaa työn mielekkyyden ja merkityksellisyyden tuntemuksia sekä säätelee työn painoarvoa koko elämän kokonaisuuden tukijana. Ennen kaikkea työhyvinvointi on asiakkaille välittyvä kokemus. (Työturvallisuus: Työhyvinvointi n.d.)

Manka ja Manka (2023) toteavat, että työhyvinvointi tulee tulevaisuudessa olemaan korostuneesti yksittäisen työntekijän omalla vastuulla. He näkevät myös, että ensi vuosikymmenellä työkyvyn ylläpitäminen on nykyistäkin keskeisemmässä asemassa, ja että siinä korostuu varsinkin työelämässä selviämiseen riittävä mielenterveys ja jatkuva osaamisen kehittäminen: ” - - osaamista, tietoa ja luovuutta on opittava hyödyntämään paremmin.” He tuovat esille teknologian mahdollisuudet eri työskentelyprosesseissa, mutta toteavat, että ainakin vielä tällä toistaiseksi moraalisten ja eettisten valintojen tekeminen sekä ideointi ovat vain ihmisten toteutettavissa. (Manka & Manka 2023, 29.)

Työn kuormitustekijöistä. Työssä kuormittumisen tekijät voidaan jakaa fyysisiin, kognitiivisiin, eettisiin ja emotionaalisiin tai psykososiaalisiin kuormitustekijöihin. Fyysiset tekijät liittyvät työskentelyasentoihin, työliikkeisiin, liikkumiseen ja fyysisen voiman käyttöön. Ideaalitalanteessa fyysinen kuormitus jopa tukee työntekijän terveyttä, mutta jatkuva liiallinen kuormitus voi johtaa tuki- ja

liikuntaelinongelmiin. Kognitiivinen kuormittuminen tapahtuu tiedon vastaanottoon, käsittelyyn, säilyttämiseen ja käyttöön liittyvien psyykkisten toimintojen yhteyksissä. Eettinen kuormittuminen puolestaan kasautuu omien arvojen ollessa ristiriidassa toimintaympäristön kanssa, ja emotionaalinen kuormittuminen erilaisista sosiaalisen uhan kokemuksista (esimerkiksi epäluottamus, arvostuksen puute, joukon ulkopuolelle jääminen) tai psykologisesta turvattomuudesta. (Työkuormituksen hallinta n.d.)

Henkisistä kuormitustekijöistä puhutaan työn sisältöön ja järjestelyihin tai työyhteisön toimivuuteen liittyvissä yhteyksissä. Kyseessä on siis työn sosiaaliset ja psyykkiset tekijät, ja näistä käytetäänkin mieluummin kattavampaa käsitettä psykososiaaliset tekijät. Aina jako fyysisiin ja psykososiaalisiin tekijöihin ei ole täysin selvä, sillä kuormitustilanne on usein aiheutunut useamman tekijän yhteisvaikutuksista. (Autio 2022, 88.)

Työolojen kehittymistä on vuosien saatossa seurattu erilaisilla barometreillä eri instanssien toimesta. Näiden seurantatulosten perusteella on yksilöitävissä työhyvinvointia nakertavina tekijöinä työn fyysinen ja henkinen raskaus sekä kiire. Työpaikoilla henkinen väkivalta on valitettavan runsasta, ja se ilmenee työpaikkakiusaamisena, kuten toisen mitätöintinä, eristämisenä tai painostamisena, uhkaamisena ja selän takana puhumisena. Kiusaamista on todettu tapahtuvan myös esihenkilöiden taholta, ja väkivallan uhkaa ilmenee myös asiakkaiden toimesta. Kiusaamiselle altistavia tekijöitä ovat muun muassa töiden epäselvä organisointi, huono johtaminen ja muutokset, ylipäänsä ilmapiiri ja organisaation kulttuuritekijät, mikä asettaa esihenkilön tärkeään asemaan asiaan tarttumiseksi, jo pelkästään työturvallisuuslain velvoittamana. (Manka & Manka 2023, 34–38.)

Viimeisen kahden vuosikymmenen aikana työn henkisen kuormittavuuden kokemukset ovat olleet huomattavassa nousussa, koskien kaikkia ikäryhmiä. Autio kertoo vuoden 2020 Työ- ja elinkeinoministeriön työolobarometrissa ilmenevän, että henkinen kuormittavuus on noussut fyysisestä rasittavuutta suuremmaksi, ja että jopa 60 prosenttia palkansaajista kertoo olevansa täysin tai joksenaikin samaa mieltä siitä, että työ rasittaa henkisesti. Kaikkein yleisimmin työnsä sekä henkisesti että fyysisesti kuormittavaksi kokevat nuoret (Autio 2022, 13–14), mikä on tulevaisuutta ajatellen huolestuttava suuntaus. Eri kyselytutkimuksista selviää myös, että seksuaalista häirintää työpaikalla

kokevat eniten myös nuoret naiset (25 prosenttia), häiritsijän ollessa useimmiten asiakas (60 prosenttia). Yleisesti ottaen koetusta seksuaalisesta häirinnästä ei useinkaan ilmoiteta eteenpäin, koska sen pelätään aiheuttavan itselle hankaluuksia, tai ilmoitusta ei uskota otettavan vakavasti. (Autio 2022, 15.)

Työoloseurantatutkimuksissa selviää, että kiire näyttää koskevan lähes jokaista työntekijää, alasta riippumatta. Terveys- ja sosiaalipalveluissa kiireen kokemukset nousevat kuitenkin yleisemmiksi, erityisesti naispalkansaajien kokemuksissa. Vähäisessä määrin esiintyessään työkiireestä aiheutuva stressi vaikuttaa positiivisesti tekemiseen, mutta kasvaessaan stressitila alkaa ilmetä hermostuneisuutena, ahdistuneisuutena ja nukkumisvaikeuksina. Työstä palautumista ei pääse tapahtumaan. Työstressin voimakkuuteen vaikuttavat vahvasti myös globaali tilanne ja muut olosuhteet, kuten esimerkiksi nyt Ukrainan sota tai lähihistoriassa pandemia. Stressin aiheuttajina koetaan kiireen ohella lisäksi työn ylikuormitus, huono tiedonkulku ja yhteistyö, vaikutusmahdollisuuksien puute sekä aiemmin mainitut työpaikkakiusaaminen ja väkivalta tai suullinen häirintä asiakkaiden taholta. Pitkäkestoisen stressin seurauksena voi olla työuupumus, jonka oireina tunnetaan krooninen väsymys, kyynistyminen, keskittymisvaikeudet sekä tunteiden hallinnan vaikeudet. Se kasvat-
taa lisäksi riskiä sairastua sydäntautiin, aikuisiän diabetekseen, jopa välillisesti edesauttaa syövän kehittymistä. Yhteenvetona pitkäkestoisen stressin voidaan sanoa lyhentävän elinikää, aiheuttavan muisti- ja unihäiriöitä sekä masennusta. Paitsi yksilötasolla, vakavat työn kuormituksen seuraukset aiheuttavat myös taloudellisia vaikutuksia suorina kustannuksina koko yhteiskunnalle. (Manka & Manka 2023, 38–43.)

Työn ylikuormitukseen ajaudutaan yleensä pitkäaikaisen, toistuvan tai voimakkaasti esiintyvän tekijän, tilanteen tai olosuhteiden vuoksi. Tällöin työ on luultavasti mitoitettu ja suunniteltu väärin, ja kuormitustekijöiden hallinta on puutteellista. Kuormittuminen on myös hyvin yksilökohtainen kokemus, jossa työntekijän henkilökohtaiset ominaisuudet, ammattitaito ja oma elämäntilanne vaikuttavat voimakkaasti siihen, millaisiin mittakaavoihin kuormitus seurannaisineen kulloinkin kasvaa. (Autio 2022, 89.)

Kuormittuminen hoitotyössä. Fyysistä kuormittumista tapahtuu hoitotyössä yleensä runsaan kävelyn, toistuvien kumartumisten sekä potilassiirtojen yhteyksissä. Äkilliset, yllättävät ponnistelut

saattavat vaurioittaa tuki- ja liikuntaelinten kudoksia pitkäaikaisesti tai pysyvästikin. Fyysisen kuormituksen seurannaisia ovat väsymys, jäykkyys, jomotus ja vihlova kipu juuri tuki- ja liikuntaelimiin kohdentuen. Se, millaisiksi ja miten pitkäaikaisiksi oireet pääsevät kehittymään, on sidoksissa psyykkisiin ja psykososiaalisiin tekijöihin. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 11.)

Sosiaali- ja terveysalan työntekijöille toteutetut tuoreimmat Mitä kuuluu? -työhyvinvointitutkimus sekä Kunta10-tutkimukset osoittavat aiempaan verrattuna pientä muutosta positiiviseen työstressin vähenemisen, palautumisen parantumisen ja epävarmuuden vähenemisen osalta. Vaikka sairaanhoitajien ja lähihoitajien keskuudessa tätä positiivista kehitystä on tapahtunut, on heidän työnsä kuormittavuuden kasautuminen muita ammattiryhmiä suurempaa. Alle 30-vuotiaiden hoitotyöntekijöiden työssäjaksamisen haasteet näkyvät enenevässä määrin masennus- ja ahdistuneisuusoireina. He kokevat työkykynsä aiempaa heikommaksi ja palautuminen työpäivästä on aiempaa vaikeampaa. Tästä huolimatta nuorilla on myönteisempi kokemus esihenkilön toiminnasta ja työyhteisön ilmapiiristä, joten voidaan olettaa kehitystarpeen liittyvän työn kuormittavuuteen sekä työkyvyn ja paremman palautumisen edistämiseen. (Sote- ja kunta-alalla tarvitaan nyt tukea jaksamiseen 2023.)

Saattohoidon hoitotyössä sairaanhoitaja on tiiviisti elämän suurimpien ja raskaimpien asioiden äärellä. Lähestyvä kuolema synnyttää niin potilaassa, läheisissä kuin hoitohenkilökunnassakin valtavia tunteita ja lukemattomia vaille vastausta jääviä kysymyksiä. Oman elämänhistorian kokemukset, jotka ovat ehkä jääneet käsittelemättä, voivat heikentää sairaanhoitajan työkykyä. Lisäksi potilaan tilanteeseen tulee herkästi samaistuttua tai koettua riittämättömyyden tunnetta hoitotyössä. Samalla, kun tukee potilasta ja tämän läheisiä omine tarpeineen, tulisi heihin pitää riittävä ammatillinen etäisyys. Konttinen (2018, 99–100) kertoo myötätunto- ja työuupumuksen koskettavan palliatiivista hoitoa ja saattohoitotyötä toteuttavia melko yleisesti. Myötätunto-uupumus tarkoittaa ” - - sekundaarista posttraumaattista stressireaktiota, jossa sairaanhoitaja kokee myötäelämistä kuolevaa potilasta ja hänen omaisiaan kohtaan. Sairaanhoitajassa herää voimakas halu auttaa sekä lievittää kärsimystä.” Myötätunto-uupumukseen ja työuupumukseen liittyy työperäinen tunnekuormitus, mikä voidaan kokea työssä epäonnistumiseksi, eikä avun hakeminen siihen ole aina helppoa. (Konttinen 2018, 99–100.)

Tutkimuksia saattohoidon hoitotyön kuormitustekijöistä. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon merkitys näkyy lukuisissa toteutetuissa tutkimuksissa, jotka ovat painottuneet pitkälti hoitohenkilökunnan osaamisen kehittämiseen sekä potilaan tai läheisten näkökulmaan ja kokemuksiin. Kotihoidon, kotisairaaloiminnan ja kotisaattohoidon lisääntyessä hoitotyön kuormittavuus ja työssä selviytyminen ovat myös merkittäviä tutkimusteemoja, mutta toistaiseksi aihealuetta ei ole vielä tutkittu runsaasti. Seuraavassa katsaus muutamaa tutkimukseen.

Kuala Lumpurissa, Malesiassa, vuonna 2014 tehdyssä tutkimuksessa lääkärit Chong ja Abdullah selvittivät lasten kotona toteutuvan palliatiivisen hoidon sairaanhoitajien kokemuksia. Tässä vaiheessa malesialaisen palliatiivisen hoitotyön asiakkaat olivat olleet lähinnä aikuisia, eikä lasten palliatiiviselle hoidolle räätälöityjä palveluita juurikaan saatavilla. Tutkijoiden tavoitteena oli näin ollen kehittää niin terveydenhuollon ammattilaisten koulutusta kuin itse palvelustrategioita lasten palliatiivisen hoidon laadun turvaamiseksi. Puolistrukturoidulla haastattelulla kerätystä aineistosta nousi esille haasteiden ja selviytymisen teemat. (Chong & Abdullah 2017.) Näistä haasteet voisi mielestäni tulkita kuormitustekijöinä ja selviytymisen teeman liittyvän työssä jaksamiseen ja sitä tukeviin tekijöihin.

Haasteista oli eroteltavissa neljä teemaa: Kommunikoinnin haasteet, riittämätön koulutus ja tiedot, henkilökohtainen kärsimys ja organisoinnin haasteet. Kommunikoinnin haasteet käsittivät paitsi lasten kanssa viestinnän, myös vuorovaikutuksen vanhempien kanssa. Lasten kanssa viestinnän koettiin vaativan mielikuvituksellisempia kommunikoinnin taitoja ja keinoja (piirtäminen, taide, leikki) kuin aikuispotilaiden kanssa. Vanhempien kanssa nähtiin haasteena suhteen luomiselle käytettävissä oleva lyhyeksi koettu aika ja vanhempien tunteiden osallisuus kommunikoinnissa. Vanhemmat toimivat usein myös lapsensa puolesta puhujina, mikä aiheutti toisinaan vaikeuden tietää potilaan henkilökohtaisista ajatuksista ja toiveista vanhempien mahdollisesti muokatessa totuutta kommunikoinnissa puolin ja toisin. (Chong & Abdullah 2017.)

Riittämättömän koulutuksen ja tiedon suhteen sairaanhoitajat kohtasivat haasteita hoitaessaan lapsia, joilla oli hoitajien aiemmasta syöpäosaamisesta poiketen moninaisempia diagnooseja. Myös aikuispotilaita aiemmin hoidettuaan erilaiset lääkeannokset tuottivat haasteita lapsipotilaiden kanssa. Henkilökohtaisen kärsimyksen teema käsitti suurien ja vaikeiden tunteiden (itsessä ja

asiakkaissa) kohtaamisen, pelon ja syyllisyydentunteen kokemattomuutensa vuoksi, kiireen ja moraalisen ahdistuksen. Vastauksissa todettiin, että lapsen kuolema on luonnotonta, ja siinä läsnä kulkeminen on iso tunnekokemus kohdatessaan kuolevan lapsen ja tämän surevat omaiset. Tätä kaikkea joillain vastaajista pahensi myös samaistumisen tunne. Organisoinnin haasteet liittyivät vastauksissa kiireeseen, ajan puutteeseen kotikäynneillä, henkilöstöpulaan, potilaskuormaan ja siihen, että tiimin ei koettu olevan tarpeeksi monipuolinen/-ammattillinen sekä kokemukseen palveluiden riittämättömyydestä asiakkaille. (Chong & Abdullah 2017.)

Selviytymisen osalta nähtiin sekä yksilön sisäisiä että ulkoisia tekijöitä sekä organisoinnin ja työyhteisön teemoja. Sisäisiin selviytymistä edistäviin tekijöihin lukeutui yksilön oma motivaatio ja resilienssi sekä oman roolin arvostaminen ja kokemusten myötä työssä kasvaminen. Käytännön tasolla selviytymistä tuki ammatillisten rajojen pitäminen sekä palautuminen esimerkiksi rukousten ja meditaation keinoin. Yksilön ulkoiset ja järjestelmään liittyvät selviytymisen tekijät liittyivät kollegiaaliseen emotionaaliseen tukeen ja ohjaukseen, tiimityöhön, kokemusten jakamiseen virallisissa ja epävirallisissa yhteyksissä, omaan perheeseen ja potilaan perheeseen sekä näiltä saatuun palautteeseen. Myös lääketieteellisissä asioissa osaavan johtavan lääkärin merkitys koettiin monin tavoin tärkeäksi. (Chong & Abdullah 2017.)

Tutkimuksessa heräsi monenlaista tarvetta täydennyskoulutuksen kehittämiseksi. Muun muassa viestintätaitojen opiskelun tulisi olla osana lasten palliatiivisen hoidon peruskoulutusta. Todettiin myös, että organisatorinen tuki pitää sairaanhoitajat työssään. Sairaanhoitajista suurin osa koki kaikesta huolimatta työnsä mielekkääksi ja motivoivaksi sekä kotona sairaalan sijaan toteutettavan palliatiivisen hoidon potilaiden lisäksi myös omana psyykkisenä ja emotionaalisena etunaan. (Chong & Abdullah 2017.)

Hieman vastaavan kaltainen laadullinen tutkimus toteutettiin Kiinassa (Zhang, Cao, Su, Cheng & Yao 2022) puolistrukturoiduin haastattelukysymyksin sairaanhoitajille lokakuun 2018 ja helmikuun 2019 välisenä aikana. Tavoitteena oli selvittää, mitä haasteita sairaanhoitajat kohtaavat kotona toteutettavassa palliatiivisessa hoitotyössä. Taustalla oli Kiinassa lisääntyvä kotihoidon tarve sairaaltilojen kuormittuessa. Toisaalta kotiin tuotavan palliatiivisen hoidon kehittämisohjelmista huolimatta kapuloita rattaisiin olivat tuoneet lainsäädännölliset, taloudelliset ja koulutusresurssien

puutteet. Kiinalaisen kulttuurin kuolemasta puhumisen tabu oli omalta osaltaan vaikuttanut potilaiden ja heidän perheidensä vastustukseen saattohoitoa kohtaan ja täten jarruttanut myös tätä kehitystä. Edellisen pohjalta tälle tutkimukselle oli tilauksensa, pyrkimyksenä sairaanhoitajien kohtaamien haasteiden ymmärtämisen kautta parantaa kotiin tuotavan palliativisen hoidon laatua ja ohjata terveydenhuoltopalveluita. (Zhang ym. 2022.)

Tässä tutkimuksessa vastauksien perusteella nousi haasteiden teemoiksi sairaanhoitajien puutteellinen valmius, potilaiden ja heidän perheidensä yhteistyökyvyttömyys sekä terveyspalveluiden uran haitat (urakehitysmahdollisuuksien puute). Institutionaaliset esteet arvioitiin useiden negatiivisten kokemusten taustatekijöiksi. Sairaanhoitajien valmiuteen liittyivät sekä alhainen työmotivaatio että riittämätön ammatillinen kyky. He kokivat olevansa huonosti valmistautuneita näihin uusiin käytänteisiin. Motivaatiota söi potilaiden ja heidän omaistensa suhtautuminen hoitotyöhön: kotihoidon sairaanhoitajien sosiaalinen asema oli heikompi sairaaloiden sairaanhoitajiin verrattuna. Pinnalliseksi koettu teoriaopetus ei vastannut sairaanhoitajien tarpeisiin oppia tunnistamaan ja kohtaamaan potilaiden psyykkisiä tarpeita. (Zhang ym. 2022.)

Potilaiden ja perheiden yhteistyökyvyttömyys sisälsi sekä epäasiallisen käyttäytymisen että ei-hyväksyttävän asenteen hoitoa kohtaan. Joissain tapauksissa potilaat jopa kieltäytyivät ottamaan vastaan hoitoa. Toisinaan haasteena oli perheenjäsenten haluttomuus tai kyvyttömyys hoitoon sitoutumisessa. Monelle vastaajista tuli tunne, että he häiritsivät potilaita ja heidän perheitään. Urahaittojen osalta sairaanhoitajat kokivat, että kehitysmahdollisuudet olivat olemattomat ja edut, kuten palkka ja lisätuet, riittämättömiä. He eivät myöskään saaneet käyttöönsä hoidon toimittamisessa tarvittavia kuljetus- tai viestintävälineitä, vaan joutuivat hankkimaan ne omakustanteisesti. (Zhang ym. 2022.)

Johtopäätöksinä tutkimuksessa todettiin, että haasteet kotihoidossa ovat monitahoisia, ja että ulkoiset haasteet ruokkivat sairaanhoitajien sisäisesti kokemia haasteita. Sairaanhoitajat tarvitsevat parempaa valmistautumista ja organisatorista tukea. Jatkotutkimuksilla tulisikin tutkijoiden mukaan kehittää menetelmiä sairaanhoitajien työmotivaation edistämiseksi, kannustinjärjestelmien parantamiseksi ja kotiin tuotavan palliativisen hoidon lisäämiseksi. (Zhang ym. 2022.)

Kotimaisia opinnäytetöitä on kotihoidon ja kotisaattohoidon henkilöstön työhyvinvoinnista tehty jossain määrin, ja laajempia tutkimuksia vähäisesti. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyössään Töttölä (2023) on selvittänyt kotisaattohoidon hoitohenkilökunnan kuormittavuustekijöitä ja esihenkilön tukikeinoja. Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella toteutetussa opinnäytetyössä tausta-ajatuksena on ollut väestön ikääntymisen myötä lisääntyvä koti(saatto)hoidon tarve sekä se, että henkilöstön näkökulmasta tässä kontekstissa ei juurikaan ole tutkimuksia tehty. Tavoitteena on ollut tuottaa tietoa kotisaattohoidon nykytilanteesta ja sen kuormitustekijöistä henkilöstön näkökulmasta, jotta tämä tärkeä tieto olisi hyödynnettävissä kotisaattohoitoa kehitettäessä. (Töttölä 2023.)

Töttölän opinnäytetyön tuloksista nousi kolme luokkaa: Kotisaattohoidon kuormittavat tekijät hoitohenkilökunnalle, kotisaattohoidon kehittämistarpeet hoitohenkilökunnan näkökulmasta sekä esihenkilön merkitys kotisaattohoidossa. Kuormittavina tekijöinä mainittiin muun muassa tunnekuorma, fyysinen kuormittuminen (ergonomia), samaistuminen, kuoleman kohtaaminen ja kokemus kuoleman rajallisuudesta sekä liian lyhyeksi koettu potilaan kanssa vietettävä aika. Kuormittavuutta lisäsi myös huoli omaisista potilaan kuoleman jälkeen. Myös vieraiden kulttuurien kohtaaminen saattoi olla kuormittavaa, mutta toisaalta kuormitus väheni niihin tutustuttaessa ja ymmärryksen laajetessa. Lapsiomaisten kohtaaminen koettiin erityisen raskaaksi, ja yleensäkin omaisten tunnekirjon käsittelyn nähtiin edellyttävän hienovaraisista ammatillisuutta. Lisäksi kuormitusta koettiin aiheutuvan hallinnollisten velvoitteiden yhdistämisestä muutoinkin vähäiseen ja rajalliseen aikaan. (Töttölä 2023.)

Hoitohenkilökunnan kehittämisehdotuksia Töttölän opinnäytetyöstä virisi koulutukseen, jaksamisen tukemiseen sekä saattohoidon alueellisiin eroavaisuuksiin liittyen. Hoitohenkilöstö toivoi erityiskoulutusta esimerkiksi välineistön käyttöön (kipupumppu) sekä geriatrisen potilaan, syöpä- ja muistisairaiden hoitotyöhön. Myös kotisairaaloiminnan ja kotisaattohoidon moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen nähtiin tarpeita. Jaksamisen tukena nähtiin kollegiaalisen keskustelun ja työnohjauksen mahdollisuudet. Tässä esimiehen merkitys nousi tärkeäksi. Esimiehen rooli työssä jaksamista tukijana ilmeni myös inhimillisenä johtajuutena esimerkiksi yksilökohtaisella työn jaksottamisella tai muuten helpottamisella. Esihenkilöltä odotettiin myös koulutusmahdollisuuksien järjestämistä. Johtopäätöksenä Töttölä toteaa, että kotisaattohoidon ammattilaisilla on sekä fyysisiä että psyykkisiä kuormitustekijöitä. Avohoidon merkityksen kasvaessa ja jatkuvasti kehitettäessä

tulisi paneutua erityisesti saattohoitopotilaiden eriarvoisuuteen asuinpaikkansa takia ja tutkia tasavertaisen kotisaattohoidon mahdollistumista. (Töttölä 2023.)

Borisov (2023) on kuvaillut ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyössään Keski-Uudenmaan sote:n alueellisen kotisairaalan hoitajien kokemuksia palliatiivisen ja saattohoitopotilaan kuormittavista hoitotilanteista, niiden käsittelytapoja sekä kehitysehdotuksia tilanteiden läpikäymiselle. Borisovin tarkoituksena oli saada hoitajien oma ääni kuuluville haastavien potilastilanteiden merkityksellisyydestä hoitotyössä. Hän pohjusteli opinnäytetyönsä tavoitetta sillä, että palliatiivisessa hoitotyössä arvioidaan tarvittavan erityistason hoitoa tai konsultaatiota joka toisen potilaan kohdalla, mutta hoitotyöntekijöistä on ennennäkemätön pula maassamme: Tässä henkisesti vaativassa asiantuntijatyössä työntekijät ovat yleensä motivoituneita, mutta merkityksellistä on pohtia henkisen kuorman helpottamisen keinoja. Opinnäytetyön tavoitteena oli yhtenäistää tilanteiden käsittelyä ja mahdollistaa henkilökunnan osallistuminen toimintatapojen luomiseen. (Borisov 2023.)

Opinnäytetyön aineisto kerättiin teemahaastattelulla, joiden vastausten perusteella henkilökunnan kuormitus ”kiteytyy kuoleman lopullisuuteen.” Haasteet ovat arkipäivää ja luonteeltaan moninaisia, mutta niiden käsittely vähäistä. Haasteet syntyvät oirehoidon toteutuksessa ja potilaan tuskan ja omaisten kohtaamisessa, epäoikeudenmukaisuuden kokemisessa ja kuoleman läsnäolossa. Työn tahti on kiireinen, kollegiaalisen tuen saaminen puutteellista ja tilanteiden purkaminen vaihtelevaa vailla systemaattista organisointia: Haastavia tilanteita käydään läpi jatkuvasti, mutta ei tiedostetulla tasolla, tai säännöllisesti toteutettuna. Palliatiivinen palaveri ja työnohjaus olivat käsittelymenetelminä käytössä ja tärkeiksi koettuja, mutta niiden toteutuminen hyvin vaihtelevaa, eikä yleensä vastannut ajantasaiseen tarpeeseen. Hoitohenkilökunta on hyvin motivoitunutta ja asiakkaiden kohtaaminen erittäin laadukasta. Tilanteiden käsittelyyn sitoutumisen asteen lisäämiseksi he toivoivat alueellista, ammatillisuutta vahvistavaa ja systemaattista käsittelyä. Tämä voisi toteutua alueellisen mallin kehittämällä ja asioiden vakioimisella. (Borisov 2023.)

Näissä tutkimuksissa ja opinnäytetöissä ilmeni kotona tehtävän palliatiivisen ja saattohoidon hoitoyön monitahoiset, mutta maantieteellisistä eroista huolimatta melko yhteneväiset haasteet ja pääosin henkinen/psykososiaalinen kuormittuminen. Mielenkiintoinen havainto oli aasialaisista tutkimuksista ilmennyt puoli palliatiivisen kotihoidon vähäisyydestä ja esimerkiksi Kiinassa siitä,

että siihen asennoituminen on yleisesti nuivaa. Kulttuureissa, joissa perhe ja koti ovat erityisen tärkeitä arvoja, elämän loppuvaiheen terveydenhuollon palveluiden hyväksyminen kotiin ei ole itsensänselvyyttä. Nämä tutkimukset nostettiin tähän mielenkiinnosta, pieneksi esimerkiksi siitä, että kotona toteutuva palliatiivinen hoito ja saattohoito ovat myös muualla maailmassa kasvava palvelumuoto, ja strategioiden jatkuvan kehittämisen tarve ilmeistä muuallakin kuin Suomessa. Tämä on toinen aihealueensa, eikä koske tätä opinnäytetyön fokusta. Sen sijaan kaikissa näissä tutkimuksissa nousee selviytymisen ja työssä jaksamisen näkökulmasta esiin organisatorisen tuen merkitys. Sairaanhoidajat kokevat tarvetta työnantajan ja/tai esihenkilön mahdollistamia tilaisuuksia osaamisen kehittämiseen, mutta ennen kaikkea tukea systemaattisen psykososiaalisen kuormituksen käsittelylle.

3.2 Työssä jaksamisen tukeminen

Saattohoitotyössä esimerkiksi myötätuntouupumusta ja työuupumusta ennaltaehkäisevien keinojen merkitys nousee arvoonsa. Omasta työstä olisikin hyvä etsiä jaksamista auttavia ja itseä kuormittavia tekijöitä. Jokaisella on **yksilötasolla** omakohtainen mahdollisuus pyrkiä ennaltaehkäisevästi vaikuttamaan omaan jaksamiseensa saattohoidon hoitotyössä. Kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin kuuluu itsestä huolehtiminen: Fyysisen kunnon ylläpitämiseksi saa tarvittaessa tukea työterveydestä. Työn ja vapaa-ajan toisistaan erottaminen edesauttaa itselle tärkeiden voimaannuttavien asioiden toteuttamista esimerkiksi harrastuksiin, ystäviin sekä riittävään ja laadukkaaseen uneen panostamalla. Omat rajat tulisi tunnistaa, asettaa ja pitää niistä kiinni. Oma aktiivisuus kouluttautumisessa ja kollegoiden kanssa käytävissä keskusteluista liittyy ammatillisen identiteetin vahvistumiseen, mikä myös tukee työssä jaksamista. (Konttinen 2018, 99–100.)

Työyhteisön tuki mahdollistuu yhteisissä keskusteluissa sekä moniammatillisessa tiimityöskentelyssä itsessään. Tiimin yhteinen koulutus, kuten yhteinen ja säännöllisesti toteutuva työnohjauskin, luovat tilaisuuksia keskinäiseen vuorovaikutukseen. Työyhteisön vuorovaikutuksellisuuteen sisältyy olennaisena myös yhteisöllisesti jaettava palaute. Se tukee paitsi ammatillista kasvua, myös jaksamista. Työyhteisön tuki voi olla olennaista myös omien rajojen tunnistamisessa. (Konttinen 2018, 99.)

Työnantajan tulee luoda työn kuormitustekijöitä ja niiden vaikutuksia vähentäviä, ennaltaehkäiseviä tehokkaita käytäntöjä ja vahvistaa työn voimavaratekijöitä. Työnantaja on työturvallisuuslain

9§:n mukaisesti velvoitettu laatimaan työsuojelun toimintaohjelman, jolla pyritään edistämään ”turvallisuutta ja terveellisyttä” sekä työntekijöiden työkykyä. Toimintaohjelman tulee sisältää työn organisoinnin, työolojen, sosiaalisten suhteiden sekä työympäristön vaikutukset työntekijöiden henkiseen ja fyysiseen terveyteen. Tämä ennaltaehkäisevä ohjelma on laadittavissa sisällöltään, tavoitteiltaan ja laajuudeltaan vastaamaan juuri kunkin alan ja työpaikan omiin tarpeisiin ja kehityskohteisiin. Jo työn suunnitteluvaiheessa työnantajan on huomioitava työn vaatimusten ja työntekijän resurssien suhde, tavoitteena ennalta vähentää työntekijän turvallisuudelle tai terveydelle aiheutuvaa haittaa tai ylikuormitusta. Suunnittelussa huomioitavat asiat käsittävät työntekijöiden edellytyksiä yleisesti, ei yksilöllisesti. Työnantajan tulee perehdyttää työntekijöitä, mikä sisältää esimerkiksi ohjausta työssä kuormittumisen ehkäisemiseksi sekä kuormituksen hallitsemiseksi. Perehdytyksessä on myös opastettava toimimaan kuormittumisen tilanteessa. (Autio 2022, 27–30, 89–90.)

Psykososiaalisen jaksamisen tukeminen hoitotyössä. Traumaattisten tilanteiden kokemukset voivat käsittelemättöminä aiheuttaa pidemmällä aikavälillä henkistä kuormittuneisuutta, jolloin uusien vastaavien tilanteiden läpikäyminen tulee entistä haastavammaksi. Negatiivinen tunnekuorma heikentää jaksamista paitsi yksilökohtaisesti myös koko työyhteisön tasolla. Työnantajan on huolehdittava, että vaikeisiin tilanteisiin on erilaisia tukikeinoja. Kollegiaalinen keskustelu tai esimies-alaiskeskustelujen ohella tukikeskusteluita voidaan toteuttaa myös ammattimaisella ohjauksella. (Psykososiaalisen jaksamisen tukeminen n.d.)

Äkillisten ja järkyttävien tilanteiden purkamiskeskustelun, eli defusingin, tarkoitus on lievittää stressireaktiota ja psyykkistä stressiä välittömästi. Siinä käsitellään asianomaisten kesken kokemuksia, mielikuvia ja tunteita, eli siinä mahdollistuu vertaiskokemusten jakaminen. Defusing tulee käydä heti tapahtuman jälkeen tai viimeistään työvuoron lopussa, ja sen myötä vahvistetaan työyhteisön sosiaalista verkostoa, joten se ennaltaehkäisee eristäytymistä ja auttaa normaaliin paluuta sekä toimintakyvyn palautumista mahdollisimman pian. Debriefing eli jälkipuinti puolestaan tapahtuu ammattiohjauksessa, esimerkiksi työterveyshuollon järjestämänä, muutaman vuorokauden sisällä tapahtuneesta. Silläkin pyritään palautumaan työkykyiseksi mahdollisimman pian ja työyhteisöä tukien ennaltaehkäistä stressireaktiot. (Psykososiaalisen jaksamisen tukeminen n.d.)

Työnohjaus on yksi työssä jaksamisen tukimuodoista. Se on koulutetun työntekijän avulla tapahtuvaa oman työn tutkimista, arviointia ja kehittämistä. Työnohjauksella on tilaisuus yhdessä jäsentää ja tulkita työhön, työyhteisöön ja omaan työrooliin liittyviä kokemuksia ja tunteita. Työnohjauksen hyötyinä nähdään muun muassa yhteisten tavoitteiden, tehtävien ja roolien selkiytyminen yksilö-, ryhmä- ja organisaatiotasolla, yhteistyön ja johtamisen parantuminen sekä ylipäättään työskenteilyn ratkaisukeskeisen lähtökohdan edistyminen. Työnohjaus on yhdessä määriteltyyn tavoitteeseen perustuva, ratkaisuihin ja ammatillisen kasvuun tähtäävä useamman tapaamiskerran prosessi. Sitä voidaan toteuttaa ryhmissä, mutta myös yksilötapaamisilla. (Mitä työnohjaus on? n.d.)

4 Opinnäytetyön tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa potilaan kotona saattohoitoa toteuttavien sairaanhoitajien näkemyksiä työn kuormittavista tekijöistä sekä jaksamista tukevista toimista. Tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa siitä, mitkä tekijät itsenäisesti tehtävässä kuolevan potilaan hoitotyössä ja kohtaamisessa koetaan kuormittavina, työhyvinvointia ja jaksamista heikentävinä asioina. Lisäksi selvitettiin, miten työssä kuormittumisen käsittelyä ja jaksamista tuetaan. Näiden asioiden esille tuominen mahdollistaa tarvittavien kehityksellisten toimenpiteiden pohdinnan jatkossa, jotta osaava, asiantunteva henkilöstö jaksaa, motivoituu ja sitoutuu pysymään työssään.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat:

1. Mitkä tekijät kuormittavat sairaanhoitajaa kotisaattohoidossa?
2. Mikä tukee sairaanhoitajan kotisaattohoitotyössä jaksamista?
3. Miten kotisaattohoitotyössä jaksamisen tukemista tulee kehittää sairaanhoitajan näkökulmasta tarkasteltuna?

5 Opinnäytetyön toteutus

Tässä opinnäytetyössä haluttiin korostaa yksilöiden kokemuksia ja näkemyksiä, minkä vuoksi työ toteutettiin **laadullisena tutkimuksena**, jolloin lähtökohtana on Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2009) mukaan moninaisen todellisuuden tutkiminen, ja sen näkökulmasta asioille ja tapahtumille on löydettävissä monenlaisia ja -suuntaisia keskinäisiä suhteita. Myös tekijän omien arvolähtökohtien ja subjektiivisuuden ymmärretään myötävaikuttavan tutkimuksen tulosten aikaan ja

paikkaan rajoittuviin, ehdollisiin selityksiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161, 164.) Laadullisen tutkimusmenetelmän piirteisiin kuuluu ajatus, että mitään ei tule ottaa itsestään selvänä, vaan ”arkijärjestä” on irtaannuttava. Aineistoja tulkitaan osana normaalielämän kontekstia, ja tutkittavien persoonallista subjektiivutta arvostetaan. (Juhila n.d.) Laadullisella tutkimusmenetelmällä tavoitellaan yksilön tai ryhmän toiminnan ymmärtämistä ”- - ihmisten niille antamien merkitysten eli laatujuen (esimerkiksi halut, arvot, ihanteet, uskomukset) avulla” (Vilka 2021, 179). Laadullisessa tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena ovat siis yksilölliset kokemukset, ajatukset ja tunteet tutkittavana olevan henkilön subjektiivisesta näkökulmasta (Juuti & Puusa 2020, 9), minkä koettiin sopivan erinomaisesti tämän opinnäytetyön toteutuksen lähtökohdaksi.

5.1 Aineiston keruu

Laadullisessa tutkimuksessa tavoitellaan tutkittavien omaa ääntä ja näkökulmia, ja kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164). Tämän opinnäytetyön kysely kohdentui kotisairaalaan, jonka osastonhoitajan kanssa käytiin aiheesta alustavaa keskustelua toukokuussa 2023. Kesän aikana sovittiin yhteistyöstä, ja toimitettiin tutkimuslupahakemus kotisairaalan hyvinvointialueen tutkimusasiantuntijoille. Lupa myönnettiin elokuussa, ja itse aineiston keruu pääsi toteutumaan **sähköisenä kyselynä** Webropol-alustalla syyskuun aikana. Tämän kyselyn lähtökohtaisena ajatuksena oli, että aihealue on jokaiselle kyselyn vastaanottajalle tärkeä, koska hoitotyössä kuormittuminen on yleisesti tiedossa oleva, työssä jaksamista haastava asia, ja siihen liittyvä tukimuotojen kehittäminen siksi merkityksellinen aspekti ja omaan työhyvinvointiin vahvasti vaikuttava tekijä. Tämän oletettiin lisäävän motivaatiota vastata kyselyyn.

Laadullisen tutkimuksen aineiston keruussa pyritään normaalielämän kontekstiin ja mahdollisimman strukturoimattomaan etenemiseen. Siinä ymmärretään, että esimerkiksi haastattelutilanne on vuorovaikutteista haastattelijan toimiessa yhtenä vaikuttimena aineiston muotoutumisessa. (Juhila n.d.) Laadullisessa tutkimuksessa nähdään usein tutkijan ja tutkittavien läheinen kontakti, mutta se ei välttämättä ole edellytys (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 194). Tämän opinnäytetyön aineiston keruussa pyrittiin siihen, että tekijän vaikutus aineistoon pysyi mahdollisimman vähäisenä. Sähköisenä toteutetun kyselyn ajatuksena oli antaa vastaajille tilaisuus vastata itselleen luontevimmassa tilanteessa ja parhaaksi katsomanaan ajankohtana sekä punnitsemaan vastauksiinsa omassa rauhassaan ilman vuorovaikutusta opinnäytetyön tekijän kanssa. Tällä turvattiin sekin, ettei vastaamiselle tarvinnut aikatauluttaa tapaamista muutoinkin kiireiseksi todetun työelämän

oheen. Vastaamisessa oli tilaisuus palata oman tekstin pariin muokatakseen valitsemiaan sanoja tai ilmaisumuotoja ennen lähettämistä. Näin pyrittiin takaamaan kyselyyn osallistuvan henkilön omakohtaisen näkökulman esille saaminen mahdollisimman optimaalisesti, kokonaisvaltaisesti ja luontevasti.

Kysely koostui avoimista kysymyksistä. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2009) esittävät Foddyn (1995) listauksen avoimien kysymysten eduista, joista poimittiin tämän kyselyn laadinnan kannalta tärkeimmäksi perusteeksi se, että avoimien kysymysten avulla vastaajalla on tilaisuus ilmaista itseään omin sanoin ilman ehdotettuja ja johdattelevia vastausvaihtoehtoja. Tällä tavoin saadaan esiin se, mikä vastaajien ajattelussa on keskeisintä ja minkä he kokevat tärkeimmäksi tuoda julki. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 201.) Kyselyn laatimisessa seurattiin Vallin (2018) periaatteita: Ensin täsmennettiin koko opinnäytetyön tarkoitus ja se, mitä kyselyllä oli tarkoitus löytää. Kysymysten muotoilemisessa pyrittiin pysymään asian fokuksessa, kiinnittämään huomioita sanamuotoihin ja kysymysten yksiselitteisyyteen. Kysymysten jäsentelyssä oli huomioitava, etteivät ne muotoutuneet millään muotoa johdatteleviksi. Taustakysymyksiä lisättiin lämmittelyksi ennen varsinaiseen aiheeseen siirtymistä. Kysely pyrittiin pitämään tarpeeksi napakkana kokonaisuutena sisällöllisesti ja pituudeltaan, jotta mielenkiinto vastaamiseen säilyisi loppuun saakka. Kiinnostuksen ylläpitämistä pyrittiin edistämään myös välttämällä monimutkaista kieltä ja muotoilemalla kysymykset mahdollisimman henkilökohtaiseen muotoon. (Valli 2018, 81–83, 85.)

Lopullisen kyselyn ulkoasu pyrittiin laatimaan selkeäksi kokonaisuudeksi, joka näytti helposti täytettävältä ja siltä, että vastaamiselle oli varattu asianmukaisesti tilaa. Saatekirjeessä kerrottiin kyselyn ja opinnäytetyön tarkoituksesta sekä rohkaistiin vastaamaan huomauttamalla sen merkityksellisyydestä vastaajalle itselleen. Kirjeessä ilmeni myös vastausten viimeinen toivottu palautuspäivämäärä ja kerrottiin, että vastaajille toimitetaan linkki lopullisen raportin lukemiseksi työn valmistuttua. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 204.)

Kotisairaalan yhteyshenkilön välityksellä kysely (liite 2) lähetettiin saatekirjeineen (liite 1), aineistönhallintasuunnitelmineen ja tietosuojaselosteineen sähköisesti kotisaattohoitotyötä toteuttaville kotisairaalan sairaanhoitajille. Kysely saavutti 20 sairaanhoitajaa. Opinnäytetyön tekijän yhteystiedot olivat vastaajien saatavilla saatekirjeessä, millä mahdollistettiin jatkuva mahdollisuus yhteydenpitoon kyselyn aikana ilmaantuvien kysymysten ja tiedustelujen varalta. Vastaamiselle

asetettiin määräajaksi kaksi viikkoa kyselyn vastaanottamisesta. Vaikka saturaatioajattelu usein ohjaakin laadullisen tutkimuksen tekijöitä aineiston riittävyden määrittelyssä, tässä opinnäytetyössä ei pyritty aineiston osalta tavoittelemaan mitään näennäistä saturaatiopistettä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 182), vaan ennalta määritetyn, kyselytutkimusta ajatellen suppeahkon kohdejoukon vastaukset huomioitiin kukin ainutlaatuisuudessaan. Kahden viikon vastausaikaa pidennettiin yhteistyössä yhteyshenkilön kanssa kahteen otteeseen siten, että kysely oli avoinna lopulta noin kuukauden. Kyselyyn vastasi viisi sairaanhoitajaa.

5.2 Aineiston analyysi

Aineiston analyysi voi tapahtua induktiivisesti tai deduktiivisesti. Jälkimmäisessä päättelyn lähtökohtana ovat teoria tai teoreettiset käsitteet, jotka on operationalisoitu analyysikehikkoon tai lomakkeeseen aiempien tutkimusten suuntaisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 167.) Tässä opinnäytetyössä oli induktiivinen lähtöasetelma, eli tulosten odotettiin nousevan empiirisestä aineistosta. Myös tekijän oman lähtökohtaisen näkökulman merkitys huomioitiin aineiston tarkastelussa, eli olisi mahdollista puhua analyysivetoisesta tutkimusasetelmastakin. (Juhila n.d.) Induktiivisessa sisällönanalyysissä päättelyä ja kategorisointia ohjaavat aineisto ja tutkimustehtävä ilman, että aikaisemmat teoriat, havainnot tai tiedot vaikuttaisivat päättelyyn (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 167). Tästä lähtökohdasta toteutettiin tämän opinnäytetyön aineiston analysointia.

Opinnäytetyön aineisto käsiteltiin **laadullisen sisällönanalyysin** periaatteilla, tarkoituksena kuvailla ilmiötä laajasti mutta tiiviisti. Sisällönanalyysi valikoitui aineiston analyysimenetelmäksi, sillä se vastasi opinnäytetyön tarkoitukseen, eli kuvauksen lisäksi ” - sillä tavoitetaan myös merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä.” (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 166.) Aineistosta pyrittiin ilman teoreettista lähtöoletusta tunnistamaan ja nimeämään sisällöllisiä elementtejä systemaattisella ja huolellisella koodaamisella, taulukointia hyödyntäen. Tämän myötä sisällönanalyysissä päädyttiin huomaamaan yleisempiä johtopäätöksiä vastausten eroavaisuuksista ja samankaltaisuuksista. (Vuori n.d.) Näiden päätelmien myötä pystyttiin laatimaan synteesejä, joilla koottiin opinnäytetyön pääpiirteet ja vastattiin sen kysymyksiin aineiston olennaisimmiksi nousseilla vastauksilla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 230.)

Sisällönanalyysissa kuljetaan Tuomen ja Sarajärven (2018) mukaan aineistosta kohti tutkittavan ilmiön käsitteellisempää näkemystä, ja prosessi pohjautuu tulkintaan ja päättelyyn. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin etenemistä ei voi tarkalleen määritellä etukäteen, koska se muovautuu aina aineistonsa näköisesti. Tämän opinnäytetyön aineiston analysoinnissa edettiin pääpiirteittäin seuraavan kaltaisesti:

- 1) Redusointi eli pelkistäminen: Epäolennaisen karsiminen aineistosta, tiivistäminen ja osiin pilkkominen.
- 2) Klusterointi eli ryhmittely – Alaluokkien muodostaminen: Pelkistetyt ilmaukset yhdistetään ja ryhmitellään.
- 3) Alaluokkien yhdistäminen → Yläluokkien muodostaminen.
- 4) Yläluokkien yhdistäminen → Pääluokkien muodostaminen.
- 5) Abstrahointi eli käsitteellistäminen → Kokoavien käsitteiden määrittely.

(Tuomi & Sarajärvi 2018, 94–95.)

Aineisto käytiin huolellisesti läpi lukemalla vastaukset aluksi kahteen kertaan, vastaaja kerrallaan. Tämän jälkeen vastauksia alettiin tarkastella kysymyskohtaisesti, kyselyssä esitettyjen kysymysten perusteella. Seuraavaksi siirryttiin poimimaan kustakin vastauksesta opinnäytetyön tutkimuskysymysten kannalta oleelliset kohdat alleviivaamalla, ja epäolennainen teksti häivytettiin pienentämällä fonttia. Täten aineisto redusointiin.

Seuraavassa vaiheessa aineistoa ryhdyttiin klusteroimaan, eli ryhmittelemään pelkistettyjä ilmauksia alaluokkiin. Taulukossa 1 jäsenetään esimerkin avulla klusterointivaihetta. Tämän taulukon esimerkissä tarkasteltiin aineistoa ensimmäisen tutkimuskysymyksen: ”Mitkä tekijät kuormittavat sairaanhoitajaa kotisaattohoitotyössä?” pohjalta. Redusoidusta aineistosta oli nähtävissä ilmausten kesken yhteneväisyyksiä, joiden mukaisesti luokittelua oli mahdollista tehdä. Näin päästiin kuormitustekijöitä kuvailevista pelkistetyistä ilmaisuista yhteneväisempiin kokonaisuuksiin, alaluokkiin.

Taulukko 1. Esimerkki aineiston klusteroinnista

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka
ergonomiahaasteet	fyysinen rasitus
tilanahtaus	työskentelyolosuhteet
huono valaistus	työskentelyolosuhteet
keliolosuhteet	ulkoiset olosuhteet
painavat välineet	fyysinen rasitus
potilaan ahdistus	potilaan kohtaaminen
potilaan tuska ja kivut	potilaan kohtaaminen
hoidolla ei vastetta	potilaan kohtaaminen
eksistentiaalistiset keskustelut	henkinen työstäminen
lasten saattohoito	lapsipotilaan kohtaaminen
nuoret ja perheelliset potilaat	lasten ja perheiden kohtaaminen
samassa elämäntilanteessa olevat potilaat	samaistuminen
läheinen hoitosuhde	henkinen työstäminen
omaisten vaatimukset	omaisten ohjaus
omaisten epärealistiset käsitykset tilanteesta	omaisten ohjaus
omaisten suru	omaisten ohjaus
omaisten ohjauksen haasteellisuus	omaisten ohjaus
omaisten tuska	omaisten ohjaus
epäselvät hoitolinjaukset	hoidon organisointi
puuttuvat hoitolinjaukset	hoidon organisointi
työn epätasainen jakautuminen	työn organisointi

Klusteroinnin jälkeen alaluokista haettiin edelleen yhteneväisyyksiä yhdistellen näitä yläluokiksi. Tätä vaihetta havainnollistavassa taulukossa 2 haetaan vastauksia opinnäytetyön toiseen tutkimuskysymykseen: ”Mikä tukee sairaanhoitajan kotisaattohoitotyössä jaksamista?”

Taulukko 2. Tiivistetty esimerkki yläluokkien muodostamisesta

Alaluokka	Yläluokka
ammattillinen onnistuminen	yksilöllinen onnistumisen kokemus
palautteen saaminen	yksilöllinen onnistumisen kokemus
arvostuksen ja vastuun saaminen	yksilöllinen onnistumisen kokemus
kollegiaalinen tuki	työyhteisö
kollegiaalinen jakaminen	työyhteisö
työyhteisön yhteistyö	työyhteisö
työyhteisö/johtaminen	työyhteisö
esimiehen käytänteet	johtaminen
esimiehen tuki	johtaminen
hyvät työolosuhteet	johtaminen
työyhteisö/johtaminen	organisointi/johtaminen
hyvät työolosuhteet	organisointi/johtaminen
henkilökohtainen panostus	työn ulkopuoliset tekijät
henkilökohtainen hyvinvointi	työn ulkopuoliset tekijät

Näin edeten yhdistettiin aineiston analysoinnissa vielä yläluokista pääluokat, mistä esimerkki taulukossa 3, jossa vastataan kolmanteen tutkimuskysymykseen: ”Miten kotisaattohoitotyössä jaksamisen tukemista tulisi kehittää sairaanhoitajan näkökulmasta?”

Taulukko 3. Yläluokista pääluokkiin

Yläluokka	Pääluokka
esihenkilötoiminta	johtajuus
työyhteisön kehittäminen	työyhteisö
työyhteisön hyvinvointi	työyhteisö
yksilön vaikuttaminen	yksilö
työyhteisön kehittäminen	organisointi
esihenkilötoiminta	organisointi

Pääluokkien täsmennyttyä oli luokittelun kokonaisuudesta nousseet käsitteet abstrahoitavissa, toisin sanoen koostettavissa opinäytetyön tutkimuskysymyksiin vastaukset. Näitä tuloksia esitellään seuraavaksi tutkimustehtävä kerrallaan.

6 Tulokset

Opinnäytetyössä selvitettiin kotisaattohoitotyötä toteuttavan sairaanhoitajan näkökulmasta sitä, mitkä tekijät työssä kuormittavat, mitkä puolestaan tukevat työssä jaksamista sekä miten työssä jaksamisen tukemista tulee kehittää. Kaikki viisi kyselyyn vastannutta sairaanhoitajaa omasi vuosien kokemuksen palliatiivisesta ja/tai saattohoidon hoitotyöstä, ja kolme heistä mainitsi useamman vuoden työskentelystä nimenomaan kotisaattohoidossa. Webropol-alustalla toteutetussa sähköisessä kyselyssä selvisi, että työssä kuormittumista tapahtuu sekä fyysisten että psykososiaalisten tekijöiden vaikutuksesta. Työssä jaksamisen tukemisen ulottuvuuksina korostuivat yksilötaso, työyhteisön taso sekä johtamisen ja organisoinnin teemat. Vastausten pohdintojen laajuudet vaihtelivat, mutta niissä oli pääosin tutkimuskysymysten kannalta samansuuntaisia linjauksia. Tuloksia tarkemmin kuvaillessa avataan näitä laajemmin ja tarkennetaan tekstiä suorilla lainauksilla vastaajien kirjoituksista kursiivilla merkittyinä.

6.1 Työn kuormittavat tekijät

Vastauksissa ilmenneet **fyysiset kuormitustekijät** liittyivät työskentelyolosuhteisiin, fyysiseen rasiin tukseen sekä ulkoisiin tekijöihin. Kuormittavina olosuhteina koettiin esimerkiksi potilaan kotona sairaanhoitajan työtä rajoittava tilan ahtaus,

“ - - pienet huoneet tai täynnä hoitotarvikkeita/apuvälineitä,”

tarpeeseen nähden vaatimattomat huonekalut tai muun muassa heikko valaistus. Fyysiseen kuormittumiseen vaikuttivat valtaosalla vastaajista työskentelyergonomiset haasteet. Kotiolosuhteissa työskentelyasentojen optimaalinen toteuttaminen ei useinkaan ole toteutettavissa, ja esimerkiksi painavien potilaiden siirto ilman tarvittavaa apuvälineistöä on fyysisesti raskasta. Lisäksi kotikäyneillä mukana kuljetettava työvälineistö ja muu tarvittava materiaali koettiin monen vastaajan osalta fyysisesti kuormittavana. Ulkoisista olosuhteista mainittiin keliolosuhteet ja talvisään vaikutus paljon paikasta toiseen liikkumista sisältävään työhön.

Psykososiaaliset kuormitustekijät koostuivat potilaan kohtaamisen, samaistumisen, omaisten kohtaamisen ja ohjauksen sekä työn ja hoidon organisoimisen teemoista. Potilaan kohtaamisessa psyykkisesti raskaana mainittiin lasten ja nuorten sekä perheellisten saattohoitopotilaiden kohtaaminen. Henkisesti raskaina tekijöinä koettiin eksistentiaalistiset keskustelut potilaan kanssa, potilaan elämäntilanteeseen samaistuminen sekä se, kun hoitosuhteessa muodostui erityisen mukava, hyvä yhteys potilaiden ja/tai tämän omaisten kanssa.

“Jotkut tulee lähelle.”

Kuormittumista koettiin useassa vastauksessa etenkin silloin, kun potilas oli erityisen tuskainen ja ahdistunut hoidosta huolimatta.

“- - hankalat sairaudet ja oireet, joita ei saada hallintaan (esim. kipu, pahoinvointi, ahdistus).”

“- - levottomuus ja ahdistuneisuus ilman selkeää syytä eikä hoidolla tai lääkityksellä saada tätä hallintaan.”

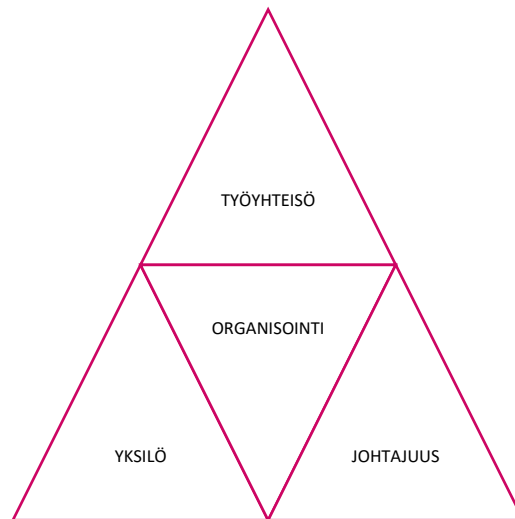
Omaisten kohtaamisessa psyykkisesti kuormittavana koettiin *“hankalat/vaativat omaiset”*, omaisten ohjaamisen tekijät, näiden epärealististen hoitovasteodotustensa työstäminen sekä ennen kaikkea heidän surunsa ja tuskaisuutensa kohtaaminen. Kuormitusta ja ohjauksen haasteellisuutta lisäsi esimerkiksi omaisten vaikeus hyväksyä potilaan tilannetta sekä jos hoitolinjaus oli epäselvä tai puutteellinen, mikä hoidon organisatorisena kuormitustekijänä nähtiin. Itse työn organisoinnissa psyykkistä kuormaa mainittiin tuovan työn epätasainen jakautuminen.

“- - välillä tuntuu siltä että miksi sitä usein ajautuu tilanteeseen jossa joutuu tekemään huomattavasti enemmän töitä toisiin kollegoihin verrattuna.”

Vastauksissa ilmeni työn huonon organisoinnin lisäksi kuormitustekijöinä myös erinäiset tarpeettomiksi koetut hankkeet sekä työmäärää lisäävät, mutta hyödyltään epäselviksi jääneet ohjeistukset.

6.2 Kokemukset työssä jaksamisen tukemisesta

Työssä jaksamista tukevien tekijöiden ja tukemisen kehittämisen näkemyksissä korostuivat kuvion 2 mukaiset teemat.



Kuvio 2. Työssä jaksamisen tukemisen teemat

Toisin sanoen ne tekijät, joiden vastaajat kokivat tukevan heitä työssä jaksamisessaan, liittyivät yksilö-, työyhteisö- ja johtamisen tasoille ja sisälsivät pitkälti erilaisia organisoinnin ulottuvuuksia. Nämä samat tasot toistuivat vastauksissa, joissa tuotiin esille näkemyksiä siitä, miten työssä jaksamisen tukemista tulee jatkossa kehittää.

Yksilötasolla sairaanhoitajan jaksamista kotisaattohoitotyössä tukivat vastausten mukaan muun muassa työssä onnistumisen kokemukset. Näitä olivat tilanteet, joissa itse kliininen hoito oli tuonut vastetta sekä kokemukset toivotusti vaikuttaneesta omaisten tukemisesta.

“Se helpottaa kun pystyy auttamaan potilasta, niin lääkkeillä, hoitotoimilla tai keskusteluilla.”

Myös potilailta tai omaisilta tullut palaute ja työstä saatu kiitos koettiin työssä jaksamista tukevana tekijänä. Moni painotti myös henkilökohtaisen vaikuttamisen mahdollisuuden merkitystä muun muassa työaikasuunnittelussa, tai siihen *miten työtä tekee*. Organisoinnin tasolla lisäksi yksilölliset kokemukset työrauhasta ja kiireettömässä ilmapiirissä työskentelystä koettiin joissain vastauksissa

työssä jaksamisen edellytyksinä. Lisäksi yksilötason tuen elementeiksi nostettiin työn ulkopuolella toteutuva siviilielämän hyvä laatu ja itsestä huolehtimisen tärkeys.

Työyhteisön tuki ja kollegiaalisen jakamisen merkitys nousivat ylivoimaisesti tärkeimmiksi tekijöiksi työssä jaksamisen tukemisessa. Näihin sisältyi esimerkiksi potilaskäyntien toteuttaminen parityöskentelynä, mikä mahdollisti *työnohjauksellisia keskusteluja* toiminnan ohessa. Työyhteisön merkitys korostui siinäkin mielessä, että toimenkuvan ollessa yhteneväinen,

“- jokainen tietää kotisaattohoitotyön haasteet ja ongelmat.”

Avoin, vapaamuotoinen kollegiaalinen keskustelu, tilanteiden purkaminen, kokemusten ja tunteiden jakaminen työyhteisössä koettiin laajalti tärkeinä tekijöinä.

“Kollegiaalinen tuki auttaa jaksamaan ja vähentää kuormitusta.”

Haasteellisten tilanteiden purkamisen lisäksi arvokkaana nähtiin myös kannustuksen ja kehujen jakaminen työyhteisön kesken. Työtoiminnan ohella tapahtuvan tunteiden ja kokemusten jakamisen lisäksi oman arvostuksensa sai vastauksissa myös se, että työtä pystyttiin yhdessä kehittämään esimerkiksi pohtimalla erilaisia vaihtoehtoja potilaan auttamiseksi. Muodollisempina työyhteisötason jaksamista tukevinä tekijöinä mainittiin osastokokoukset sekä työnohjaus, joskin jälkimmäisen käytännön toteutumisen kokemuksissa ilmeni vastauksissa hajanaisuutta. Säännöllisestä, viikoittaisesta työnohjauksesta puhuttiin mahdollisuutena, joko ryhmä- tai yksilömuotoisena, mutta sen hyödyntäminen oli vaihtelevaa.

“Työnohjaus on jees. Toteutuu hyvin.”

“- välillä ei itsekään jaksa lähteä, jos ei kukaan muu lähde (aina ei ehdi välttämättä)”

“Ryhmätyönohjaukseen mahdollista osallistua, jos sattuu työvuoro kohdalle. - - voi mennä joskus useita kuukausia ettei ole sinä päivänä töissä kun työnohjaus on.”

Johtamisen tasolla hyvä esihenkilötoiminta todettiin työssä jaksamista tukevana tekijänä. Tämä edellytti esimerkiksi organisoinnin osalta työsuunnittelun sujuvuutta, edellä mainittujen osastokousten ja työnohjauksen yksilö- ja ryhmätilanteiden mahdollistamista kuin myös asianmukaisen ja ajantasaisen työvälaineistön varmistamista. Esihenkilön tärkeys oli huomioitu myös silloin, kun tämän koettiin puolustavan työyhteisöä korkeammalta taholta tulevien *absurdien* vaatimusten edessä. Eräessä vastauksessa pahoiteltiin sitä, että hyvinvointialuemuutos on karsinut esihenkilöiltä yksilö- ja ryhmätason palkitsemisen keinot. Esihenkilön oli koettu myös toimivan ripeästi tilanteissa, joissa oli ilmennyt akuutti defusingin tarve. Kaiken kaikkiaan työssä jaksamista tukeva esihenkilö nähtiin helposti lähestyttävänä:

“- - tarvittaessa voi käydä juttelemassa henkilökohtaisestikin.”

6.3 Työssä jaksamisen tukeminen ja sen kehittäminen

Vastauksissa ilmeni tarvetta työssä jaksamisen tukemisen kehittämiseksi, sillä nykyinen tuki koettiin suurelta osin riittämättömäksi. Yksilötasoisesti omaa jaksamista voi ylläpitää ja sen tukemista kehittää autonomisen työvuorosuunnittelun avulla. Tämän merkitystä korostettiin useassa vastauksessa. Työvuorosuunnittelulla saattoi esimerkiksi valita itselleen varsinaisiin työtehtäviin keskittymisen kannalta optimaalisimpia työvuoroja.

Työyhteisön tasolla työssä jaksamisen tärkeinä tekijöinä mainittiin työyhteisön kehittyminen ja hyvinvointi. Tälle kaikelle kaivattiin lisää aikaa ja mahdollisuuksia. Jo ylipäättään akuuttien ristiriitojen asianmukaiselle työstämiselle koettiin lisäpanostamisen tarvetta. Kehittämispäivän tai -iltapäivän toteuttamista toivottiin, sillä sen koettiin voivan tuoda selkeyttä ja uutta sisältöä pelisääntöihin sekä avointa keskustelua työyhteisön ongelmista.

“Koko työyhteisön pitäisi saada hetkeksi kokoontumaan ja kertaamaan ja kehittämään pelisääntöjä ja käytäntöjä.”

Työhyvinvoinnin kehittämiseksi kaivattiin työnantajan järjestämää ja mahdollistamaa tyhy-toimintaa. Tämän keinoin työyhteisön jäsenet saivat enemmän yhteistä tekemistä, jonka kautta tutustuisivat, lähentyisivät ja saivat paneutua yhdessä muihinkin kuin työhön liittyviin asioihin.

“Tämä hitsaisi työporukkaa vielä tiiviimmin yhteen.”

Yksi toiminnan organisointiin liittyvä näkemys oli, että ammatillisen ja ammattikorkeakoulujen alan opintoja kehitettäisiin käytännönläheisemmäksi. Tämän arveltiin tuovan asianmukaista täsmennystä kotisairaalan yhteistyöhön perusterveydenhuollon ja kotihoidon kanssa.

Sairaanhoitajan toimenkuvan ymmärtämisen toivottiin ilmenevän esihenkilötoiminnasta selkeämmin. Jaksamisen tuki voisi olla esimerkiksi viikoittaiseen työnohjaukseen menemisen kannustamista. Esihenkilön läsnäolon lisäämistä päivittäisissä tilanteissa kaivattiin jossain määrin. Tämä edistäisi vastausten mukaan lähestymiskynnyksen madaltumista, tiedonkulkua ja asioista kysymistä.

“Näin ollen uskaltaa myös kysyä herkemmin tuki toimia eikä jää yksin asioita pohtimaan- - “

7 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa kotisaattohoitotyötä tekevien sairaanhoitajien näkemyksiä työn kuormittavista tekijöistä sekä jaksamista tukevista toimista. Työn tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa siitä, mitkä tekijät työssä kuormittavat, miten sairaanhoitajat kokevat työssä jaksamistaan tuettavan ja kuinka tätä tukea tulee heidän näkökulmastaan kehittää.

Kotisaattohoidon tarve kasvaa ja palveluita lisätään enenevässä määrin, joten näiden asioiden tutkiminen ja esille nostaminen koettiin oleellisena osaavan ja asiantuntevan henkilökunnan työssä jaksamisen kehittämiseksi. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat: Mitkä tekijät kuormittavat kotisaattohoitotyön sairaanhoitajaa, mikä tukee sairaanhoitajan kotisaattohoitotyössä jaksamista, ja miten kotisaattohoitotyössä jaksamisen tukemista tulisi kehittää sairaanhoitajan näkökulmasta.

7.1 Tulosten tarkastelu

Jokaisessa työssä on omat **kuormitustekijänsä**, joiden ilmeneminen voi olla ajoittaista, tiettyihin ajankohtiin ajoittuvia tai jatkuvaa. Kuormittuminen voi johtua fyysisistä, kognitiivisista, eettisistä tai psykososiaalisista tekijöistä. Jossain määrin työn kuormittavuus voidaan kokea yksilötasolla jopa voimavaratekijänä, mutta kun kuormitustekijät on mitoitettu väärin tai ne eivät ole enää hal-

linnassa, kuormitus kääntyy haitalliseksi. (Autio 2022, 88–89; Työkuormituksen hallinta n.d.) Kotisaattohoitotyön sairaanhoitajien kuormittavat tekijät ilmenevät tämän opinnäytetyön tuloksissa sekä fyysisinä että psykososiaalisina. Fyysisten tekijöiden osalta korostuivat työskentelyergonomiset haasteet, mikä välittyi myös Töttölän (2023) opinnäytetyössä. Vaikka kriteerit kotisaattohoitoon päätymisestä sisältävät myös huomiot hoitotyön mahdollistavista olosuhteista, on jokaisen koti kuitenkin alkujuuriltaan nimenomaan koti, eikä sairaalan omaisia työskentelyergonomisia puitteita pystytä saavuttamaan. Vastauksissa mainitut tilan ahtaus ja puutteelliset apuvälineet esimerkiksi siirtymien tukemisessa, kuten myös raskaan välineistön mukana kuljettaminen, vaikuttavat väistämättä siihen, miten fyysisesti kuormittavaksi hoitotyö kodeissa voi muotoutua. Suuri merkityksensä on myös kiireisellä työtahdilla, mikä tuo haasteita panostaa ajallisesti työskentelyergonomisiin seikkoihin.

Henkiset, työn sisältöön, järjestelyihin ja työyhteisöön liittyvät sosiaaliset ja psyykkiset, eli psykososiaaliset kuormitustekijät, ovat työoloseurantatutkimusten mukaan olleet nousussa viime vuosikymmenten ajan. Vuoden 2020 työolobarometrissa työntekijöistä jopa 60 % koki työnsä henkisesti raskaaksi. (Autio 2022, 13.) Psykososiaalinen kuormittuminen näkyy tämän opinnäytetyön tuloksissa samansuuntaisesti kuin aiemmissakin tutkimuksissa (ks. Chong & Abdullah 2017; Zhang ym. 2022; Töttölä 2023; Borisov 2023). Esimerkiksi liian kiireinen työskentelytahti vaikuttaa monen sairaanhoitajan työssä kuormittumiseen. Manka ja Mankakin (2023) kertovat työoloseurantatutkimusten mukaan kiireen koskettavan liki jokaista työntekijää alasta riippumatta. Tämä on yleismaailmallisesti vallitseva ilmiö, ja joissain yhteyksissä sen voidaan jopa sanoa kielivän tehokkaasta työskentelystä. Erityisen sensitiivistä kohtaamista edellyttävässä saattohoitotyössä kiireen läsnäolo on kuitenkin huolestuttava tosiasia ja kuormitustekijä. Työmäärän kertyessä hektisyydessä on mahdotonta suoriutua kaiken aikaa itseltään vaatimallaan tasolla, mikä vähitellen alkaa vaikuttamaan asiakaskohtaamisen ohella omaan ammatilliseen itsearvostukseen ja motivaatioon.

Kiireen aiheuttamalla stressillä on todetut seuraukset terveyteen (Manka & Manka 2023, 38–43), mikä on paitsi yksilötasolla valitettavaa, myös yhteiskunnallisesti huolestuttava seuraus muutoinkin työvoimapulan uhatessa terveydenhoitoalaa. Henkilöstöresursoinnin haasteilla on varmasti iso merkityksensä kiireen aiheuttajana, minkä vaikuttimena on myös alati vaihtuvan henkilöstön jat-

kuvan perehdyttämisen tarve, kuten työn epätasaisella jakautumisellakin. Kiireen olemassaolo liittyy aina jollain tasolla työn organisointiin, minkä takia katseet kohdistuvat tästä vastuussa oleville tahoille, yksilön vastuuta tokikaan unohtamatta.

Omaisten ja itse potilaiden kohtaaminen, ohjaus, surun ja tuskan läsnäolo sekä eksistentiaaliset keskustelut näkyvät psykososiaalisen kuormittumisen teemassa voimakkaasti. Potilaan tuska, ahdistus ja kipu aiheuttavat henkistä kuormittumista etenkin hoidon vasteen ollessa huono. Borisov (2023) sanoitti kuormituksen kiteytyvän kuoleman lopullisuuteen. Myötäeläminen voi tempaista hyvin herkästi samaistumisen kokemukseen, ja asiakassuhteesta voi tulla erittäin läheinen. Tämä kertoo inhimillisestä kohtaamisesta ja kokemisesta, minkä ohella on toteutettava ammatillisuutta.

Työn kuormituksella on suoraan verrannollinen vaikutuksensa työhyvinvointiin ja työssä jaksamiseen. Työhyvinvoinnin edistäminen on yhteistyötä työntekijän ja työnantajan kesken, mutta Mankan ja Mankan (2023, 29) mukaan vastuu siitä tulee tulevaisuudessa kallistumaan yksilön itsensä harteille. **Työssä jaksamista tukevilla tekijöillä** on tässä merkittävä painoarvonsa. Yksilöllisten tekijöiden ohella erityisesti organisatorinen tuki koettiin tämän opinnäytetyön tuloksissa tärkeänä. Tämä ilmeni aiemmissakin, myös kansanvälisissä tutkimuksissa (ks. Chong & Abdullad 2017; Zhang ym. 2022; Töttölä 2023.) On ilmeistä, että työssä jaksamisen positiivisia vaikuttimia ovat hyvä organisointi, toimivat työolosuhteet, esihenkilön tuki, työyhteisön saumaton yhteistyö sekä onnistuminen työssä ja siitä saatu palaute. Yhdessä työn ulkopuolisen elämän harmonian kanssa nämä tekijät luovat turvallisen pohjan toteuttaa ammatillisuutta myös haasteiden ja kiireen keskellä. Avoimuus ja yhdessä kehittäminen sitouttaa työtehtävän äärelle kollegiaalisessa hengessä.

Tuki ei aina ole saatavilla, tai se on ehkä organisoitu tai kohdennettu siten, että sen tavoittaminen on vaikeaa. Tässä opinnäytetyössä ilmeni Borisovin (2023) opinnäytetyön kaltaisesti esimerkiksi työnohjauksen toteutumisen vaihtelevat kokemukset. Tuen tarve ja vastaanottaminen ovat nekin hyvin yksilöllisiä kokemuksia. Se, mikä on riittävä tuki yhdelle, ei kohtaa toisen tarpeita. Kaikille toimivan ratkaisun löytyminen on haasteellista. Yhtä kaikki tuen ja muun työssä jaksamista ylläpitävän toiminnan organisoimisen merkitys on ilmeinen. Se voisi olla jo olemassa olevien keinojen, kuten esimerkiksi mainitun työnohjauksen, täsmentämistä ja aikatauluttamista jokaisen saataville työvuoroista huolimatta.

Tässä opinnäytetyössä kotisaattohoidon **hoitotyössä jaksamisen tukemisen kehittämiseksi** ilmeni samansuuntaisia näkemyksiä kuin aiemmin käsitellyissä tutkimuksissa. Kaikissa näissä näkemykset kulminoituivat organisatorisen tuen teemaan. Erityisesti toivottiin työnantajalta työyhteisön hyvinvointiin, yhtenäistymiseen ja lähentymiseen tähtäävän toiminnan organisointia. Kehittämispäivän ja tyhy-kokonaisuuden toiveet kertovat työyhteisön merkityksestä ja samoilla pelisäännöillä toimivan yhteistyön tärkeydestä työssä jaksamista tukevana elementtinä. Tämän kehittäminen edellyttää koko organisaation panosta, ja lähiesihenkilö on toiminnan prosesseissa tärkeässä roolissa.

7.2 Luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuus. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteeristöt vaihtelevat eri näkemysten pohjalta, eikä sille ole varsinaisia yksiselitteisiä ohjeita. Tuomi & Sarajärvi (2017, 122) huomioivat tutkimuksen sisäisen johdonmukaisuuden, eli koherenssin, merkityksen painottuvan luotettavuuden määrittelyssä. Heidän mukaansa tutkimusraportin luotettavuutta voidaan hahmotella seuraavat tekijät huomioiden:

- Tutkimuksen kohde ja tarkoitus: Mitä tutkitaan ja miksi?
- Tutkijan oma sitoumus tässä tutkimuksessa: Miksi tämä tutkimus on tutkijan mielestä tärkeä?
- Aineiston keruu: Miten se on tapahtunut (menetelmä/tekniikka), mitä mainittavia erityispiirteitä, ongelmia tai muita merkityksellisiä seikkoja siihen on liittynyt?
- Tiedonantajien kuvailu: Perusteet valinnalle, määrä, yhteydenpito, anonymiteetti ym.
- Tutkija-tiedonantaja-suhde: Miten toimi, yhteisymmärrys?
- Tutkimuksen kesto ja aikataulu.
- Aineiston analyysi: Miten tehtiin ja kuinka johtopäätöksiin päädyttiin?
- Tuloksen luotettavuus: Eettisyyden ja luotettavuuden arviointia.
- Tutkimuksen raportointi: Miten aineisto koottu ja analysoitu?

Pelkästään näiden asioiden toteutuminen ja näkyminen raportissa ei yksistään takaa tutkimuksen korkeaa luotettavuutta, sillä hyvin merkittävää on se, että nämä tekijät ovat johdonmukaisessa suhteessa toisiinsa. (Tuomi & Sarajärvi 2017, 122–123.) Tämän opinnäytetyön luotettavuuden varmistamiseksi on prosessia kuvailtu raportissa mahdollisimman yksityiskohtaisesti ja perustellen,

jotta lukijalle muodostuu tarkka kuvaus siitä, miten on edetty ja miksi, sekä missä suhteessa kerätty aineisto ja siitä tehdyt päätelmät keskenään ovat. Konkretisoinnin tukena käytettävissä ovat taulukointi, liitteet ja suorat lainaukset vastauksista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 197–198.)

Tämän opinnäytetyön aineisto kerättiin sähköisenä kyselynä, minkä tarkoituksena oli minimoida vuorovaikutukselliset vaikutukset vastauksiin. Sähköiselle verkkokyselylle näytettiin vihreää valoa myös osastonhoitajan taholta, mikä vahvisti päätöksen toteuttaa kysely tällä tavoin. Ajatuksena oli myös, että kasvokkain tapahtuvalla haastattelulla aikataulusäättämiseen ei kuormitettaisi entisestään kiireistä ja työntäyteistä sairaanhoitajan arkea. Tarkkaan pohdituilla avoimilla kysymyksillä pyrittiin siihen, että vastaaja johdateltaisiin mahdollisimman vähän, ja että vastaajat saisivat kuvailla näkemyksiään omin sanoin. Vastausten perusteella tämä tuntui olevan pääosin toimiva ratkaisu: Vastauksissa oli pitkiä ja sisältörikkaita tekstejä, joissa oli pureuduttu pohtimaan. Niissä myös vastattiin siihen, mitä kysymyksillä oli tarkoitus selvittää. Joku vastaajista kuitenkin kommentoi kyselyn heikkoutta ja koki vastaamisen vaikeaksi, koska kysymykset tuntuivat liian laajoilta ja olivat osittain liian samantyyppisiä. Näitä kokemuksia varten oli saatekirjeessä mainittu opinnäytetyön tekijän yhteystiedot, mutta kyselyn täsmentämiseksi ei kuitenkaan koettu aiheelliseksi, tai ehditty, kysyä lisäinformaatiota. Kysymysten muotoilussa ei näin ollen onnistuttu saavuttamaan yksiselitteisyyttä ja selkeyttä.

Määrällisesti kyselyyn tuli vastauksia odotettua vähemmän. Kysely lähetettiin yhteyshenkilön kautta, eikä lähettäjän ja vastaanottajien kesken tapahtunut missään vaiheessa fyysistä kohtaamista. Tällä oli varmasti vaikutuksensa siihen, että keskinäinen suhde jäi vieraaksi ja näin ollen vastaamiseen ei koettu vetoa. Sähköinen kysely saattoi myös tuntua etäiseltä, helposti syrjäytetävältä ja tarpeettomalta. Fyysinen läsnäolo haastattelun merkeissä ennalta sovittuine aikatauluineen olisi tuonut jäsenneltyä rakennetta kysymysten esittämiseen, enemmän veloitetta tai mielenkiintoa vastaamiseen sekä tilaisuuden täsmentää kysymysten sisältöä akuutisti. Vastausten määrä olisi kyselyn tällä tavoin toteutuessa ollut varmasti suurempi.

Opinnäytetyön tulosten yleistettävyyden kannalta vastausten määrä oli pieni, mutta laadullisen menetelmän ollessa kyseessä kuitenkin jokainen vastaus on ollut työlle ainutlaatuisuudessaan hedelmällinen. Aineiston analysointivaiheessa huomattiin toisaalta vastausten yhteneviä piirteitä ja

toisaalta niiden heterogeenisuus, ja taulukoinnin avulla luokittelu ja käsitteistäminen oli mahdollista. Tulokset nousivat aineistosta itsestään ilman teoreettista lähtöoletusta, mutta niiden muo-
vautumisessa luokitteluksi taustalla varmasti vaikuttivat tietyt työn kuormittavuustekijöihin liitty-
vät kuvaukset, joita viitekehyksessä käsiteltiin. Lisäksi oli mahdotonta tehdä kyselyä ilman
ennakkonäkemyksiä siitä, että kotisaattohoidon hoitotyössä on poikkeuksetta kuormittavia teki-
jöitä tai jättää ajatuksen tasolla täysin huomiotta aiemmat tutkimukset aiheesta.

Eettisyys. Tätä opinnäytetyötä tehdessä pyrittiin huomioimaan kaiken aikaa tutkimuseettisesti
etenevä toteutus sekä sitoutumaan siihen tässä kappaleessa kuvailtujen periaatteiden pohjalta.
Tutkimuksen eettisten kysymysten voidaan Tuomen ja Sarajärven (2017) mukaan nähdä rakentu-
van ”teknisluontoisina normeina” tai käsittää holistisemmin tutkimusetiikan koskevan kaikkia tut-
kimuksessa tehtyjä valintoja. Laadukkaan laadullisen tutkimuksen tekemisessä on tutkimussuunni-
telman, tutkimusasetelman ja raportoinnin laadun ja luotettavuuden määrittelyksi omat
tarkistuslistansa, mutta tämän rinnalla eettinen teema kulkee yhtä merkittävänä tekijänä. ”Hyvää
tutkimusta ohjaa eettinen sitoutuneisuus.” (Tuomi & Sarajärvi 2017, 111, 113.)

Etiikan merkitys kattaa koko prosessin tutkimuksen ideointivaiheesta raportointiin. Tutkimus-
etiikka tarkoittaa yleisesti sovittuja pelisääntöjä, eli Tutkimuseettisen neuvottelukunnan määritte-
lemää hyvää tieteellistä käytäntöä: Tutkimuksen tiedonhankintamenetelmät ja tutkimusmenetel-
mät ovat eettisesti kestäviä, eli tiedeyhteisön hyväksymiä. Tiedonhankinta perustuu oman alan
tieteellisen kirjallisuuden tuntemukseen, ammattikirjallisuuteen, riittävään aineistoon ja tutkimuk-
sen analysointiin. Prosessista tulee hyvän tieteellisen käytännön mukaan näkyä tutkimusmenetel-
mien, tiedonhankinnan ja tutkimustulosten johdonmukainen hallinta. Suunnittelu, toteutus ja ra-
portointi tulee toteutua huolellisesti ja yksityiskohtaisesti ”tieteelliselle tiedolle asetettujen
vaatimusten edellyttämällä tavalla.” Tutkimuksella tulisi tuottaa uutta tietoa tai vanhan tiedon uu-
delleen hyödyntämisen ajatuksia, ja tutkijan tulee noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tark-
kuutta koko tutkimusprosessin vaiheissa. Myös toisten tutkijoiden saavutusten arvostava huomi-
ointi kuuluu hyvän tieteellisen käytännön edellytyksiin. (Kuula 2015, 27; Vilka 2021, 37.)

Eettiset, ammatillisesti tutkijaa velvoittavat, mutta hyvin tulkinnanvaraisiksi koetut normit perus-
tuvat ihmistieteissä neljään periaatteeseen: Hyötyperiaate, vahingon välttämisen periaate, auto-
nomian kunnioituksen periaate ja oikeudenmukaisuuden periaate. Hyötynäkökulma sisältää paitsi

tutkittavalle koituvan hyödyn, myös tieteellisen tiedon tuottaman yleisen hyödyn (suhteessa mahdollisiin tutkittavalle koituihin riskeihin.) Eettiset normit jaotellaan 1) totuuden etsimistä ja tutkimuksen luotettavuutta ilmentäviin 2) ihmisarvon kunnioittamista ilmentäviin sekä 3) tutkijoiden keskinäisiä suhteita ilmentäviin normeihin. (Kuula 2015 40, 42–44.)

Tässä opinnäytetyössä painottuivat luotettavuuteen ja ihmisarvon kunnioitukseen liittyvät eettiset normit. Opinnäytetyöprosessi aineistoineen ja tulkintoineen pidettiin mahdollisimman avoimena sekä tutkimukseen osallistuvien ihmisarvon suojeleminen ja kunnioittaminen yksityisyydensuojan turvallisuuden myötä keskiössä: ”Eettisesti kestävien tutkimustapojen yhteinen lähtökohta on ihmisarvon kunnioittaminen”, mikä käytännössä tarkoittaa tutkittavien itsemääräämisoikeuden, vahingoittumattomuuden sekä yksityisyyden turvaamista. (Kuula 2015, 44.)

Näiden eettisten lähtökohtien todentumiseksi tässä opinnäytetyössä Kuulaa (2015, 45–47) mukailen tarjottiin itsemääräämisoikeuden näkökulmasta kyselyyn osallistujalle riittävästi tietoa etukäteen, jotta tämä saattoi tehdä vapaaehtoisen päätöksen osallistumisestaan. Olennainen jaettava tieto sisälsi opinnäytetyön perustiedot ja tiedon sen toteuttajasta, aineiston käyttötarkoituksen sekä tiedon siitä, että tämä tutkimus on kertaluontoinen ja siihen käytettävä aika on tutkittavan itsensä hallittavissa. Vahingoittumattomuuden näkökulmasta tässä tutkimuksessa ei altistettu fyysiselle uhallle, ja henkisen epämukavuuden ennakointi perustui arvostavaan vuorovaikutukseen. Vuorovaikutustilanteet minimoitiin. Raportissa noudatettiin asiallisen ja kunnioittavan kirjaamisen käytänteitä välttämällä leimaamista tutkimusjoukkoa millään muotoa. Yksityisyyden turvaamisen osalta osallistujalla oli oikeus päättää siitä, mitä tietoa itsestään jakavat. Aineisto pseudonymisoi- tiin, ja vastauksia käsiteltiin siten, ettei yksittäisiä vastauksia pystytä yhdistämään vastaajaan. Lisäksi opinnäytetyön suunnittelun vaiheessa tehdyt sopimukset kantoivat koko prosessin ajan, mikä tuki eettisesti hyvän tieteellisen käytännön toteutumista.

7.3 Johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön aineisto on sellaisenaan suppea, jotta tuloksia voisi yleistää laajalti, mutta nämä palvelevat vähintään kohteena olleen kotisairaalan sairaanhoitajien työssä jaksamisen tukemisen kehittämistyötä. Aihealueesta ei ole kansallisella tasolla saatavilla paljonkaan tutkimustietoa juuri kotisaattohoidon näkökulmasta, joten jokainen tiedon murunenkin tuo tähän teemaan arvo-

kasta sisältöä. Ne muutamat tutkimukset, joita kotona tehtävän saattohoitotyön kokemuksia koskevat, ovat tuoneet hyvin samansuuntaisia tuloksia kuin tämä opinnäytetyö. Tästä voidaan päätellä, että suppeudestaan huolimatta tämän opinnäytetyön tuloksilla voidaan laajentaa aiemmin esille tuotuja käsityksiä, ja näin ollen korostaa aiheen merkittävyyttä kotisaattohoidon hoitotyön kehittämisessä.

Kotisaattohoidon hoitotyössä ilmenee fyysisiä ja psykososiaalisia tekijöitä, jotka tuovat työhön kuormitusta. Kuten todettu, pitkäaikainen ja vakavaksi kehittyvä kuormittuminen uuvuttaa ja johtaa mitä todennäköisimmin yksilökohtaisiin terveydellisiin ongelmiin ja tätä myöten muun muassa taloudellisiin seurauksiin koko yhteiskunnan tasolla. Tämänhetkinen suuri huoli on myös asiantuntevan ja osaavan hoitohenkilöstön siirtymisestä muille aloille terveystalouden ja niiden kotona toteuttamisen tarpeen kuitenkin kasvaessa kaiken aikaa. Työssä kuormittumisen teemaa on siksi pidettävä akuutisti näkyvillä, jotta haasteisiin osataan puuttua asianmukaisesti.

Kotisaattohoidon kontekstissa kohtaamisella on asiakkaan ja tämän läheisten kannalta jäljet jätävä merkitys. Hoidon, läsnäolon ja kohtaamisen yksilölliset lähtökohdat huomioiva, laadukas hoitotyö ja ammatillinen päätösten teko on mahdollista, kun työntekijän kuormittuminen ei pääse kehittymään laadultaan tai määrältään haitalliseksi. Työssä jaksamisen ja työhyvinvoinnin teemaan tulisi panostaa vahvemmin myös jo sairaanhoitajien koulutuksessa. Alueellisten tutkimusten ohella kotisaattohoidon hoitotyössä jaksamisen tukemisen ilmiötä tulee jatkossa tutkia laajemmin ja vakioiduilla mittaristoilla koko Suomen tasolla. Tämä tuottaa kattavaa vertailua siitä, millaisilla tukemisen keinoilla koetaan olevan parhaita seurauksia työssä jaksamisen vahvistamiseksi.

Kotona tapahtuva hoitotyö ja kotiin tuotavat terveydenhuollon palvelut lisääntyvät kaiken aikaa. On myös ymmärrys siitä, että halu viettää elämän viimeiset ajat ja kuolla kotona on yksilön oikeus, joka enenevässä määrin toiveena esitetään. Tutkimuksellinen tieto näiden palveluiden ja kotisaattohoidon hoitotyön toteuttajien työssä jaksamisen tukemisesta tuo lisäinformaation myötä mahdollisuuden kohdentaa organisatorista tukea täsmällisesti, asianmukaisesti tarpeisiin vastaten. Kaiken tavoitteena mahdollistaa elämän viimeisissä hetkissä läsnä ollen arvokas kuolema.

Lähteet

Ahtiluoto, S. & Ollila, M. 2018a. Kotisaattohoidon tarve ja laatu. Julkaisussa Kotisairaala. Toim. R. Pöyhiä, E. Guldogan & A. Vanhanen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 64–65.

Ahtiluoto, S. & Ollila M. 2018b. Kotikuolema meillä ja muualla. Julkaisussa Kotisairaala. Toim. R. Pöyhiä, E. Guldogan & A. Vanhanen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 63–64.

Autio, R. 2022. Häirintä ja kuormittuminen – työnantajan velvoitteet käytännönläheisesti. Helsinki: Kauppakamari.

Borisov, K. 2023. Haastavien palliatiivisten potilastapausten käsittely alueellisessa kotisairaalassa. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu. Viitattu 1.7.2023. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/795646/Borisov_Katja.pdf?sequence=2&isAllowed=y.

Chong, L. & Abdullah, A. 2017. Community Palliative Care Nurses' Challenges and Coping Strategies on Delivering Home-Based Pediatric Palliative Care: A Qualitative Study. Julkaisussa American Journal of Hospice and Palliative Medicine® 2017;34(2):125–131. Viitattu 30.6.2023. <https://journals-sagepub-com.ezproxy.jamk.fi:2443/doi/full/10.1177/1049909115607296>.

Elämän loppuvaiheen hoito. 2020. Artikkel. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. Viitattu 27.6.2023. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/elaman-loppuvaiheen-hoito>.

Guldogan, E. 2018. Helsingin kotisairaala – suuren kaupungin kunnallinen organisaatio. Julkaisussa Kotisairaala. Toim. R. Pöyhiä, E. Guldogan & A. Vanhanen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 18–21.

Halila, R., Mustajoki, P., Hammar, T. & Forsius, P. 2022. Hoitotahto. Artikkel. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 27.6.2023. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00809>.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 20. painos. Helsinki: Tammi.

Juhila, K. N.d. Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteet. Artikkel. Julkaisussa Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Toim. J. Vuori. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Viitattu 14.6.2023. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/mita-on-laadullinen-tutkimus/laadullisen-tutkimuksen-ominaispiirteet/>.

Juuti, P. & Puusa, A. 2020. Johdanto. Mitä laadullisella tutkimuksella tarkoitetaan? Julkaisussa Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Toim. A. Puusa & P. Juuti. E-kirja. Gaudeamus, 9–19. Viitattu 5.7.2023. <http://janet.finna.fi>, Ellislibrary.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. 3.–5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Konttinen, P. 2018. Työssä jaksaminen – miten työkalupakkia huolletaan? Julkaisussa Kotisairaala. Toim. R. Pöyhä, E. Güldogan & A. Vanhanen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 99–100.

Kotisaattohoito. 2021. Artikkel. Terveyskylä: Palliatiivinen talo. Päivitetty 1.11.2021. Viitattu 23.5.2023. <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/saattohoidossa/kotisaattohoito>.

Kotisairaanhoidon ja kotisairaalahoidon. 2023. Artikkel. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 23.5.2023. <https://stm.fi/kotisairaanhoidon-ja-kotisairaalahoidon>.

Kuntien työvoimaennuste: Hoitajapula kaksinkertaistui kahdessa vuodessa. 2023. Uutinen Keva:n www-sivuilla 1.3.2023. Viitattu 22.5.2023. <https://www.keva.fi/uutiset-ja-artikkelit/kuntien-tyovoimaennuste-hoitajapula-kaksinkertaistui-kahdessa-vuodessa/>.

Kuula, A. 2015. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. E-kirja. Tampere: Vastapaino. Viitattu 15.6.2023. <http://janet.finna.fi>, Ellislibrary.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2020–2023. Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto. Viitattu 15.6.2023. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162455/STM_2020_29_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Manka, M. & Manka, M-L. 2023. Työhyvinvointi. E-kirja. 3., uudistettu painos. Helsinki: Alma Talent. Viitattu 28.6.2023. <http://janet.finna.fi>, Bisneskirjasto (Alma Talent).

Mitä työnohjaus on? N.d. Esittely Suomen työnohjaajat ry:n www-sivuilla. Viitattu 2.7.2023. https://www.suomentyonohjaajat.fi/tyonohjaus/?gl=1*4g9xlp*up*MQ..*ga*MTEzMzE3NjM0MS4xNjg4MzA1Mjc5*ga_X377E05YFY*MTY4ODMwNTI3OC4xLjAuMTY4ODMwNTI3OC4wLjAuMA...

Ollila, M. 2018. Kotisairaalan käsitteistä ja lainsäädännöstä. Julkaisussa Kotisairaala. Toim. R. Pöyhä, E. Güldogan & A. Vanhanen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 10–11.

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. 2019. Duodecimin Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 27.6.2023. <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50063>.

Palliatiivisen hoidon järjestäminen. 2023. Artikkel. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 31.8.2023. Viitattu 27.6.2023. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/palliatiivisen-hoidon-jarjestaminen#kolmiportainen>.

Poukka, P. 2015a. Kotisaattohoidon toteutus. Julkaisussa Palliatiivinen hoito. Toim. T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio. Verkko-oppikirja. Duodecim: Oppiportti. Viitattu 28.6.2023. <https://www.oppiportti.fi/op/pli00206/do>.

Poukka, P. 2015b. Kotisaattohoito. Julkaisussa Palliatiivinen hoito. Toim. T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio. Verkko-oppikirja. Duodecim: Oppiportti. Viitattu 28.6.2023. <https://www.oppiportti.fi/op/pli00205/do>.

Psykososiaalisen jaksamisen tukeminen. N.d. Artikkel. Sairaanhoidajien ammatillinen yhteisö Suomen sairaanhoidajat. Viitattu 2.7.2023. <https://sairanhoidajat.fi/tyohyvinvointi/psykososiaalisen-jaksamisen-tukeminen/#>.

Saarto, T., Finne-Soveri, H. & asiantuntijatyöryhmä. 2019. Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68. Viitattu 28.6.2023. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161946/STM_2019_68_Rap.pdf.

Saarto, T. & Lehto, J. 2019. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Suomessa - kolmiportainen malli. Katsaus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2019;135(6):535–41. Viitattu 28.6.2023. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14834>.

Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Junttila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammar, T. & Forsius, P. 2022. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos. Ohjaukset 4/2022. Viitattu 28.6.2023. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144065/OHJ2022_004_08042022.pdf?sequence=4&isAllowed=y.

Sote- ja kunta-alalla tarvitaan nyt tukea jaksamiseen. 2023. Työterveyslaitoksen mediatiedote 25.1.2023. Viitattu 28.6.2023. <https://www.ttl.fi/ajankohtaista/tiedote/sote-ja-kunta-alalla-tarvitaan-nyt-tukea-jaksamiseen>.

Tamminen-Peter, L. & Wickström, G. 2013. Helsinki: Työterveyslaitos. Viitattu 8.10.2023. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137082/9789522612731_Potilassiirrot.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Tarnanen, K., Saarto, T. & Laukkala, T. 2019. Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliatiivinen hoito ja saattohoito.) Potilasversio Käypä hoito -suosituksesta. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 27.6.2023. <https://www.kaypahoito.fi/khp00072>.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. E-kirja. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Viitattu 14.6.2023. <http://janet.finna.fi>, Ellislibrary.

Työhyvinvointi. N.d. Artikkel. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 23.5.2023. <https://stm.fi/tyohyvinvointi>.

Työkuormituksen hallinta. N.d. Artikkel. Työturvallisuuskeskuksen www-sivuilla. Viitattu 7.10.2023. <https://ttk.fi/tyoturvaluus/tyoympariston-turvallisuus/tyokuormituksen-hallinta/>.

Työturvallisuus: Työhyvinvointi. N.d. Artikkel. Työturvallisuuskeskus. N.d. Viitattu 23.5.2023. <https://ttk.fi/tyoturvaluus/tyohyvinvointi/>.

- Töttölä, K. 2023. Kotisaattohoidon kuormittavuustekijät hoitohenkilökunnalle sekä esihenkilön keinot hoitotyöntekijöiden tukemiseen. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Ylemmän korkeakoulututkinnon opinnäytetyö. Hämeen ammattikorkeakoulu. Viitattu 1.7.2023. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/800393/Tottola_Krista.pdf?sequence=2&isAllowed=y.
- Valli, R. 2018. Aineistonkeruu kyselylomakkeella. Julkaisussa Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Toim. R. Valli. E-kirja. Jyväskylä: PS-kustannus. Viitattu 2.7.2023. <http://janet.finna.fi>, Ellislibrary.
- Vilkkä, H. 2021. Tutki ja kehitä. E-kirja. Jyväskylä: PS-kustannus. Viitattu 15.6.2023. <http://janet.finna.fi>, Ellislibrary.
- Vuori, J. N.d. Laadullinen sisällönanalyysi. Julkaisussa Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Toim. J. Vuori. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Viitattu 14.6.2023. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/laadullinen-sisallanalyysi/>.
- Zhang, J., Cao, Y., Su, M., Cheng, J. & Yao, N. 2022. Challenges faced by Chinese community nurses when providing home-based hospice and palliative care: a descriptive qualitative study. Julkaisussa BMC Palliat Care. 2022. 1;21(1):14. Viitattu 30.6.2023. <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-022-00905-8>.

Liitteet

Liite 1: Aineistonkeruuseen liittyvä saatekirje

Saatekirje

29.8.2023

Arvoisa sairaanhoitaja,

tämä kysely on osa sairaanhoitajatutkimnon opinnäytetyötäni Jyväskylän ammattikorkeakoulussa. Kartoitan kotona toteutettavan saattohoitotyön kuormittavia tekijöitä sairaanhoitajan näkökulmasta ja ajatuksia työssä jaksamisen tukemisesta. Tarkoituksena on, että näistä tiedoista voisi jatkossa olla hyötyä kotisaattohoitotyön työssä jaksamisen tukemisen kehittämisessä.

Kysely tapahtuu Webropol-kyselynä, ja saat siihen linkin + salasanan osastonhoitajan välityksellä. Pyrin muutamilla sanoilla ohjaamaan vastausten äärelle, mutta tavoitteena on, että saat mahdollisimman vapaasti omin sanoin kirjoittaa ja avata sinun omia ajatuksiasi. En ole määritellyt vastaamiseen kuluva aikaa, vaan toivon, että pystyt paneutumaan siihen ajatuksella, sinulle sopivana ajankohtana ja optimaalisessa tilanteessa. Voit myös tarvittaessa tallentaa kyselyn keskeneräisenä ja palata sen ääreen paremmalla hetkellä. Huomioithan, että lopullisten vastausten lähettämisen vaiheessa sinulta pyydetään vielä rasti ruutuun tahtosi vahvistamiseksi.

Vastauksen lähettäessäsi annat minulle suostumuksen käyttää vastauksiasi osana opinnäytetyöni aineistoa. Kyselyyn vastaat nimettömänä, mutta voit halutessasi jättää minulle yhteystietosi, jotta voimme tarvittaessa puolin ja toisin täsmentää vastauksiasi. Kaikki vastaukset tallennan tallennustilaan, johon on pääsy vain käyttäjätunnuksella ja salasanalla. Opinnäytetyön saatua virallisen hyväksynnän kaikki aineisto vastauksineen tullaan hävittämään. Tietosuojasioista voit lukea liitteenä olevasta tietosuojaselosteesta.

Odotan vastaustasi 15.9.2023 mennessä. Tutkimuksen on tarkoitus valmistua raporttimuotoon vuoden 2023 aikana, ja se tullaan julkaisemaan Theseuksen kokoelmassa. Toimitan osastonhoitajan välityksellä myöhemmin linkin, jonka kautta pääset valmiiseen työhön tutustumaan.

Olen syvästi kiitollinen sinulle, kun vastaamalla tuet minua tämän opinnäytetyön tekemisessä, ja mikä tärkeintä: Olet vaikuttamassa siihen, että kotisaattohoitotyöntekijän ajatukset työssä jaksamisesta ja sen tukemisesta nousevat esiin.

Vastaan mielelläni heränneisiin kysymyksiin ja tiedusteluihin. Otathan yhteyttä epäselvissä tilanteissa, alta löydät yhteystietoni.

Kiitos!

Ystävällisesti,

Henna Kuosmanen (yhteystiedot)

Liite 2: Kyselyrunko

Taustakysymykset

- Nimi & yhteystiedot (vapaaehtoinen, yhteydenpitoa varten)
- Koulutustausta
- Ammattinimike nykyisessä työssä
- Työhistoria hoitotyössä ja saattohoitotyössä, kotisairaalassa ja kotisaattohoidossa

Avoimet kysymykset

1. **Minkä tekijöiden olet kokenut kuormittavan sinua työskennellessäsi sairaanhoitajana kotisaattohoidon hoitotyössä?** Kuvaile fyysistä ja/tai psyykkistä kuormitusta tuottavia asioita ja tilanteita vapaasti omin sanoin.
2. **Mitkä asiat tai kuka sinua tukee työssä jaksamisessasi?** Kerro esimerkiksi, mitä tämä tuki käytännössä on ja miten koet sen toimivan työssä kuormittumisen helpotukseksi?
3. **Miten työnantaja ja/tai esimies ovat tukeneet työssä jaksamistasi?** Kerro tuen toteutumisesta konkreetian tasolla, esimerkiksi onko se yksilö- tai ryhmämuotoista, satunnaista tai säännönmukaista ja niin edelleen.
4. **Millaisena olet kokenut työnantajan ja/tai esimiehen toimesta järjestetyn tuen?** Kommentoi esimerkiksi sitä, koetko tuen vastaavaan tarpeitasi tai toteutuvan ajantasaisesti ja akuutisti.
5. **Mitä kehitettävää tukimuodoissa mielestäsi olisi?** Tuo esille mahdollisia ajatuksiasi siitä, miten työssä jaksamisen tukeminen voisi olla entistä paremmin kohdennettua ja tarpeita vastaavaa. Voit kertoa muun muassa mitkä tukimuodot olet kokenut toimiviksi ja millaisia tukimuotoja olet jäänyt kaipaamaan.
6. **Mitä muita ajatuksia sinulle herää aiheesta?** Sana on vapaa. Voit myös halutesasi kommentoida tähän kyselyyn osallistumisen kokemustasi.