



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU  
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Minna Hakala & Janina Mattila

---

## Sairaanhoitajan osaaminen palliativisessa hoitotyössä

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö  
Kevät 2025  
Sairaanhoitaja AMK



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

## Opinnäytetyön tiivistelmä

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidaja (AMK)

Tekijä: Minna Hakala ja Janina Mattila

Työn nimi alaotsikoineen: Sairaanhoidajan osaaminen palliatiivisessa hoitotyössä:  
kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Ohjaaja: Niina Keskinen

Vuosi: 2025

Sivumäärä: 46

Liitteiden lukumäärä: 1

---

Palliatiivista hoitoa tarjotaan 136 maassa, mutta vain 20 maassa se on integroitu terveydenhuoltojärjestelmään. Suomessa palliatiivisen hoidon tarve kasvaa väestön ikääntyessä ja kroonisten sairauksien lisääntyessä. Palliatiivinen hoito keskittyy potilaan elämänlaadun parantamiseen ja kärsimyksen lievittämiseen.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoidajan osaamista palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan hoitotyössä ja tavoitteena oli tuottaa tietoa sairaanhoidajan osaamisesta palliatiivisessa hoitotyössä. Tutkimusmenetelmänä käytettiin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Aineisto kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen haettiin viidestä tietokannasta ja lopulliseen analyysiin valikoitui 10 artikkelia. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyön tulokset osoittavat, että sairaanhoidajan osaaminen näkyy ammatillisen asiantuntijuuden, somaattisen hoitotyön, potilaan psyykkisen hyvinvoinnin ylläpitämisen, ympäristön hallinnan, potilaan menneisyyden huomioimisen ja hoitopolun hallinnan osa-alueilla. Tulokset vahvistavat, että sairaanhoidajan osaaminen palliatiivisessa hoitotyössä edellyttää kokonaisuuden hallintaa kaikilla näillä alueilla.

Palliatiivinen hoitotyö on yhä tärkeämpi osa terveydenhuoltoa ja edellyttää hoitohenkilökunnalta erityisosaamista sekä monipuolisia taitoja. Sairaanhoidajien osaamisen kehittäminen on keskeistä laadukkaan ja potilaslähtöisen hoidon varmistamisessa. Kokonaisvaltaisen palliatiivisen hoidon toteutuksessa huomioidaan fyysiset oireet sekä potilaan psyykkiset ja henkiset tarpeet. Tämä opinnäytetyö korostaa, että sairaanhoidajien koulutusta ja työelämän käytäntöjä on kehitettävä vastaamaan palliatiivisen hoidon erityisvaatimuksia kaikissa hoitoprosessin vaiheissa.

<sup>1</sup> Asiasanat: palliatiivinen hoito, saattohoito, sairaanhoidajat, osaaminen, hoitotyö

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Degree programme: Bachelor of Health Care, Nursing

Author/s: Minna Hakala ja Janina Mattila

Title of thesis: Nurses' Competence in Palliative Care: A Descriptive Literature Review

Supervisor: Niina Keskinen

Year: 2025

Number of pages: 46

Number of appendices: 1

---

Palliative care is provided in 136 countries, but only in 20 countries is it integrated into the healthcare system. In Finland, the need for palliative care is increasing due to the aging population and the rise in chronic diseases. Palliative care focuses on improving the patient's quality of life and alleviating suffering.

The purpose of this thesis was to describe the competence of nurses in the care of patients receiving palliative care, and the aim was to produce knowledge about nurses' competence in palliative care. A descriptive literature review was used as the research method. Data for the descriptive literature review was collected from five databases, and 10 articles were selected for the final analysis. The data was analyzed using inductive content analysis.

The results of the thesis show that nurses' competence is reflected in areas such as professional expertise, somatic care, maintaining the patient's psychological well-being, managing the environment, considering the patient's past, and managing the care pathway. The results confirm that competence in palliative nursing requires comprehensive management in all these areas.

Palliative care is an increasingly important part of healthcare and requires special expertise and versatile skills from healthcare professionals. Developing nurses' competence is essential to ensure high-quality, patient-centered care. The implementation of holistic palliative care takes into account physical symptoms as well as the patient's psychological and spiritual needs. This thesis emphasizes that the education of nurses and workplace practices must be developed to meet the specific requirements of palliative care at all stages of the care process.

<sup>1</sup> Keywords: palliative treatment, terminal care, nurses, know-how, nursing (work)

# SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä .....	1
Thesis abstract .....	2
SISÄLTÖ .....	3
Kuvio- ja taulukkoluetelo .....	5
1 JOHDANTO .....	6
2 PALLIATIIVISEN POTILAAN HOITO.....	8
2.1 Hoitosuunnitelma ja -linjaukset.....	8
2.2 Palliatiivisen hoidon palvelurakenne.....	10
2.3 Oireenmukainen hoitotyö .....	12
2.4 Omaisten merkitys palliatiivisen potilaan elämässä.....	16
2.5 Saattohoito .....	17
2.6 Kuoleman jälkeinen hoito .....	19
3 SAIRAAHOITAJA PALLIATIIVISEN POTILAAN HOITOTYÖSSÄ.....	21
3.1 Palliatiivisen hoitotyön koulutus.....	21
3.2 Sairaanhoitajan henkinen jaksaminen palliatiivisessa hoitotyössä .....	22
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....	24
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	25
5.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus.....	25
5.2 Aineiston hankinta .....	25
5.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi .....	27
6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET .....	30
6.1 Ammatillisen asiantuntijuuden hyödyntäminen.....	30
6.2 Somaattisen hoitotyön osaaminen .....	32
6.3 Potilaan ja hänen läheisensä psyykkisen hyvinvoinnin ylläpitäminen.....	33
6.4 Ympäristön hallinta.....	34
6.5 Potilaan menneisyyden huomioiminen .....	34
6.6 Hoitopolun hallinta.....	35
7 POHDINTA.....	36

7.1 Tulosten tarkastelu .....	36
7.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus .....	38
7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	39
LÄHTEET .....	41
KIRJALLISUUSKATSAUKSEN LÄHTEET .....	44
LIITTEET .....	46

## Kuvio- ja taulukkoluetelo

Kuvio 1. Kolmiportainen malli palliatiivisessa- ja saattohoidossa.....11

Kuvio 1. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen. ....27

Taulukko 1. Esimerkki aineiston analyysistä yhden yläluokan osalta. ....**Virhe.**

**Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.8**

Taulukko 2. Sairaanhoidajan osaaminen palliatiivisessa hoitotyössä .....**Virhe.**

**Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.9**

## 1 JOHDANTO

Palliativista hoitoa järjestetään 136 maassa, joista 20 maassa se on liitettyä hyvin terveydenhuoltojärjestelmään (Saarto & Lehto, 2019). Suomi ei sijoittunut kärkimaiden joukkoon, Euroopan tasollakin Suomi sijoittui vain keskivaiheille. Tilastokeskuksen (2022) mukaan vuonna 2022 kuoli 63 219 ihmistä. Vuonna 2021 kuoli 57 600, joista muistisairauksiin 11 455, verenkiertoelinten sairauksiin 18 789, kasvaimiin 13 550 ja tapaturmiin 2 336. Aiemmin mainittujen lisäksi ihmisiä kuolee alkoholin vuoksi, ruuansulatuselinten sairauksiin, covid-19-infektioihin, metabolisiin sairauksiin sekä itsemurhiin. Työikäisiä ihmisiä kuoli vuonna 2021 7400. Palliativista hoitoa tarvitsevien ihmisten määrä kasvaa ja samalla kasvaa laadukasta palliativista hoitoa antavien asiantuntijoiden tarve. Maailman terveysjärjestö WHO on palliativisen hoidon kasvun myötä nostanut palliativisen hoidon perustavaksi ihmisoikeudeksi (Saarto ym., 2018, s. 5). Palliativinen hoitotyö, eli oireenmukainen hoito, sekä saattohoito on hyvin kokonaisvaltaista ja potilaan lisäksi tulee huomioida myös potilaan omaiset.

Noin 30 000 suomalaista tarvitsee vuosittain palliativista hoitoa ja saattohoitoa (Hoitotyön tutkimussäätiö, i.a.). Palliativisen hoidon tarpeen arvioidaan kasvavan lähivuosina ikääntymisen vuoksi (Suomalainen lääkärisseura Duodecim, 2019). WHO on arvioinut, että joka kolmas kuoleva ihminen tarvitsee elämän loppuvaiheessa palliativista hoitoa. Palliativisessa hoidossa olevista 60 % sairastaa muita kuin syöpäsairauksia (Suomalainen lääkärisseura Duodecim, 2019). Tarvitaan hyvää oirehoidon osaamista, saattohoidon, henkisen ja psykososiaalisen tuen osaamista ja vuorovaikutustaitoja hyvään palliativiseen hoitoon (Saarto ym., 2018, s. 5–6).

Palliativinen hoito on aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa, jolla pyritään tarjoamaan mahdollisimman hyvä elämänlaatu potilaalle ja hänen omaisilleen (Sosiaali- ja terveysministeriö, i.a.). Saattohoito on osa palliativista hoitoa, joka ajoittuu ihmisen viimeisille elinviikoille ja päiville. Palliativisella hoidolla pyritään vaalimaan elämänlaatua ja ehkäisemään ja lievittämään kärsimystä (Suomalainen lääkärisseura Duodecim, 2019).

Tässä opinnäytetyössä kuvataan, miten sairaanhoitajan osaaminen näkyy palliativisessa hoitotyössä. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla sairaanhoitajan osaamista palliativisessa hoidossa olevan potilaan hoitotyössä. Tavoitteena on tuottaa tietoa sairaanhoitajan osaamisesta palliativisessa hoitotyössä. Tuotettua tietoa voidaan hyödyntää kattavasti

tulevaisuudessa sairaanhoitajien osaamisen kehittämiseen, jotta palliativinen hoito toteutettaisiin laadukkaasti.

## 2 PALLIATIIVISEN POTILAAN HOITO

Sana palliatiivinen tulee latinankielen sanasta pallium, joka tarkoittaa viittaa (Suomen palliatiivisen hoidon yhdistys ry, i.a.). Viitta suojaa, antaa lämpöä sekä turvaa ja kokoaa allensa potilaan, hänen läheisensä ja moniammatillisen tiedon sekä taidon.

Palliatiivisen hoidon päällimmäinen tavoite on vaalia elämänlaatua sekä lievittää kärsimystä silloin, kun ei voida enää vaikuttaa taudin kulkuun (Haavisto ym., s. 374; Saarto ym., 2015, s. 10). Elämänlaatu käsitteenä sisältää fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin (Saarto ym., 2015, s. 10). Palliatiivinen hoito on kokonaisvaltaista ja aktiivista (Haavisto ym., 2023, s. 376). Hoito voi tapahtua sairaalan osastolla, hoivakodissa tai kotona (Valvira, i.a.-a) Hyvän elämänlaadun lisäksi palliatiivisen hoidon tavoitteena on arvokas kuolema (Haavisto ym., 2023, s. 374).

Palliatiivinen hoito kuuluu kaikille diagnooseja rajaamatta, jotka sairastavat henkeä uhkaavaa tai kuolemaan johtavaa sairautta (Suomalainen lääkärisseura Duodecim, 2019). Sellaisista hoidoista luovutaan, joilla ei ole enää vaikutusta tilaan tai elämänlaatuun (Haavisto ym., 2023, s. 376–377). Palliatiivisen hoidon kestoa ei ole määriteltä eikä se liity tiettyyn vaiheeseen sairaudessa. Palliatiivisen hoitopäätöksen saaneet voivat elää useinkin hyvää ja tavallista arkea. Hoitovaihe voi kestää kuukausista vuosiin, vaikka joskus vaihe onkin hyvin lyhyt ja vointi saattaa heikentyä nopeasti.

### 2.1 Hoitosuunnitelma ja -linjaukset

Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma on tärkeä osa pitkäaikaissairauksien hoitoa (Lehto ym., 2023). Suunnitelman tavoitteena on mahdollisimman hyvä hoito ja elämänlaatu elämän loppuvaiheessa (Haavisto ym., 2023, s. 374). Keskustelu hoitosuunnitelmasta voi olla hyödyllistä missä tahansa sairauden vaiheessa, mutta erityisesti se on tarpeen pitkälle edenneissä sairaustiloissa (Lehto ym., 2023) silloin, kun sairauden etenemiseen ei voida enää merkittävästi vaikuttaa (Haavisto ym., 2023, s. 374). Vaikka yksittäisen potilaan ennustetta on vaikea määrittää tarkasti, pitkälle edenneen sairauden yleisiä piirteitä tuntee ja niitä voidaan käyttää elämän loppuvaiheen suunnitelman tarpeen arvioimiseen (Lehto ym., 2023). Lääkäreiden tulisi keskustella hoitosuunnitelmasta, vaikka ennusteen epävarmuus voi tehdä keskustelun aloittamisesta haastavaa. Ennakoivan

hoitosuunnitelman tekeminen on erityisen tärkeää potilaille, joiden sairaus etenee jatkuvasti tai joilla on riski menettää kommunikointikyky.

Hoidon suunnittelu tehdään aina potilaan kanssa yhteisymmärryksessä, lähtökohtana potilaan oikeus suostua hoitoon tai kieltäytyä tarjotusta hoidosta, eli itsemääräämisoikeus (Haavisto ym., 2023, s. 374–376). Myös Valvira (i.a.-a) painottaa hoitosuunnitelmassa tehtävän potilaan kannalta merkittäviä päätöksiä, joista potilasta on kuultava ja myös läheiset otettava mukaan. Jos potilas ei kykene ilmaisemaan tahtoaan, pyritään ne selvittämään muulla tavalla (Haavisto ym., 2023, s. 374–376). Elämän loppuvaiheen hoidossa keskeinen eettinen periaate on potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen (Alanazi ym., 2024). Tämä tarkoittaa, että potilailla tulisi olla vapaus tehdä omia terveystyönsä omien arvojensa ja prioriteettien mukaisesti. Kuitenkin monet tekijät voivat rajoittaa tätä oikeutta. Näihin vaikuttavat muun muassa sairauden etenemisen aiheuttamat äkilliset muutokset päätöksentekokyvyssä, perheen ja hoitohenkilökunnan väliset ristiriidat hoidon tavoitteista sekä rodulliset, etniset ja kulttuuriset erot elämän loppuvaiheen päätöksenteon käytännöissä.

Hoitosuunnitelma on henkilökohtainen, siinä mietitään etukäteen sairauden oireita sekä oireiden hoitoa ja annetaan hoitomääräyksiä ennakoivasti erilaisten ongelmatilanteiden varalle (Valvira i.a.-a). Hoitosuunnitelma sisältää elementtejä, kuten sairauden luonteen, hoitomenetelmät, hoidon tavoitteet, hoidon rajaukset sekä potilaan toiveet ja huolet (Lehto ym., 2023). Suunnitelman laatimisessa otetaan huomioon myös potilaan fyysiset oireet, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet sekä hoidon toteutus ja mahdolliset tukivaihtoehdot. On tärkeää käydä keskusteluja säännöllisesti sairauden edetessä ja tarkentaa hoitosuunnitelmaa tarpeen mukaan. Hoitolinjaukset ja -rajaukset tulee kirjata sairauskertomukseen ja sisällyttää asiakassuunnitelmaan, mikä varmistaa tiedon välittymisen kaikille hoitaville ta- hoille.

Hyvissä ajoin tehdyt hoitolinjaukset sekä hoitosuunnitelma ovat mahdollistavat tekijät hyvään elämän loppuvaiheen hoitoon (Suomalainen lääkärisseura Duodecim, 2019). Palliativisen hoidon tarpeen sekä lähestyvän kuoleman tunnistamisen on edellytys hyvälle palliativiselle ja saattohoidolle. Saarto ym. (2015, s. 11) mukaan kuolevan potilaan tunnistaminen on tärkeää hoitotoimenpiteiden suunnittelun kannalta, että potilas saisi mahdollisimman nopean avun. Valitettavasti Saarto ym. (2015, s. 11) huomauttavat hoitolinjauksien

asettamisen olevan yksi lääkärin vaikeimmista tehtävistä, vaikka niiden hyöty ja merkitys ovat selvät.

Hoidon rajaukset ja linjaukset tekee aina lääkäri kuultuaan potilasta (Haavisto ym., 2023, s. 374–376). Hoitolinjaus kertoo hoidon tavoitteen, joka tässä yhteydessä on joko palliativinen, eli oireenmukainen hoito, tai saattohoito, eli elämän loppuvaiheen hoito. Hoidon rajauksilla tarkoitetaan, mistä hoidoista pidättäydytään. Hoidon rajauksia ovat DNR-päätös, eli elvyttämättä jättämispäätös. Saattohoitopäätös sisältää DNR-päätöksen, mutta pelkkä DNR-päätös ei tarkoita saattohoitoon siirtymistä eikä rajaa mitään muita hoitomuotoja pois. Hoitomuotoja koskevat rajoituksissa luovutaan sellaisista hoidoista, joista potilas ei enää hyödy tai aiheuttavat enemmän haittaa kuin hyötyä, tällaisia ovat muun muassa suonensisäinen nesteytys, verikokeet, hengityslaittehoitot, dialyysihoidot ja mikrobilääkehoito. Hoidon rajauksia tehdessä on hyvä miettiä myös hoitopaikkasiirtoja, hyötykö ihminen enää siirroista sairaalaan.

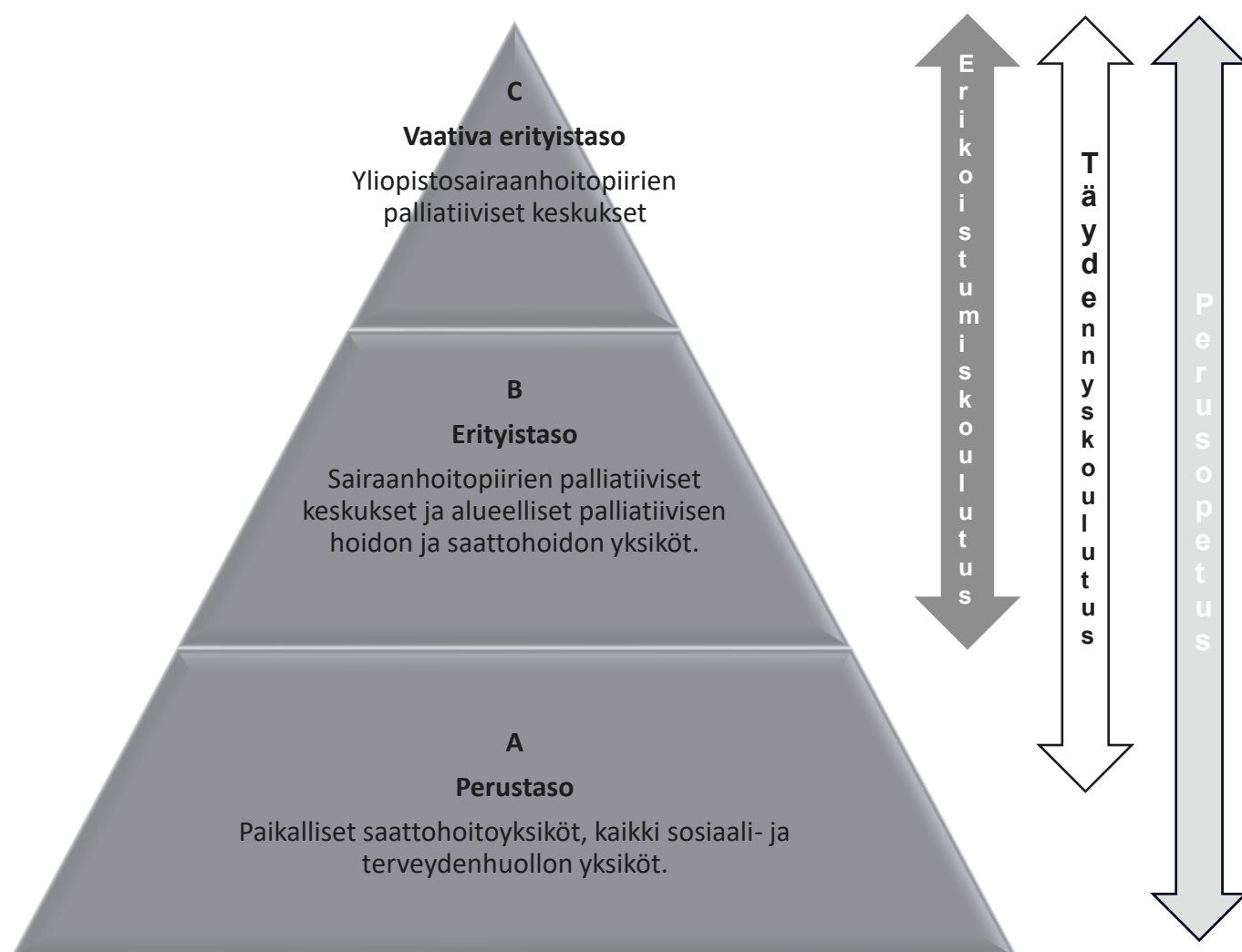
Saarron (2015, s. 11–14) mukaan saattohoitopäätöksen tulisi olla jokaisen kuolevan potilaan oikeus. Saattohoitopäätös mahdollistaa jäähyväisten jätön niin potilaille kuin omaisille. Nykypäivänä kun paljon puhutaan rahasta; eurooppalaisten tutkimusten mukaan elämän loppuvaiheen hoito on kallista ja suomalaiset kuolevan pääasiassa sairaaloissa (Saarto & Lehto, 2019). Elämän loppuvaiheen kustannuksista sairaalahoidoista vie suurimman osan. Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan ajoissa tehty oireenmukainen hoitolinjaus vähentää sairaalahoidon tarvetta sekä sairaalakuolemia ja näin ollen tulee myös yhteiskunnalle halvemmaksi.

Siltä varalta, ettei potilas itse pysty osallistumaan hoitoaan koskeviin päätöksiin, olisi hyvä laatia hoitotahto (Valvira, i.a.-a). Hoitotahto olisi hyvä tehdä kirjallisena, valmiille lomakkeelle tai vapaamuotoisesti, myös lääkärille suullisesti kertomana, jolloin lääkäri kirjaa hoitotahdon asianmukaisesti potilastietojärjestelmään. Hoitotahdossa voi esittää toiveita koskien hoitoa, antaa ohjeita omaan hoitoon sekä voi myös kieltäytyä hoitotoimenpiteistä. Jos potilaalla on hoitotahto, sitä on noudatettava, kunhan se on lääketieteellisesti perusteltua.

## **2.2 Palliativisen hoidon palvelurakenne**

Euroopan palliativisen hoidonyhdistys (EPAC) on laatinut suositukset henkilöstömitoituksesta sekä hoidon mitoituksesta (Saarto & Lehto, 2019). Sosiaali- ja terveysministeriön

(STM) 1.1.2018 voimaan tulleen asetuksen mukaan viiden yliopistollista sairaalaa ylläpitävän sairaanhoitopiirin on huolehdittava vaativan palliatiivisen ja saattohoidon tehtävistä, suunnittelusta ja alueellisesta yhteensovittamisesta sekä lasten ja nuorten palliatiivisen ja saattohoidon suunnitelmien laatimisesta. STM julkaisi joulukuussa 2017 asiantuntijatyöryhmän suosituksen saatto- ja palliatiivisen hoidon järjestämisestä Suomessa. Suosituksen tarkoituksena yhtenäistää käytäntöjä sekä saatavuutta. Suosituksen päämääränä olisi rakentaa kolmiportainen palveluverkko, jossa palliatiivinen hoito jaettaisiin kolmeen osaan vaativuuden mukaan (kuvio 1).



Kuvio 1. Kolmiportainen malli palliatiivisessa- ja saattohoidossa (mukaihen Saarto & Lehto, 2019).

Perus, eli A- tason muodostavat kaikki kuolevia potilaita hoitavat sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt, näiden yksiköiden pääasiallinen toiminta ei ole saattohoito (Saarto & Lehto, 2019). Suurin osa kuolevista hoidetaan perustasolla. Yleisimmät saattohoidossa

käytettävät lääkkeet tulee olla saatavilla sekä lääkäri ja sairaanhoitaja tavoitettavissa. Perustasolle kuuluu myös saattohoitoyksiköitä, joita tällä hetkellä on terveyskeskuksissa ja jotka toimivat esimerkiksi tukiosastoina.

Erityis-, eli B-tason palliatiivista ja saattohoitoa järjestävät keskussairaaloiden palliatiiviset yksiköt, palliatiivinen poliklinikka, konsultaatiotiimi, vuodeosasto ja kotisairaala (Saarto & Lehto, 2019). Nämä yksiköt tarjoavat erikoissairaanhoidon palliatiivista hoitoa sekä hoitavat palveluketjua. Erityistason yksiköissä saatto- ja palliatiivinen hoito on yksiköisen pääasiallinen tehtävä, yksiköissä työskentelee moniammatillinen erityiskoulutettu henkilökunta sekä yksiköiden on oltava tavoitettavissa ympäri vuorokauden.

Vaativan erityis-, eli C-tason yliopistosairaanhoitopiirien palliatiiviset keskuksset eivät potilashoidolliselta tehtävältä eroa B-tasosta (Saarto & Lehto, 2019). Keskusten tehtävä on yhteistyössä vastata palliatiivisen koulutuksen laadullisesta ja määrällisestä riittävydestä. Joten tehtävä on enemmän erityisvastuualueen koordinaatiosta, kehittämisestä, johtamisesta sekä vastuun ottamisesta koulutuksesta ja tutkimuksesta.

### **2.3 Oireenmukainen hoitotyö**

Palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden oirekuva vaihtelee (Saarto, 2015). Oireiden lisäksi on syytä palliatiivisessa hoitotyössä keskittyä lisäksi oireiden häiritsevyyteen ja potilaan kokemaan avun tarpeeseen. Häiritsevyydellä tarkoitetaan oireiden aiheuttamaa ahdistusta, kärsimystä sekä fyysistä ja psyykkistä vaivaa, potilaat ja hoitajat voivat olla oireiden häiritsevyydestä täysin eri mieltä. Erimielisyyden takia potilaan hoito saattaa keskittyäkin potilaan kannalta väärin oireisiin.

Alikan ja Can (2024) määrittelevät palliatiivisen hoidon tavoitteeksi kärsimyksen ehkäisemisen ja lievittämisen, keskittyen kivun sekä muiden fyysisten, psyykkisten ja hengellisten ongelmien varhaiseen tunnistamiseen, arviointiin ja hoitoon. Siksi oireiden tarkka arviointi ja hoito, jotka vaikuttavat potilaan elämänlaatuun, ovat keskeisiä palliatiivisen hoidon tavoitteiden saavuttamisessa (Alikan & Can, 2024). Palliatiivista hoitoa toteuttavien sairaanhoitajien tulee havaita ja reagoida asianmukaisesti potilaidensa oireisiin sekä arvioida potilaat, jotta voidaan toteuttaa oikeat toimenpiteet ja arvioida niiden vaikutuksia säännöllisten tarkastelujen avulla (Coelho ym., 2022). Oireiden hoito voi tuoda helpotusta ja lievittää kärsimystä paitsi potilaalle myös hänen perheelleen. Potilaille saattaa olla kroonista kipua,

väsymystä, pahoinvointia, masennusta, ahdistuneisuutta, unihäiriöitä, ruokahaluttomuutta, yleisvoimien laskua ja hengenahdistusta, jotka heikentävät elämänlaatua merkittävästi (Ali-kan & Can, 2024). Näiden oireiden tehokas hallinta on olennaista, sillä se parantaa potilaiden elämänlaatua ja tukee heidän aktiivista osallistumistaan hoitoprosessiin.

Unihäiriöillä on monenlaisia ilmenemismuotoja, kuten vaikeus nukahtaa, ennenaikainen herääminen, ei-täydellinen virkistymisen heräämisen jälkeen tai unen katkeaminen (Ali-kan & Can, 2024). Vaikka psyykkiset oireet voivat aiheuttaa unihäiriöitä, myös unihäiriöt voivat puolestaan provosoida fyysisiä vaivoja, kuten väsymystä ja kipua. Liikunta voi nostaa dopamiinin, serotoniinin ja noradrenaliinin tasoja aivoissa, mikä voi helpottaa nukahtamista. Joskus liikunta ei kuitenkaan aina ole mahdollista oirekuorman ja heikentyneen fyysisen tilan vuoksi. Masennuksen tunnistaminen ja hoitaminen voi olla haastavaa, sillä oireet voivat sekoittaa esimerkiksi syöväen aiheuttamiin vaivoihin, kuten väsymykseen, ruokahaluttomuuteen ja unihäiriöihin. Masennus vaikuttaa voimakkaasti elämänlaatuun.

Hengitysteiden oireista hengenahdistusta voi helpottaa esimerkiksi tuulettimella tai ikkunan avaamisella, ilmavirta kasvoille helpottaa hengenahdistusta (Haavisto ym., 2023, s. 381–382). Happilisää voidaan käyttää hengenahdistukseen, jos se on saatavilla ja siitä on subjektiivista hyötyä. Mikäli keuhkotuuletus on heikentynyt, on hiilidioksidiretention mahdollisuus olemassa. Pelko ja hengenahdistus lisäävät hengenahdistusta, tällöin rauhoittelusta ja läsnäolosta saattaa olla apua. Asentohoidosta on myös apua hengenahdistukseen, puoli-istuva asento tai kylkiasento voi helpottaa (Haavisto ym., 2023, s. 381–382). Liikunta on todistetusti tehokas keino lievittää hengenahdistusoireita (Ali-kan & Can, 2024). Lääkkeistä opioideilla on usein paras apu hengenahdistukseen, hengitysteitä avaavia lääkkeitä tai kortikosteroideja voi myös koittaa. Sitkeään lima voidaan käyttää naCl-inhalaatioita tai mykolyyttejä, myös puhalluspulloon puhaltaminen edistää eritteiden irtoamista. Liiallinen nesteytys lisää hengitystie-eritteiden määrää. Yskänärästytykseen voidaan myös käyttää lääkkeeksi opioideja (Haavisto ym., 2023, s. 381–382).

Fyysinen kipu saattaa usein olla vain osa kokonaiskärsimystä, sillä on vaikeampi ilmaista masennusta, katkeruutta tai pelkoa, kuin fyysistä kipua (Saarto, 2015). Myös esimerkiksi masentuneisuus ja pelokkuus lisäävät kivun häiritsevyyttä. Fyysinen osa kärsimyksestä voidaan hoitaa kivunhoidolla, muita kärsimyksen osa-alueita voidaan lievittää lääkkeellisin keinoin, mutta pääpaino on kuitenkin toistuvilla keskusteluilla, psykologisella ja henkisellä

tuella. Koettuun kärsimykseen vaikuttavat myös sosiaalinen tilanne, koettu nykyhetken ja menneisyyden merkityksellisyys, arvot ja tulevaisuuden odotukset.

Potilaan hengellisen ja henkisen tuen tarve voi olla epämääräistä kokonaisvaltaista ahdistusta, jolla ei ole nimeä ja joka ei hoidoilla vähene (Sipola ym., i.a.). Hengellisen ja henkisen tuen tarve voi liittyä kipuun, kehontoimintojen hallinnan menettämisen hyväksymiseen, identiteettiin, itsetuntoon, selviytymisen kokemukseen, perheeseen ja ihmissuhteisiin. Laadukas hengellinen ja henkinen hoito edellyttää henkisyyden ja hengellisyyden merkityksen ymmärtämistä osana kokonaisvaltaista palliatiivista hoitoa. Tuen keinojen määrittelyssä arvioidaan, millaista tukea potilas tarvitsee ja mitä on mahdollista saada. Lisäksi on pohdittava, kuka ammattilainen voisi parhaiten auttaa; sairaalapappi, potilaan oman yhteisön edustaja, sosiaalityöntekijä, psykiatrinen sairaanhoitaja vai perhetyöntekijä. Tuen vaikuttavuutta tulee myös arvioida keskustelemalla tai hyödyntämällä erilaisia mittareita.

Lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät ovat kivunhoidon peruste, ja niitä tulee käyttää aina kun mahdollista (Suomalainen lääkäriseura Duodecim, 2017). Kivunhoitoon käytettäviä lääkkeettömiä menetelmiä on paljon, valinnassa huomioitava hoidon kesto, kivun aiheuttaja, laatu ja sijainti (Haavisto ym., 2023, s. 324). Kylmähoito, esimerkiksi viilentävät geelit, kylmäpakkaukset ja jää hillitsevät kiputilaa, vähentävät turvotusta ja lievittävät tulehdusta. Lämpöhoito, esimerkiksi lämpöpakkaukset, lämpötyyny ja sauna, kiihdyttävät verenkiertoa, notkistavat parantamalla kudosten elastisuutta ja lämmittävät lihaksia. Rentoutuminen, esimerkiksi rentoutusharjoitukset ja hengitysharjoitukset, rentouttavat lihaksia, hidastavat sykettä ja hengityksen rytmiä sekä rauhoittavat mieltä. Positiiviset virikkeet, kuten musiikki, taide, sosiaalinen elämä ja huumori, vievät huomion pois kivusta, parantavat kivun sietokykyä ja vähentävät ahdistusta. Asentohoito sisältää tukityyny ja patjat sekä asennon vaihtamisen riittävän usein. Asentohoito helpottaa ja ehkäisee kipua, vähentää kipureseptorien saamaa ärsytystä sekä ehkäisee jäykistymistä ja painehaavojen syntyä.

Lääkkeettömään hoitoon liitetään tarvittaessa kipulääkitys (Suomalainen lääkäriseura Duodecim, 2017). Säännöllinen kivun mittaaminen ja ylös kirjaaminen kuuluvat kivunhoitoon (Suomalainen lääkäriseura Duodecim, 2018). Kivun voimakkuuden ja mekanismin mukaan valitaan kipulääke ja annos määritellään yksilöllisesti. Kivunhoidossa opioidit ovat tehokkaita, ja niitä on monessa eri muodossa mahdollista antaa. Tulehduskipulääke yhdessä opioidin kanssa saattaa lievittää kipua paremmin kuin opioidi yksinään.

Suun terveyden ongelmat mahdollisesti heikentävät fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia (Haavisto ym., 2023, s. 259). Huonosti hoidettu suu voi vaikuttaa yleisterveyteen (Honkala ym., 2020, s. 180–181). Suun ja hampaiden säännöllinen puhdistus estää monia suunsairauksia. Suun tulehdukset voivat levitä verenkiertoon ja lisätä sydän- ja aivoinfarktiriskiä. Ne voivat myös pahentaa muita sairauksia, kuten diabetesta ja astmaa. Puhdistamattomat hammasproteesit voivat olla infektioiden lähde, mikä tekee huolellisesta suunhoidosta erityisen tärkeää. Proteesien pinnalle voi kasvaa erilaisia sieniä ja bakteereja.

Suun kuivuus on yleinen oire elämän loppuvaiheessa, tällöin tärkeintä on oireiden hyvä hoito (Terveyskylä, 2021b). Kuiva suu saattaa usein olla myös kipeä sekä sieni-infektiot ovat usein kuivan suun vaiva. Suun kuivuus hankaloittaa nielemistä ja puhumista. Kuiva suu myös hankaloittaa syömistä sekä vaurioittaa hampaita (Haavisto ym., 2023, s. 259–260). Elämän loppuvaiheessa, kun syöminen saattaa olla muutenkin niukkaa eikä ruoka maistu, kuivassa suussa myös maku- ja hajuaistimus heikkenee (Terveyskylä, 2021b). Suun kuivumista aiheuttavat monet lääkkeet ja perussairaudet, sekä lisähapen anto ja hengittäminen suun kautta (Haavisto ym., 2023, s. 259–260). Kuivaa suuta pystyy arvioimaan kysymällä suun oireista havainnoimalla, tarttuuko kieli kitalakeen, onko puhuminen vaikeaa ja pysyvätkö hammasproteesit paikoillaan.

Palliativisessa ja saattohoidossa olevan suun hoidossa keskitytään suun epämukavuuden ja mahdollisten kipujen hoitoon sekä suun pitämiseen puhtaana että kosteana (Haavisto ym., 2023, s. 259) Suositeltavaa olisi, että suun mahdolliset tulehdukset olisi hoidettu ennen palliativista ja saattohoitovaihetta. Suun hoito suunnitellaan yhdessä potilaan toiveita ja tarpeita kuunnellen (Terveyskylä, 2021b). Suun hoidossa pääpaino on kosteutuksessa sekä paikallishoidoissa. Suuta kostutetaan juomalla, pieniä annoksia kerralla. Hampaat ja ienrajat on harjattava pehmeällä hammasharjalla ja fluorihammastahnalla kahdesti päivässä (Honkala ym., 2020, s. 180–181). Hammasvälit ja mahdolliset proteesit tulee puhdistaa päivittäin. Huomioidaan myös ikenet sekä suunhoito myös silloin, jos potilas on tajuton (Terveyskylä, 2021b).

Haavisto ym. (2023, s. 392) kirjoittavat kirjassaan, että suu tulisi tarkistaa muutaman tunnin välein ja kostuttaa vanupuikoilla tai lapuilla, jotka vedellä kasteltu. Veden lisäksi voi käyttää myös kostutusgeeliä, -suihketta tai ruokaöljyä. Huulten rasvaamisesta tulee myös huolehtia. Valitaan tuotteita, jotka eivät ärsytä herkkää suuta; esimerkiksi

perushammastahnat sisältävät vaahdottavaa ainetta, joka kuivattaa limakalvoja (Terveyskylä, 2021b). Sitkeän liman erityis saattaa rauhoittua kuivan suun hoitamisella sekä nesteiden saannilla. Sieni-infektioihin lääkäri määrää tarvittaessa lääkkeen. Jos kivut eivät suun kostutuksella helpotu, annetaan tarvittaessa kipulääkettä lääkärin määräämänä. Kipuja suussa voi myös helpottaa kylmillä juomilla ja jääpalojen imeskelyllä (Haavisto ym., 2023, s. 260).

Yksi yleisimmistä vaivoista palliatiivisessa hoidossa olevilla potilailla on ummetus, vain anoreksia ja kipu ovat yleisempiä (Saarto, 2015). Ummetukseen liittyy vatsakipua, vatsan turvottelua, pahoinvointia, kipua peräaukolla ja jopa peräsuolen nekroosia, jotka heikentävät elämänlaatua. Lisäksi sekavuus ja virtsaumpi saattavat liittyä ummetukseen. Ummetuksen ehkäisyssä tärkeää olisi antaa vessa rauha ja riittävästi aikaa, ravinnossa tulisi olla kuitua sekä nesteitä tulisi nauttia runsaasti, liikunta myös auttaa suolta toimimaan. Palliatiivisessa hoidossa olevilla potilailla on yleensä useita ummetusta aiheuttavia tekijöitä, joten myös lääkkeitä on hyvä miettiä ajoissa.

Sairauksien loppuvaiheessa yleinen elämänlaatua laskeva oire on väsymys (Saarto, 2015). Väsymysoireyhtymä kuvataan vähentyneellä energialla, tarpeena hidastaa tavalista tahtia, lisääntynyt unen ja levon tarve sekä väsymyksen tunne. Ja vaikka väsymykseen liittyy psykologisia oireita, tulisi se erottaa masennuksesta. Palliatiivisessa hoidossa usein myös lääkitys on väsymyksen taustalla. Potilaat eivät välttämättä tuo oiretta esille, jolloin sen arvioiminen ja havaitseminen on mahdotonta. Myös vähäiset hoitotulokset väsymyksen hoidosta saattavat vaikuttaa, ettei haeta apua, kun sitä ei uskota saatavan. Hoitona väsymykseen on vuorokausirytmien tukeminen, kevyt liikunta, liikarasituksen välttäminen, taustasyiden korjaaminen, lääkityksen korjaaminen. Saattohoitopotilaalle harvoin on nesteytyksestä, ravitsemuksesta tai anemian korjaamisesta hyötyä. On myös joitain oireenmukaisia lääkehoitoja.

## **2.4 Omaisten merkitys palliatiivisen potilaan elämässä**

Hyvään palliatiiviseen hoitoon kuuluu läheisten tukeminen (Haavisto ym., 2023, s. 376). Osa kokonaisvaltaista palliatiivista hoitoa on läheisten ja omaisten tukeminen ja huomiointi, myös kuoleman jälkeen, sillä tilanne kuormittaa perhettä ja läheisiä (Suomalainen lääkärisseura Duodecim, 2019). Läheisille tulee antaa mahdollisuus olla rinnalla kuoleman

lähestyessä, jos kuoleva ja läheiset niin toivovat (Haavisto ym., 2023, s. 394–396). Läheisille tulisi antaa myös mahdollisuus olla läsnä ja osallistua fyysiseen hoivaan, myös yöpymismahdollisuus tulisi voida järjestää. Läheisille on usein tärkeää, ettei kuoleva joudu olemaan yksin kuoleman hetkellä. Etukäteen tulisi sopia yksi yhteyshenkilö sekä kysyä, toivovatko yöaikaan soittoa.

Jos kuoleva ei ole tuonut esille toiveita, eikä kykene niitä enää ilmaisemaan, läheisten tulisi arvioida, kuinka kuoleva haluaisi tilanteessa toimittavan, sillä he yleensä tuntevat parhaiten kuolevan tarpeet ja toiveet (Haavisto ym., 2023, s. 395–396). Läheisille tulee antaa riittävästi tietoa. Päätökset hoidon rajauksista ja linjauksista tekee lääkäri huomioiden toiveet, sekä lääketieteelliset perusteet. Hoitaja myös kannustaa läheisiä olemaan läsnä sekä ja tukee läheisiä selviytymisessä. Omaisilta voidaan kysyä esimerkiksi voinnista, arjesta selviytymisestä sekä jaksamisesta. Läheisiä tulisi rohkaista tunteiden ilmaisuun sekä antaa tilaa tunteille, sillä kuolema tuo esille monenlaisia ja voimakkaitakin tunteita. Usein päällimmäinen kokemus on riittämättömyys. Fyysistä kipua voi myös jotkut kokea läheisensä kuoleman lähellä.

## 2.5 Saattohoito

Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa, ja se ajoittuu oletettuihin viimeisiin päiviin ja viikkoihin (Suomalainen lääkäriseura Duodecim, 2019). Yksi suurimmista saattohoidon potilasryhmistä ovat syöpää sairastavat (Saarto ym., 2015, s. 256). Syöpää esiintyy Suomessa paljon. Kun syöväle ei ole enää hoitokeinoja käytettävissä ja syöpä etenee, on selvää, että saattohoitopäätös tulee tarpeeseen. Toisena isona potilasryhmänä on potilaat, joilla on kroonisia eteneviä sairauksia, esimerkiksi erilaiset keuhko-, sydän- ja neurologiset sairaudet. Näiden sairauksien eteneminen on haastavampaa ennustaa, jolloin saattohoitopäätöksen tekeminen vaikeutuu.

Saattohoitoa järjestetään keskussairaaloissa, terveyskeskuksissa, kodinomaisissa hoitolaitoksissa sekä kodeissa (Saarto ym., s. 257). Sairaanhoitajia työskentelee lähes kaikissa edellä mainituissa, joten palliatiivisen hoidon osaamista edellytetään. On tärkeää, että kuoleva ihminen saa olla kotona niin pitkään kuin itse haluaa. Mikäli kuoleva ihminen on kotona, hänellä on oltava läheinen tai joku muu hoitaja vierellään toteuttamassa saattohoitoa.

Viimeisinä elinpäivinä on yleistä siirtyä terveyskeskukseen tai muuhun hoitolaitokseen, sillä tilanteet voivat tuolloin olla nopeasti vaihtuvia.

Laadukkaan saattohoidon perustana on lääketieteen tieto ja taito sekä oikea ajoitus. Palliatiivisesta hoidosta siirrytään saattohoitoon, kun potilaan toimintakyky ja kyky huolehtia itsestään ovat merkittävästi heikentyneet (Saarto ym., s. 257). Merkkejä saattohoitovaiheen lähestymisestä ovat syömisongelmat, keuhkokuume sekä kuumeilu ilman tiedostettua syytä, oireiden lisääntyminen ja yleisvoimien heikentyminen (Haavisto ym., 2023, s. 379). Oireiden lisääntymistä ja yleisvoimien heikentymistä ovat esimerkiksi lisääntynyt hengenahdistus ja kivuliaisuus sekä vireystilan lasku. Saattohoitopäätös voidaan tehdä, mikäli nähtävillä on kuoleman merkit (Saarto ym., s. 257). Mikäli merkkejä ei ole näkyvillä, voidaan hoidosta rajata pois esimerkiksi antibioottihoito, nesteytys tai lääkkeet. Mikäli saattohoitopäätöstä ei tehdä, kun sitä tarvittaisiin, voi asianomaisille tulla epärealistisia ajatuksia hoidosta ja ennusteesta. Tällöin lähestyvään kuolemaan ei voi välttämättä valmistautua mitenkään. Mitä lähempänä kuolema on, sitä enemmän tukea potilas ja läheiset tarvitsisivat.

Saattohoitopäätös on tärkeä myös lääketieteen kannalta (Saarto ym., s. 257). Kun päätös tehdään, hoidossa siirrytään useimmiten kokonaan oireenmukaiseen hoitoon. On tärkeää huomioida potilasta ja hänen läheisiään siltä kannalta, ovatko he ajan tasalla tilanteessa. Mikäli omaiset eivät tiedosta potilaan huonoa kuntoa, he voivat epäillä hoitovirheen mahdollisuutta. Omaisten epäilykset voivat myös aiheuttaa luottamuspulaa hoitohenkilökuntaa kohtaan ja vaikeuttaa laadukasta hoitoa.

Saattohoidossa kaikista tutkimuksista, hoidoista ja kontroleista luovutaan, jos ne eivät välittömästi vaikuta potilaan vointiin tai rasittavat potilasta (Haavisto ym., 2023, s. 379). Saattohoidon tavoitteena on oireenmukainen lääkehoito, eikä tavoitteena ole enää parantaa tai hidastaa lääkityksien avulla sairauksia (Saarto ym., 2015, s. 259–260). Lääkehoitoa toteutetaan ensisijaisesti suun kautta, mutta kun se ei onnistu, siirrytään muihin antotapoihin (Saarto ym., s. 259–260). Antotapaan vaikuttaa potilaan toive, hoitopaikan mahdollisuudet sekä lääkkeiden ohjeistukset. Saattohoidossa tärkeä osa lääkehoitoa on pitää potilas sekä hänen läheisensä ajan tasalla lopetettavista ja aloitettavista lääkkeistä, sillä isot muutokset saattavat järkyttää ja aiheuttaa ahdistusta.

Laadukas hoito edellyttää oireiden seuraamista vähintään neljän tunnin välein, sekä nopeaa reagoitua lääkehoidossa kipujen ja muiden oireiden helpottamiseksi (Haavisto ym., 2023, s. 380). Arviointi tulisi tapahtua sopivia mittareita käyttäen, säännöllisesti ja systemaattisesti). ESAS-oirekyselyllä selvitetään palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan yleisiä oireita, lisäksi on numeerinen kipuasteikko ja visuaalinen kipuasteikko, joita voidaan käyttää, mikäli potilas kykenevä sanalliseen ilmaisuun. Jos potilas on kykenemätön sanalliseen ilmaisuun, oireita voidaan havainnoida PAINAD-mittarin avulla. PAINAD-mittarissa arvioidaan potilaan hengitys, negatiivinen ääntely, ilmeet, elekieli ja lohduttaminen numeerisesti ykkösestä kolmoseen.

Potilaan kivut saattavat äkillisesti pahentua tai lieventyä (Saarto ym., s. 260). Olisi hyvä olla tarvittaessa annettavaa lääkettä kipujen, pahoinvoinnin, kouristuksien, limaisuuden, oksentelun sekä hengenahdistuksen varalle. Mikäli on aiheutta epäillä vaikeaa kuolemaa, on hyvä olla varalla lääkitykset sedaatiota varten. Palliatiivinen sedaatio on eettisesti hyväksyttävä toimenpide, jonka tarkoituksena on helpottaa kestämatöntä kärsimystä elämän loppuvaiheessa ilman, että se aiheuttaa kuoleman nopeutumista (Alanazi ym., 2024). Kun käytäntöä toteutetaan asianmukaisesti, sen aiheuttamat riskit kuoleman suhteen ovat äärimmäisen vähäiset, ja se on linjassa eettisen periaatteen kanssa. Pääasiallisena tavoitteena on lievittää kärsimystä samalla, kun varmistetaan potilaan arvokkuus ja ihmisarvo.

Sairaanhoitajan toimenkuvaan kuolevan ihmisen hoidossa kuuluu kuolemasta keskustelu omaisten kanssa (Korhonen & Poukka, 2013). On hyvä kertoa, mitä kuoleman hetkellä tapahtuu ja kuinka siihen kannattaa varautua. Sairaanhoitaja voi olla kuoleman aikaan paikalla, mutta olisi hyvä pitää mielessä, että kyseessä on potilaan sekä omaisten intiimi hetki. Henkilökunnan toiminta voi jäädä läheisten mieleen. On tärkeää tukea empaattisesti omaisia.

## **2.6 Kuoleman jälkeinen hoito**

Valviran (i.a.-b) mukaan ihmisen kuollessa, on paikan mukaan ilmoitettava joko lääkärille tai virkavallalle. Yksiköissä tulisi olla ohjeet kirjallisena, kuinka toimitaan, kun kuolema osuu kohdalle (Haavisto ym., 2023, s. 388). Jos potilaalle on tehty saattohoitopäätös, ei poliisia tai ambulanssia yleensä tarvita paikalle. Hoitaja voi todeta elottomuuden, mutta lääkäri toteaa kuoleman tekemällä ulkoisen ruumiintarkastuksen (Valvira, i.a.-b). Lääkäri

kirjoittaa kuolintodistuksen sekä hautausluvan (Terveyskylä, 2021a). Lääkäri tekee myös tarvittavat asiakirjamerkinnot, joista tulisi selvittää kuolinaika, kuoleman toteamisen ajankohta sekä mahdolliset ruumiintarkistuksen havainnot. Tarvittaessa lääkäri määrää ruumiinavauksen, mikäli kuolemansyy on epäselvä (Valvira, i.a.-b).

Kuoleman jälkeen omaisilla ja läheisillä voi esiintyä luopumisen tuskaa sekä surua. Omaiset voivat käsitellä aihetta hyvin eri tavalla, jolloin olisikin tärkeää tarjota henkistä tukea (Terveyskylä, 2021a). Sairaanhoidaja voi tarjota keskusteluapua sekä erilaisia vertaistukiryhmiä surua kokevalle omaiselle. Syöpäjärjestön (i.a.) mukaan on hyvä kertoa omaisille, että voivat ottaa yhteyttä sairaanhoidajaan myöhemmin, mikäli kysymyksiä herää. Tarvittaessa sairaanhoidaja ohjaa omaiset lääkärin puheille.

### 3 SAIRAAHOITAJA PALLIATIIVISEN POTILAAN HOITOTYÖSSÄ

#### 3.1 Palliatiivisen hoitotyön koulutus

Sairaanhoitaja (AMK) -koulutus on 210 opintopisteen koulutus, kestoltaan kolme ja puoli vuotta (Seinäjoen ammattikorkeakoulu, i.a. -b). Koulutukseen sisältyy teoriaopintoja ja harjoitteluja. Harjoittelut ovat viiden tai kymmenen viikon mittaisia. Opiskelumenetelmät ovat lähiopetus, itsenäinen opiskelu sekä ryhmätyöt.

Kuolevia potilaita hoitavien terveydenhuollon ammattilaisten tulee hallita palliatiivisen hoidon perusasiat, jotta pystytään turvaamaan hyvä palliatiivinen hoito kaikissa perusterveydenhuollon yksiköissä (Saarto & Lehto, 2019). Perusopetuksen on jatkossa annettava valmiudet palliatiivisen hoidon ja saatto hoidon tunnistamiseen, elämän loppuvaiheen suunnitelman tekoon sekä yleisimpien fyysisten, psyykkisten, psykososiaalisten ja henkisten tarpeiden arvioinnin. Hyvät vuorovaikutustaidot myös korostuvat.

Eduskunta myönsi vuonna 2017 miljoonan euron määrärahan vuoteen 2020 mennessä käytettäväksi palliatiivisen ja saattohoidon kehittämistä varten (Saarto & Finne-Soveri, 2019). Tarpeet palliatiivisessa ja saattohoidossa on huomattu, ja laatuksiteereissa painotuu henkilöstön osaaminen, riittävyys, moniammatillisuus sekä koulutus. Opetus ja kulttuuriministeriön rahoittama Edupal -hankkeen tavoitteena oli, että palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen koulutus voi saavuttaa Suomessa kansainvälisen huipputason (Edupal, i.a). Hankkeen tavoitteena oli selvittää palliatiivisen koulutuksen nykytila, laatia valtakunnalliset suositukset palliatiivisen hoitotyön perusopetukseen sekä erikoistumiskoulutuksiin sekä kehittää moniammatillista koulutusta sekä palliatiivisen hoidon osaamista. Viime vuosien aikana palliatiiviseen hoitoon on kiinnitetty huomiota ja sitä on kehitetty onnistuneesti.

Kahdeksantoista ammattikorkeakoulua on suunnitellut palliatiivisen hoidon asiantuntijan erikoistumiskoulutuksen yhdessä (Diakonia-ammattikorkeakoulu, i.a). Koulutus on tarkoitettu jo valmistuneille sairaanhoitajille, joilla on kertynyt työkokemusta. Koulutus on 30 opintopisteen kokonaisuus, josta valmistuu asiantuntijoita, joilla on monipuoliset tiedot ja taidot palliatiivisen hoidon erityistasolle sekä perustason vastuutehtäviin. Koulutuksen hinta on 1500 euroa (SeAMK, i.a. -a). Suomessa on mahdollista myös opiskella yleisessä ammattikorkeakoulussa kliiniseksi asiantuntijaksi, palliatiivisen hoidon

asiantuntijaksi, koulutus on 90 opintopisteen koulutus ja kestää kaksi vuotta (Edupal-hanke, i.a). Tutkinto antaa valmiudet työskennellä palliatiivisen hoidon B- ja C- vaativuus-tasoilla. Tutkinto antaa lisäksi valmiudet toimia itsenäisesti erilaisissa toimintaympäris-töissä laajennetuissa asiantuntijatehtävissä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon erityis-osaamista vaativissa tehtävissä.

### **3.2 Sairaanhoidajan henkinen jaksaminen palliatiivisessa hoitotyössä**

Kun hoitaja kohtaa kuolevan, kohtaa hän myös elämän rajallisuuden (Haavisto ym., 2023 s. 387–388). Työssä hoitaja joutuu kohtaamaan oman kuolevaisuutensa, vajavaisuutensa ja riittämättömyytensä (Kekäläinen, s. 17–18). Hoitajan on hyvä tiedostaa oma kuoleman käsitys (Haavisto ym., 2023, s. 387–388). Onko itsellä pelkoja tai traumoja vai onko kuole-masta hyviä kokemuksia, jotka vahvistavat omaa toimintaa? Hoitajan voi olla vaikea puhua kuolemasta ja kohdata sitä, kuitenkin potilaalle ja omaiselle kohtaaminen voi olla yksi mer-kittävimmistä asioista. Hyvän vuorovaikutussuhteen edellytyksiä ovat aito kiinnostus toi-sesta, empatia ja myötätunto (Kekäläinen, 2020, s. 17). Hoitajan on osattava olla lähellä potilasta, opittava tuntemaan potilas ja kyettävä luomaan luottamus, jolloin potilas kokee turvaa ja uskaltaa kiintyä, jolloin voidaan tarjota yksilöllisiin tarpeisiin ja toiveisiin pohjautu-vaa hyvää palliatiivista hoitoa. Hoitajan tulisi pystyä olemaan empaattinen, rohkea ja hie-notunteinen, eikä kiire saisi välittyä (Haavisto ym., 2023, s. 387–388). Eettinen herkkyy-s vuorovaikutuksessa on tärkeää, huomioida äänensävy ja katsekontakti.

Saattohoidossa tunnetyöskentely on vahvasti läsnä (Haavisto ym., 2023, s. 387–388). Po-tilaan, läheisten, työyhteisön ja omat tunteet ovat mukana saattohoitotilanteessa. Kaikki käsittelevät kuoleman omalla tavallaan. Hoitajan on ensiksi havainnoitava ja reflektoitava itseään käsitelläkseen omia tunteitaan sekä tunnistamaan ja ymmärtämään niitä (Kekäläi-nen, s. 17). Vasta, kun hoitaja on sinut omien tunteidensa kanssa, hän kykenee dialogi-seen vuorovaikutukseen ja ymmärtämään toisten tunteita. Toisten tunteiden ymmärtämi-nen taas vaatii kykyä havainnoida sanattomia viestejä, vaistonvaraista empatiaa ja kykyä asettua toisen asemaan. Hoitajan tunteet, ajatukset ja asenteen kuolemaa kohtaan heijas-tuvat hoitosuhteissa suoraan kuoleviin.

On hyvä huomioida, että kuoleman käsitteleminen sekä käsittelemättä jättäminen voivat kumpikin olla raskaita (Haavisto ym., 2023, s. 387–388). Työsuru on eri asia kuin

henkilökohtainen suru (Kekäläinen, s. 17). Jos työn aikaansaamaa surua ei käsittele, voi se johtaa fyysisiin ja psyykkisiin oireisiin, stressiin, ahdistukseen, työ- tai myötätuntouupumukseen. Voimakkaat tunteet käsittelemättöminä voivat aiheuttaa suojareaktionä kyynisyttä ja tarpeen ottaa tilaa saattohoitotilanteessa. Vähäinen työkokemus on yksi tekijä surureaktion syntyyn, lisäksi vaikuttaa aiemmat kokemukset surun ja kuoleman kohtaamisesta sekä omien uskomusten tai elämänfilosofian kyseenalaistuminen. Surureaktion syntyyn vaikuttaa lisäksi työympäristö, hoitosuhteen pituus ja syvyys, kuoleman yllättävyys, nuoren ihmisen tai lapsen kuolema ja haastavat perhetilanteet. Lisäksi eettiset haasteet kuten ylihoitaminen, kiire tai huono hoito voimistavat surureaktion syntyä. Tunnettaakkaa lisää myös hyvin nopeasti vaihtuva tilanne, eri tunnemaisemissa tapahtuva hoito, jossa potilaiden tilanteet ovat hyvin erilaiset. Työkokemuksen karttuessa ajattelu ja elämäntulkinta muokkaantuu tietoisesti ja alitajuisesti niin, että työ hoituu ammatillisesti ja hoitaja kestää kuormituksen. Omasta elämästä olisi hyvä löytää vastapaino, joka tuo keveyttä, iloa ja toivoa elämään.

Hoitajan olisi myös hyvä saada purkaa omia tunteitaan työyhteisössä (Haavisto ym., 2023, s. 387–388). Tähän auttaa avoin keskustelukuluttuuri ja kollegoiden tukeminen. Työntekijöiden jaksamisen ja työyhteisön hyvinvoinnin kannalta kollegoilla on suuri merkitys (Kekäläinen, s. 18). Tuen tulisi mahdollistaa tunnettaakkojen jakamisen sekä lisätä itsetuntemusta. Hoitaja tarvitsee toisen hoitajan jakamaan työn luomia tunteita ja surua, jotta niiden käsittely onnistuu. Kollegojen neuvojen, tuen ja mallin lisäksi tarvitaan koulutusta, hyvää johtamista sekä työnohjausta. Henkilökunnan tulisi saada työnohjausta säännöllisesti, jotta herkkyyys ja voimavarat säilyvät jatkossakin saattohoitotyöhön (Haavisto ym., 2023, s. 387–388). Sairaalapapit ovat terveydenhuollon henkilökunnan tukena ja keskustelukumppaneina hoitotyössä ja kriisitilanteissa (Sipola ym., i.a.). Sairaalapapit, jotka saaneet työnohjaajakoulutuksen, toimivat työnohjaajina. Jokainen kuolema on ainutlaatuinen (Korhonen & Poukka, 2013). Kuolema itsessään on hyvin monimutkainen tapahtuma, eikä sen kulkua voida täysin ennustaa etukäteen. Kuolevan hoitotyö vaatii hoitohenkilökunnalta herkkyyttä ja kykyä olla oma itsensä.

## 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla sairaanhoitajan osaamista palliativisessa hoidossa olevan potilaan hoitotyössä. Tavoitteena on tuottaa tietoa sairaanhoitajan osaamisesta palliativisessa hoitotyössä. Tuotettua tietoa voidaan hyödyntää kattavasti tulevaisuudessa sairaanhoitajien osaamisen kehittämiseen, jotta palliativinen hoito toteutettaisiin laadukkaasti.

Opinnäytetyön tutkimuskysymys on: Miten sairaanhoitajan osaaminen näkyy palliativisessa hoitotyössä?

## 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 5.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Idea opinnäytetyöhön lähti kiinnostuksesta palliatiiviseen hoitotyöhön ja työelämässä kohdattujen haasteiden vuoksi. Aiheesta on tehty jonkin verran opinnäytetöitä, joten aluksi oli pohdittava, kuinka painotetaan aihetta. Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Vilka (2023, s. 11) määrittelee kirjallisuuskatsauksen tutkijoiden alkuperäis-tutkimuksia tutkivaksi tutkimustavaksi. Tämän toteutuksen oli tarkoitus kerätä jo olemassa oleva ja olennainen tieto tästä aihepiiristä ja tehdä johtopäätökset asetettuun tutkimuskysymykseen. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tarkastelee julkaistuja tieteellisiä vertaisarvioituja tutkimuksia (Axelin ym., 2015, s. 9).

Kirjallisuuskatsaus alkaa määrittämällä tutkimusongelma ja tarkoitus, mikä luo suunnan koko tutkimukselle (Stolt ym., 2015, s. 24). Yhteiskunnallisesti ajankohtainen kysymys on usein laadullisen tutkimuksen kohteena (Kallinen & Kinnunen, 2021), kuten tässä opinnäytetyössä palliatiivinen hoitotyö. Ennen tutkimuksen aloittamista tehtiin alustavia kirjallisuushakuja, jotta nähdään, ettei kysymys ole liian laaja ja tuota liikaa aineistoa (Stolt ym., 2015, s. 24). Varmistetaan myös, että tutkimusaineistoa löytyy riittävästi. Myös tässä opinnäytetyössä tehtiin ennen aineiston hankintaa alustavia hakuja ja varmistettiin, että aineistoa löytyy riittävästi.

### 5.2 Aineiston hankinta

Tutkimukset tähän kirjallisuuskatsaukseen kerättiin järjestelmällistä tiedonhakuja käyttäen. Tiedonhaku kirjallisuuskatsausta varten tehtiin useasta tietokannasta, jotta tietoa löydettiin niin kattavasti kuin mahdollista. Tietoa haettiin kotimaisista ja kansainvälisistä tietokannoista englannin- ja suomenkielisillä hakusanoilla. Aineisto kerättiin seuraavista tietokannoista laajoilla hakusanoilla: SeAMK Finna, Medic, Terveysportti, CINAHL Ultimate ja PubMed. Lisäksi tietoa haettiin manuaalisella haulla kirjastossa tutkimuslehdistä ja tutkimusartikkeleiden lähdeluetteloista.

Suomenkielisiä hakusanoja, joita käytettiin ovat sairaanhoitajan osaaminen, palliatiivinen hoitotyö, hoitotyö, saattohoito sekä palliatiivinen. Englanninkielisiä hakusanoja, joita

käytettiin ovat palliative, nursing, palliative care, professional competence ja palliative treatment. Hakua rajattiin siten, että haettiin vain suomen- ja englanninkielisiä tutkimusartikkeleita. Artikkeleita sekä tutkimuksia haettiin vuosilta 2014–2024. Tutkimusartikkelit tulivat olla kokonaisuudessaan saatavilla verkossa tai kirjastossa maksuttomasti.

Ensimmäisenä haettiin Seamk Finna:sta suomenkielisillä hakusanoilla (Liite 1). Hakusanoiksi koehakujen perusteella valikoitui ”palliativinen hoitotyö”, ”hoitotyö”, ”palliativinen”, ”saattohoito”, ”sairaanhoitajan osaaminen”. Vuodet rajattiin 2014–2024, kieleksi suomi ja englantia, aineistotyyppiä kirja. Eri hakulausekkeita muodostui kolme, hakutuloksia näillä lausekkeilla ja rajauksilla saatiin yhteensä 68, joista valittiin otsikon ja tiivistelmän perusteella kaksi, ja nämä kaksi myös lopullisesti hyväksyttiin mukaan kirjallisuuskatsaukseen.

Seuraavaksi haettiin Medic:istä suomen- ja englanninkielisillä hakusanoilla. Koehakujen jälkeen hakusanoiksi valikoituivat ”palliativinen”, ”osaaminen”, ”hoitotyö”, ”palliative”, ”nursing”, ”saattohoito”, ”palliativinen” ja ”sairaanhoitajan osaaminen”. Rajattiin vuodet 2014–2024, kieleksi suomi ja englantia, vain kokotekstit. Eri hakulausekkeita muodostui neljä, näillä hakutuloksia saatiin yhteensä 122, joista otsikon ja tiivistelmän perusteella valittiin kuusi ja näistä lopullisesti neljä hyväksyttiin mukaan kirjallisuuskatsaukseen.

Medicin jälkeen haettiin Cinahl Ultimate:sta englanninkielisissä hakusanoilla. Hakusanoiksi valikoituivat ”palliative treatment”, ”professional competence” ja ”palliative care”. Hakua rajattiin vuodet 2014–2024, koko teksti, vertaisarvioitu ja tutkimusartikkeli. Hakulausekkeita muodostettiin kaksi ja näillä lausekkeilla ja rajauksilla tuloksia saatiin yhteensä 93. Tuloksista otsikon ja tiivistelmän perusteella valittiin kolme, joista lopullisesti kaksi hyväksyttiin mukaan kirjallisuuskatsaukseen.

Terveysportista tehtiin kaksi hakua suomenkielisillä hakusanoilla. Hakusanoiksi valikoituivat ”palliativinen hoitotyö”, ”sairaanhoitajan osaaminen” ja ”palliativinen”. Rajaukseksi laitettiin hoitotyön tietokanta. Hakutuloksia tuli yhteensä 15, joista yksi valikoitui otsikon ja tiivistelmän perusteella sekä myös lopullisesti hyväksyttiin mukaan kirjallisuuskatsaukseen.

Viimeiset haut tehtiin Pubmedistä englanninkielisillä hakusanoilla. Hakusanoiksi valittiin ”palliative”, ”professional competence”, ”palliative treatment” ja ”competence”. Hakulausekkeita muodostui kaksi. Rajauksiksi laitettiin vuodet 2014–2024, ilmaiset koko tekstit, kirjat ja dokumentit. Tuloksia hakulausekkeilla ja rajauksilla saatiin yhteensä 14, joista valittiin

tiivistelmän ja nimen perusteella yksi, ja tämä yksi päättyi myös lopulliseen kirjallisuuskatsaukseen.

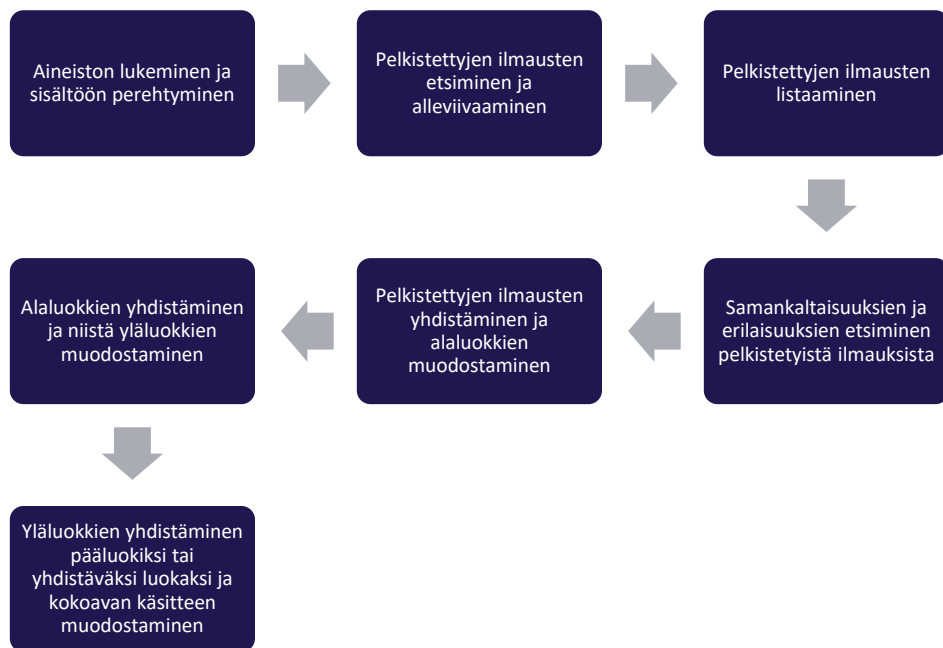
Manuaalisella tiedonhaulla etsittiin tietoa tutkimuksen ja opinnäytetöiden lähdeluetteloista sekä kirjastossa selaamalla läpi Tutkiva hoitotyö- ja Hoitotiede-lehdet. Manuaalisella haulla ei löydetty yhtäkään tutkimusta, joka olisi vastannut tutkimuskysymykseen. Opinnäytetyön kirjallisuuskatsaukseen valikoitui kymmenen tutkimusartikkelia, joista seitsemän oli suomenkielisiä ja kolme englanninkielisiä.

### 5.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Kirjallisuuskatsauksen aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä yhdistellään käsitteitä ja lopuksi saadaan vastaus tutkimuskysymykseen (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 127). Sisällönanalyysissä edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä ongelmasta, jota tutkitaan, se perustuu tulkintaan ja päättelyyn (kuvio 2). Aineistolähtöinen eli induktiivinen sisällönanalyysi aloitetaan asettamalla tutkimuskysymys, joka tässä opinnäytetyössä on, miten sairaanhoitajan osaaminen näkyy palliatiivisessa hoitotyössä. Elo ym. (2022, s. 217) kirjoittavat sisällönanalyysin olevan paljon käytetty laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmä, jossa aineistosta etsitään vastauksia kysymykseen sisällönanalyysin avulla. Elo ym. (2022, s. 316–325) neuvovat tekemään tutkimuskysymyksestä mahdollisimman tarkan, jotta tutkimusaineistosta saadaan etsittyä vastauksia. Tuomi ja Sarajärvi (2018, s. 123) kirjoittavat sisällönanalyysin alkavan redusoinnilla, eli pelkistämällä, alkuperäisaineistosta karsittiin kaikki epäolennainen pois. Alkuperäisilmaukset muutettiin pelkistetyiksi ilmauksiksi, yhdestä alkuperäisilmauksesta voi saada useammankin pelkistetyn ilmauksen. Alkuperäisilmaukset saatiin esittämällä aineistolle tutkimuskysymys, ja kaikki ilmaukset, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen ja ovat teoreettisen viitekehyksen kannalta oleellisia, poimittiin mukaan tutkimukseen (Elo, 2022, s. 220). Tärkeää on tunnistaa ilmaukset, jotka sisällöltään kertovat jotain tutkittavasta ilmiöstä.

Tässä opinnäytetyössä ensin luettiin kirjallisuuskatsaukseen valittujen artikkelin tekstiä ja poimittiin sieltä alkuperäisilmaukset, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen. Tämän jälkeen alkuperäisilmaukset redusointiin eli pelkistettiin. Pelkistämisen jälkeen aloitettiin aineiston kluserointi, eli ryhmittely, jossa pelkistetyt ilmaukset käytiin läpi (Tuomi & Sarajärvi, 2018,

s. 124.) Pelkistetyt ilmaukset jaoteltiin niin, että samankaltaiset yhdistettiin eri luokiksi ja näistä muodostui alaluokat (taulukko 1). Nämä alaluokat nimettiin sisältöä kuvaavasti. Elo ym. (2022, s. 220) muistuttavat artikkelissaan, että otsikkojen on kuvattava sisältöä konkreettisesti ja tarkasti. Analysointi eteni yhdistämällä alaluokat edelleen yläluokiksi ja nimeämällä ne. Ryhmittelyä seurasi aineiston käsitteellistäminen, eli abstrahointi (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 125–126.) Abstrahoinnissa tutkimuksen kannalta oleellinen tieto erotettiin ja muodostettiin teoreettisia käsitteitä tiedon perusteella. Analyysin tuloksena saatiin 18 alaluokkaa ja 6 yläluokkaa.



Kuvio 2. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 123).

Taulukko 1. Esimerkki aineiston analyysistä yhden yläluokan osalta

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
...potilas pystyi aina näkemään puolison tai lastenlasten valokuvat (3)	Potilaan näkökentän huomiointi	Fyysisen ympäristön hallinta	Ympäristön hallinta
Yksityisen tilan puute ja lähestyvä kuolema edellyttää hoitajilta ...jatkuvia erillisjärjestelyjä. (1)	Tehdä erillisjärjestelyjä		
Hyvä kuolevan hoito ...kuolemanpiirin luomisen vaiheisiin. (1)	Luoda kuolemanpiiri		
... kuolemanpiiri on intiimin suljetun ja suojatun tilan luomista potilaan ja omaisten ympärille. (1)	Intiimin suojatun tilan luominen. Suljetun tilan luominen.		

## 6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Sairaanhoitajan osaaminen näkyy palliativisessa hoitotyössä ammatillisen asiantuntijuuden hyödyntämisenä, somaattisen hoitotyön osaamisena, potilaan psyykkisen hyvinvoinnin ylläpitämisenä, ympäristön hallintana, potilaan menneisyyden huomioimisena sekä hoitopolun hallintana (taulukko 2).

Taulukko 2. Sairaanhoitajan osaaminen palliativisessa hoitotyössä

YLÄLUOKAT	ALALUOKAT
Ammatillisen asiantuntijuuden hyödyntäminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monipuolinen tiedonhallinta</li> <li>- Ohjausosaaminen</li> <li>- Vuorovaikutustaidot</li> <li>- Moniammatillinen työskentely</li> <li>- Ammatillinen kasvaminen</li> </ul>
Somaattisen hoitotyön osaaminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tarpeiden huomioiminen</li> <li>- Oirehoidon hallitseminen</li> <li>- Lääkehoidon osaaminen</li> </ul>
Potilaan ja hänen läheisensä psyykkisen hyvinvoinnin ylläpitäminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tunnetaitojen hyödyntäminen</li> <li>- Toivon ymmärtäminen</li> <li>- Henkisen tuen antaminen</li> </ul>
Ympäristön hallinta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fyysisen ympäristön hallinta</li> <li>- Työympäristön hyödyntäminen</li> </ul>
Potilaan menneisyyden huomioiminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eletyn elämän kunnioittaminen</li> <li>- Omaisten huomioiminen</li> </ul>
Hoitopolun hallinta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ennakoivan hoitosuunnitelman laatiminen</li> <li>- Tulevan kuoleman ennakointi</li> <li>- Kuoleman jälkeisen hoidon osaaminen</li> </ul>

### 6.1 Ammatillisen asiantuntijuuden hyödyntäminen

Ammatillisen asiantuntijuuden hyödyntäminen sisältää monipuolisen tiedonhallinnan, ohjausosaamisen, vuorovaikutustaidot, moniammatillisen työskentelyn ja ammatillisen kasvamisen.

Monipuolista tiedonhallinta tarkoittaa, että sairaanhoitajan on hallittava perustiedot palliativisesta hoitotyöstä (2) ja saattohoidosta (2) perushoidon toteuttamiseksi (2). On hyvä seurata ajantasaisia suosituksia palliativisesta hoitotyöstä (4). Sairaanhoitajan tulee tietää erilaisista kivun lievityksen menetelmistä (10), sekä tietää, milloin hoito on tarpeetonta (2). Tietämys juridiikasta voi olla joissain tapauksissa hyödyksi (2). Palliativista hoitotyötä toteutettaessa tietämys uskonnollisista (10) ja kulttuurillisista (10) rituaaleista sekä tavoista

(10) katsotaan kuuluvan osaksi sairaanhoitajan osaamista. On tilanteita, jolloin henkiparantajien yrttejä olisi hyvä osata arvioida (10).

Ohjausosaaminen tarkoittaa, että sairaanhoitajalla tulee olla tietoa, jotta hän osaa ohjata ja kertoa erilaisista hoitovaihtoehdoista (2) sekä kotisaattohoidosta (2). On osattava opastaa lääkkeiden oikeaoppinen käyttö (10) ja kivunlievityksen hyödyt (10) sekä kivun arviointivälineiden käyttö (10). Myös läheisiä tulee ohjata lääkehoidossa (2).

Vuorovaikutustaidot tarkoittavat, että potilaan ja läheisen hyvä kohtaaminen (4 ja 5) on kiireetöntä (2), kunnioittavaa (2 ja 3), empaattista (2) sekä arvokasta (3 ja 8). Ajoittain kohtaamiset voivat olla haastavia (3). On tärkeää kohdata jokainen yksilöllisesti (8). Vuorovaikutusosaaminen (2) on osa sairaanhoitajan osaamista palliatiivisen potilaan kohdalla. On osattava avata keskusteluyhteys (3) sekä toteuttaa (2) ja ylläpitää avointa keskustelua (3). Olisi hyvä hallita aito keskustelu (3), sekä osata ottaa puheeksi (1) vaikeitakin asioita. Sairaanhoitajan on hyvä ymmärtää tilanteen ainutlaatuisuus (6). Vuorovaikutustilanteissa on osattava olla empaattinen (8), olla aidosti läsnä (1 ja 6) ja kuunnella (2 ja 6). Joskus asioiden tulkitseminen (2) on tarpeellista. Tiedon antaminen (8) kuuluu sairaanhoitajalle. On tutkittu, että tieto parantaa elämänlaatua (8). Viestintätaidot ovat osa sairaanhoitajan osaamista. Sairaanhoitajan on osattava viestiä ammatillisesti (2). Viestinnän on oltava asianmukaista (5), avointa (6) ja selkeää (6). Palliatiivisessa hoitotyössä omaisen kanssa viestintä (2) on tärkeässä roolissa. Inhimilliseen kohtaamiseen kuuluu inhimillinen (6) ja arvokas hoito (6), sekä kyky säilyttää potilaan arvokkuus (5) ja tarjota henkilökohtaista hoitoa (6). Sairaanhoitajan tulee osata toteuttaa potilaslähtöistä (3) palliatiivista hoitoa yksilöllisesti (2). Inhimillinen kohtaaminen on laadukasta oireenmukaista hoitoa (8), joka huomioi potilaan henkilökohtaiset tarpeet (4). Sairaanhoitajan olisi hyvä huomioida kuntouttava työote (2) ohjatessaan, jotta potilaan itsenäisyys (10) säilyisi mahdollisimman pitkään. On inhimillistä antaa aikaa hoitotilanteissa (2). Fyysinen tuki (2) ja hygieniassa ohjaaminen (3) tarvittaessa kuuluu sairaanhoitajan toimenkuvaan palliatiivisen potilaan hoitotyössä. Joskus on tarpeen rajoittaa potilaan liikkumista turvallisuuden vuoksi (3). Myös turhien siirtojen välttäminen (7) on potilaan edun mukaista. Hoitoa tulee toteuttaa lähellä potilasta (4) ajasta riippumatta (4).

Moniammatillinen työskentely on osa palliatiivista hoitotyötä (4). Yhteistyö (3) ja moniammatillinen tuki lisää hyvinvointia (8). Sairaanhoitajan on osattava toimia

moniammatillisessa tiimissä (2) potilaan elämänlaadun parantamiseksi (8). Sairaanhoidajalla tulee olla rohkeutta keskustella hoitotiimin kanssa (2).

Ammatillinen kasvaminen tarkoittaa, että sairaanhoitajan tulee tunnistaa omat asenteet kuolemaan sekä eutanasiaan (1). Sairaanhoidaja osaa tunnistaa eettiset arvot (2) sekä osaa toimia eettisesti (2). Palliatiivista hoitotyötä toteutettaessa on hyväksyttävä rajallisuus (1) ja vaalia omaa jaksamista (4) sekä kohdata omat tunteet (2). Avun pyytäminen kollegalta hankalassa tilanteessa (3) auttaa jaksamaan. Ammatilliseen kasvuun kuuluu oman työskentelyn kehittäminen (4) sekä sairaanhoitajaminän kehittäminen (4). Kehittyviä hoitomenetelmiä tulee hyödyntää (4). Sairaanhoidajan tulee ylläpitää osaamistaan (4) ja kehittää palliatiivista osaamistaan (4). Sairaanhoidajalla täytyy olla taito tehdä päätöksiä (4) palliatiivisessa hoitotyössä.

## 6.2 Somaattisen hoitotyön osaaminen

Somaattisen hoitotyön osaaminen käsittää tarpeiden huomioimisen, oirehoidon hallitsemisen sekä lääkehoidon osaamisen.

Tarpeiden huomioiminen tarkoittaa palliatiivisessa hoitotyössä potilaan tarpeiden huomioiminen auttaa toteuttamaan itseään (3). Sairaanhoidaja vastaanottaa toiveita (3) ja tunnistaa hienovaraisesti potilaiden ilmaisemia tarpeita (1). Toiveista tulee keskustella potilaan ja omaisten kanssa (1), toiveita tulee kunnioittaa (2 ja 8) ja mukauttaa (10), jotta ne saataisiin toteutettua (3). Sairaanhoidajan osaamisalueeseen kuuluu tunnistaa hoidon tarpeet (2) ja huomioida ne yksilöllisesti (2), jolloin tuloksena on laadukas tarpeen mukainen hoito (8). Palliatiivisessa hoidossa olevilla potilailla voi olla hengellisiä (1) ja sosiaalisia tarpeita (1), joita tulee huomioida ja tunnistaa (2).

Oirehoidon hallitseminen (5) koostuu oireiden tunnistamisesta (2) sekä seurannasta (2) että arvioimisesta (2). Oirehoitoon kuuluu oireiden (1) ja kärsimyksen (1) lievittäminen. Sairausten oireiden tunnistaminen (2) sekä niiden hoito (2) on oleellista osaamista. Palliatiivisella potilaalla voi esiintyä eksistentiaalista (4), sosiaalista (4) ja fyysistä (4) kipua. Kivun tunnistaminen (2), arviointi (2 ja 10) ja hallinta (10) on osa sairaanhoitajan osaamista. Kipua tulee osata hoitaa (2). Suunhoitoon kuuluu suun ja hampaiden hoidossa avustaminen (9), sekä suun terveyden huomiointi (9) ja arvioiminen (9). Suun limakalvojen arviointi (9) ja hoito (9) päivittäin on tärkeää. Suunhoitoon kuuluu myös suun kostuttaminen (9).

Ravinnon ja nesteiden saannin arviointi (9) on osa suunhoitoa. Suun alueen ongelmat tulisi hoitaa (9). On tärkeää myös osallistaa läheisiä suun hoidossa avustamiseen (9).

Lääkehoidon osaaminen tarkoittaa, että sairaanhoitajan olisi osattava helpottaa potilaan oireita lääkkeettömien (2) ja lääkkeellisten (2) menetelmien avulla. Hoitotyössä on hyvä hyödyntää monipuolisesti lääkkeettömiä ja lääkkeellisiä keinoja (4). Tarvittaessa annettavaa lääkettä tulisi antaa tarpeen mukaisesti (10).

### **6.3 Potilaan ja hänen läheisensä psyykkisen hyvinvoinnin ylläpitäminen**

Potilaan ja hänen läheisensä psyykkisen hyvinvoinnin ylläpitäminen pitää sisällään tunnetaitojen hyödyntämisen, toivon ymmärtämisen sekä henkisen tuen antamisen.

Tunnetaitojen hyödyntämistä tarkoittaa, että sairaanhoitajan on osattava ylläpitää läheisyyden, empatian ja myötätunnon suhdetta kipua ja kärsimystä kohtaan (6). Katkeran (3) ja epätoivoisen (3) potilaan ymmärtäminen sekä toivottomuuden vastaanotto (3) ja hankalien toiveiden kuuntelu (3) kuuluu sairaanhoitajan toimenkuvaan. Sairaanhoitajalla on hyvä olla taito koskettaa (1 ja 2), rohkaista (8), olla aidosti läsnä (2 ja 3), myötäelää (2) ja rauhoittaa puheella (1). Palliatiivista hoitotyötä toteuttavan sairaanhoitajan tulee luoda suhde potilaaseen (1), kuunnella potilasta (8) ja olla ystävällinen potilasta ja omaisia kohtaan (6).

Toivon ymmärtämistä tarkoittaa, että potilasta tulee auttaa toivon löytymisessä (3) sekä ilmaisemisessa (3) ja sitä tulee ymmärtää (3). Toivoa tulee vahvistaa (3) ja siitä on osattava keskustella (8).

Henkisen tuen antaminen tarkoittaa, että sairaanhoitajalla olisi hyvä olla kyky tunnistaa henkisen tuen tarve (2) ja tukea potilasta sekä omaisia psykososiaalisesti (2 ja 5) ja eksistentiaalisesti (4). Potilaan psykologisista tarpeista (1) sekä psyykkisen kivun lievityksestä (4) on huolehdittava ja oltava tukena (2). Potilaan henkinen suojeleminen (3) on joskus tarpeen. Oireenmukainen hoito lieventää ahdistusta (8). Sairaanhoitajan tulee auttaa potilasta lievittämään (2) ja hälventämään (10) pelkoja.

## 6.4 Ympäristön hallinta

Ympäristön hallintaan kuuluu fyysisen ympäristön hallinta ja työympäristön hyödyntäminen.

Fyysisen ympäristön hallinta tarkoittaa erillisjärjestelyiden (1) tekemistä, esimerkiksi tilan puutteen (1) tai yksityisyyden (1) järjestämisen vuoksi, on joskus tarpeellista palliatiivisen potilaan hoidossa. Intiimi, suojattu ja suljettu tila (1) sekä potilaan näkökentän huomioiminen (3) on sairaanhoitajan vastuulla. Elämän loppuvaiheessa luodaan kuolemanpiiri (1) kuolevan potilaan ympärille.

Työympäristön hyödyntäminen tarkoittaa, että on tunnettava työpaikan resurssit (1) sekä hyödynnettävä teknologiaa (4) mahdollisuuksien mukaan. Toimintaperiaatteiden tunteminen (4) työyhteisössä on suotavaa. Sairaanhoitajan voimavaroina on työyhteisössä keskustelu (1), joustaminen toiminnassa (1) sekä työolojen kehittäminen (4).

## 6.5 Potilaan menneisyyden huomioiminen

Potilaan menneisyyden huomioimiseen sisältyy eletyn elämän kunnioittaminen sekä omaisten huomioiminen.

Eletyn elämän kunnioittaminen tarkoittaa, että sairaanhoitajan on osattava ottaa huomioon potilaan tausta (10) ja kulttuuri (10). On huomioitava elämän historia (2) ja potilas osana yhteisöä (2). Sairaanhoitajan on kunnioitettava potilaan kulttuuria (10) ja erilaisia taustoja (10). Kulttuurillinen osaaminen (2) on tärkeässä osassa potilaan elämän loppuvaihetta.

Omaisten huomioiminen tarkoittaa, että omaisten rooli hoidossa on huomioitava (8). Omaisilla on asiantuntijuutta (8), joka tulee ottaa huomioon palliatiivisen potilaan hoitotyössä. Omaisia on osattava tukea palliatiivisessa hoidossa (3 ja 4) ja heitä voi rohkaista osallistumaan hoitotyöhön (2). Omaisten toiveita (10) ja haluja (10) tulee mukauttaa. Sairaanhoitajan rooli on auttaa omaisia keskustelemaan saattohoidosta (3) sekä hälventää pelkoja (10). Omaisia on huomioitava (2) ja kannustettava (2) sekä pyrittävä tukemaan (2).

## 6.6 Hoitopolun hallinta

Hoitopolun hallintaan kuuluu ennakoivan hoitosuunnitelman laatiminen, tulevan kuoleman ennakointi sekä myös kuoleman jälkeisen hoidon osaaminen.

Ennakoivan hoitosuunnitelman laatiminen vaatii, että sairaanhoitajan on ymmärrettävä ennakoivan hoitosuunnitelman keskeinen rooli (5) ja toteuttaa sitä (2). Hoidon ennakointi (1 ja 5) kuuluu sairaanhoitajan osaamiseen. Ennakoiva keskustelu potilaan ja omaisen kanssa on avainasemassa tulevaan valmistautuessa (8). Potilasta tulee tukea keskusteltaessa hoitosuunnitelmasta (5). Sairaanhoitajan on tunnistettava eri hoitolinjausten merkitykset (2). Hankalissa tilanteissa palliatiivinen hoito järjestetään erikoissairaanhoidossa (4).

Tulevan kuoleman ennakointi vaatii, että sairaanhoitajan on osattava tulkita (1) ja havainnoida (1) merkkejä kuoleman vaiheesta. Kuolemaan on osattava varautua (1) ja pyrittävä parantamaan kuolevan elämänlaatua (1). Kuolema tulee osata myös tunnistaa (1).

Kuoleman jälkeisen hoidon osaaminen tarkoittaa sitä, että sairaanhoitajan on hallittava vainajan hoitotyö (2). Omaisiin tulee ottaa yhteyttä kuoleman tapahtuessa (8). Omaisten huomioiminen on avainasemassa kuoleman jälkeen (2 ja 8).

## 7 POHDINTA

### 7.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoitajan osaamista palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan hoitotyössä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa sairaanhoitajan osaamisesta palliatiivisessa hoitotyössä. Tutkimuskysymys oli ” Miten sairaanhoitajan osaaminen näkyy palliatiivisessa hoitotyössä?”

Opinnäytetyön tulosten mukaan sairaanhoitajan osaaminen näkyy ammatillisen asiantuntijuuden hyödyntämisenä, somaattisen hoitotyön osaamisena, potilaan psyykkisen hyvinvoinnin ylläpitämisenä, ympäristön hallintana, potilaan menneisyyden huomioimisena ja hoitopolun hallintana. Tulosten perusteella voidaan todeta, että opinnäytetyön aiheen mukaisesti sairaanhoitajan osaaminen palliatiivisessa hoitotyössä edellyttää kokonaisuuden hallintaa kaikissa edellä mainituissa aihealueista.

Opinnäytetyön tuloksissa tuli ilmi, että sairaanhoitajan on ymmärrettävä ennakoivan hoitosuunnitelman keskeinen rooli ja toteutettava sitä, sairaanhoitajan on myös tunnettava eri hoitolinjaukset ja niiden merkitykset. Myös Haavisto ym. (2023, s. 374) kirjassa ja Lehto ym. (2023) artikkelissa painottivat hoitosuunnitelman tärkeyttä, etenkin silloin kun sairauden etenemiseen ei enää voida merkittävästi vaikuttaa. Hyvissä ajoin tehdyt hoitolinjaukset ja suunnitelmat ovat avain hyvään elämän loppuvaiheen hoitoon. Palliatiivisen hoidon tarpeen ja lähestyvän kuoleman tunnistaminen ovat keskeisiä edellytyksiä hyvälle palliatiiviselle ja saattohoidolle (Suomalainen lääkäriseura Duodecim, 2019). Myös opinnäytetyön tuloksissa tuli ilmi, että sairaanhoitajan on osattava tulkita ja havainnoida merkkejä kuoleman vaiheesta, kuolemaan on osattava varautua ja kuolevan elämänlaatua mahdollisuuksien mukaan parannettava. Kuolema on osattava tunnistaa. Opinnäytetyön tuloksissa korostui sairaanhoitajan monipuolinen tiedonhallinta. On hallittava perustiedot palliatiivisesta hoitotyöstä sekä saattohoitotyöstä, sekä myös kehitettävä itseään jatkuvasti ajantasaisella tiedolla. Saarto ym. (s. 257) kirjoittaa kirjassaan saattohoidon perustana olevan lääketieteellisen tiedon, taidon ja oikean ajoituksen.

Haavisto ym. (2023, s. 376) kirjoittavat kirjassaan hyvään palliatiiviseen hoitoon kuuluvan omaisten tukemisen, omaisia on myös osattava kuunnella, sillä he yleensä tuntevat

kuolevan tarpeet ja toiveet. Osa palliatiivisessa hoidossa on omaisten tukemista ja huomiointia (Suomalainen lääkäri-seura Duodecim, 2019). Opinnäytetyön tuloksissa myös tuli selkeästi ilmi omaisten rooli palliatiivisessa hoitotyössä. Omaisia on huomioitava, tuettava ja kannustettava. Omaisilla on myös asiantuntijuutta, mikä tulisi huomioida ja hyödyntää palliatiivisen potilaan hoitotyössä.

Opinnäytetyön tuloksissa korostui oirehoidon hallitseminen, oireiden tunnistaminen, seuranta ja arviointi. Saarto (2015) vielä hyvin avaa kirjassaan, miten oireiden lisäksi tulisi keskittyä oireiden häiritsevyyteen sekä avuntarpeeseen potilaan kokemana. Oireiden häiritsevyydestä hoitaja ja potilas saattavat olla eri mieltä, mikä pahimmillaan voi johtaa vääränlaiseen hoitoon potilaan kannalta. Opinnäytetyön tuloksissa tuli ilmi myös sairaanhoitajan taito vastaanottaa, toteuttaa ja puhua tarpeista ja toiveista, tarpeet ja toiveet tulisi toteuttaa yksilöllisesti. Tarpeet voivat olla myös hengellisiä ja sosiaalisia. Sairaanhoitajalla tulisi olla kyky tunnistaa henkisen tuen tarve ja osaamista tukea potilasta sekä omaisia psykososiaalisesti ja eksistentiaalisesti. Hyvä on tietää, että oireenmukainen hoito lievittää ahdistusta. Sipola ym. (i.a.) tuovat esiin, kuinka henkisen ja hengellisen tuen tarve saattaa olla epämääräistä, ei niin helposti tunnistettavaa, kokonaisvaltaista ahdistusta. Tuen tarve voi liittyä muun muassa kipuun, hallinnan menettämiseen, itsetuntoon, identiteettiin tai ihmissuhteisiin. Saarto (2015) kirjoittaa kirjassaan, kuinka fyysistä kipua on helpompi ilmaista kuin masennusta, pelkoa ja katkeruutta. Fyysinen osa kärsimyksestä pystytään hoitamaan kivunhoidolla, muilta osa-alueilta oireita voi mahdollisesti lievittää lääkkein mutta pääpaino on keskusteluilla sekä psykologisella ja henkisellä tuella.

Lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät ovat perusta kivunhoidolla (Suomalainen lääkäri-seura Duodecim, 2017). Lääkkeettömiä menetelmiä kivunhoitoon on olemassa paljon (Haavisto ym., 2023, s. 324). Lääkkeettömään hoitoon liitetään tarvittaessa lisäksi kipulääkitys (Suomalainen lääkäri-seura Duodecim, 2017). Opinnäytetyön tuloksissa myös tuli esiin, kuinka sairaanhoitajan osaamiseen kuuluu olennaisesti potilaan oireiden helpottaminen lääkkeettömien ja lääkkeellisin keinoin.

Opinnäytetyön tuloksissa käsiteltiin myös, kuinka sairaanhoitajan tulisi tunnistaa omat asenteensa kuolemaa kohtaan. Sairaanhoitajan on hyväksyttävä rajallisuus sekä vaalia omaa jaksamista sekä kohdata omat tunteensa. Myös Haavisto ym. (2023, s. 387–388) sekä Kekäläinen (2020, s. 17–18) kirjoittavat kuinka hoitajan on kuolemaa kohdatessa

kohdattava myös elämän rajallisuus, hoitaja joutuu kohtaamaan vajavaisuutensa ja riittämättömyytensä. Hoitajan olisi hyvä tiedostaa oma kuoleman käsityksensä, onko itsellä pelkoja tai traumoja, vain onko hyviä kokemuksia. Hoitajan tulisi ensiksi havainnoida ja reflektoida omat tunteet, käsiteltävä ja ymmärrettävä ne, vasta kun hoitajan on sinut omien tunteidensa kanssa, pystyy hän dialogiseen vuorovaikutukseen ja ymmärtämään toisten tunteet. Hoitajan tunteet, ajatukset ja asenteet heijastuvat hoitosuhteissa suoraan potilaaseen. Opinnäytetyön tuloksissa käsitellään myös moniammatillisen työskentelyä. Moniammatillinen työskentely ja yhteistyö lisää hyvinvointia, sekä sairaanhoitajalla tulee olla rohkeutta keskustella tiimissä.

Tuloksissa käsitellään sairaanhoitajan vuorovaikutustaitoja, viestintätaitoja sekä ohjausosaamista. Viestiminen tulisi olla asianmukaista, avointa ja selkeää. Kohtaaminen tulisi olla avointa, kiireetöntä, kunnioittavaa ja empaattista. Keskustelutaitoja vaaditaan sekä kykyä puhua vaikeistakin asioista. Ohjausosaamista tarvitaan, ja pohjalla tulee olla riittävästi tietoa muun muassa erilaisista hoitovaihtoehdoista ja lääkehoidosta. Kekäläinen (2020, s. 17) ja Haavisto ym., s. 387–388) kirjoittavat että edellytyksiä hyvälle vuorovaikutussuhteelle ovat aito kiinnostus, empatia ja myötätunto. Hoitajan tulisi olla hienotunteinen, rohkea eikä kiire saisi välittyä. Eettinen herkkyyks on myös tärkeää, katsekontakti ja äänensävy otettava huomioon.

## **7.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus**

Opinnäytetyö on toteutettu kirjallisuuskatsauksena ilman tilaajaa, joten tutkimuslupaa ei ollut tarvetta hakea. Opinnäytetyössä käytetty tieto perustuu aiempiin tutkimuksiin, joten esimerkiksi anonymiteettiä ei tarvinnut miettiä. Opinnäytetyössä kuvattiin avoimesti koko opinnäytetyöprosessia tutkittavasta ilmiöstä tutkimuskysymykseen, tiedonhausta sisälönanalyysiin ja tulosten tarkkaan raportointiin. Tutkimuksen merkitys on perusteltu sisällöllisesti ja mahdollisimman eettisesti ja aihe on valittu niin, että se on yhteiskunnallisesti merkittävä ja parantaa terveystieteiden tietopohjaa. Opinnäytetyöprosessi eteni asteittain.

Tutkimuseettiset kysymykset otettiin huomioon kaikissa opinnäytetyön vaiheissa (Kallinen & Kinnunen, 2021). Lähteet valittiin systemaattisen tiedonhaun jälkeen. Opinnäytetyössä pyrittiin käyttämään enintään 10 vuotta vanhaa tietoa lähteenä, yksi vanhempi lähde on mukana, koska lähde on luotettava ja itse asia on edelleen ajantasaista. Opinnäytetyöhön

otettiin lähteeksi myös englanninkielisiä lähteitä. Englanti ei ole kummankaan tekijän äidinkieli, mutta kääntäminen pyrittiin tekemään mahdollisimman huolellisesti. Lähdeluettelo pidettiin ajan tasalla koko opinnäytetyön tekoprosessin ajan. Opinnäytetyön luotettavuutta lisää myös, että kaksi henkilöä tutkii samaa ongelmaa yhdessä ja erikseen ja käydään keskustelua aiheesta (Axelin ym., 2015, s. 83). Tutkimustuloksia ei ole keksitty, vaan ne ovat rakentuneet aineistosta. Tutkimustulokset on raportoitu avoimesti ja rehellisesti. Uskottavuutta opinnäytetyössä lisäsi selkeä tulosten kuvailu.

Opinnäytetyö tehtiin hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2024). Opinnäytetyöhön sovellettiin eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tuloksia avattaessa toteutettiin tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa vastuullisuutta ja avoimuutta. Opinnäytetyössä kunnioitettiin muiden tutkimuksia ja viitattiin näihin asianmukaisella tavalla (TENK, 2024). Opinnäytetyössä käytettyjen tutkimusten asia pysyi muuttumattomana, eikä tutkimuksia plagioitu. Opinnäytetyössä ei käytetty vilppiä, johon lukeutuu sepittäminen, vääristely ja plagiointi.

### **7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet**

Aihetta on tutkittu jonkun verran, etenkin ulkomailla. Suomessa palliatiivista hoitotyötä on alettu vasta tutkimaan ja kehittämään lähivuosina enemmän. Hakutuloksissa englanninkielistä sisältöä on runsaasti enemmän kuin suomenkielistä. Aihe on kiinnostava ja tärkeä sen vuoksi, että aiheesta täytyisi saada lisää tietoa myös Suomeen terveydenhuollon henkilöille laadukasta hoitoa varten. Palliatiivinen hoitotyö ei välttämättä toteudu vielä niin hyvin, kuin se voisi toteutua. Sairaanhoidajien olisi tärkeää osata hoitaa ihminen elämän loppuun saakka laadukkaasti, jotta lähestyvä kuolema olisi mahdollisimman kivuton. Jokainen ihminen ansaitsee hyvän elämän, alkuineen ja loppuineen.

Tuloksia voidaan hyödyntää käytännössä monin tavoin. Sairaanhoidajien koulutuksessa olisi tärkeää painottaa erityisesti palliatiivisen hoitotyön erityispiirteitä, kuten oireiden hallintaa, kivunlievitystä ja potilaan kokonaisvaltaista tukemista. Koulutuksessa voisi keskittyä myös vuorovaikutustaitojen kehittämiseen, erityisesti kuuntelutaitoihin ja empaattiseen kommunikaatioon, jotta sairaanhoidajat pystyvät tukemaan potilasta ja hänen perhettään vaikeissa ja tunteita herättävissä tilanteissa. Hoitotyössä olisi tärkeää tehdä ennakoiva

hoitosuunnitelma ja huolehtia kuoleman jälkeisestä hoidosta. Sairaanhoitajilla tulisi olla valmiudet kohdata potilas ja hänen perheensä, kun hoito siirtyy parantavasta hoidosta palliatiiviseen vaiheeseen. Tämä vaatii myös koulutuksen ja työelämän käytäntöjen tarkastelua, jotta sairaanhoitajilla on tarvittavat taidot ja valmiudet kohdata palliatiivisen hoidon erityisvaatimukset. Lisäksi olisi tärkeää kehittää moniammatillista yhteistyötä, jotta kaikki hoitotiimin jäsenet voivat tarjota tukea potilaalle parhaalla mahdollisella tavalla.

Opinnäytetyön rajoitteena oli rajattu lähdemäärä, mikä voi vaikuttaa tulosten yleistettävyyteen. Erityisesti syvällisempi ja laajempi empiirinen tutkimus olisi tarpeen, jotta saataisiin tarkempia ja laajemmin yleistettäviä havaintoja palliatiivisen hoitotyön käytännöistä ja sairaanhoitajien kokemuksista eri hoitoympäristöissä. Laajempien tutkimusten kautta voitaisiin myös tutkia tarkemmin, kuinka sairaanhoitajien hyvinvointi ja jaksaminen liittyvät heidän kykynsä tuottaa laadukasta palliatiivista hoitoa. Jatkotutkimuksissa olisi mielenkiintoista tarkastella myös potilaiden ja omaisten näkökulmaa siitä, kuinka sairaanhoitajien osaaminen vaikuttaa heidän kokemuksiinsa hoidon laadusta ja elämänlaadun parantamisesta. Toinen mahdollinen jatkotutkimuksen aihe voisi olla se, kuinka palliatiivisen hoitotyön erityisosaaminen kehittyy hoitohenkilökunnan koulutuksessa ja työelämässä ja miten tämä osaaminen näkyy päivittäisessä työssä.

Palliatiivinen hoitotyö on kasvava ja tärkeä osa terveydenhuoltoa, ja se vaatii hoitohenkilökunnalta erityisosaamista ja monipuolisia taitoja. Sairaanhoitajien osaamisen kehittäminen on avainasemassa potilaslähtöisen ja laadukkaan hoidon toteutumisessa. Palliatiivinen hoito on kokonaisvaltaista, ja sen toteutuksessa on tärkeää huomioida paitsi fyysiset oireet myös potilaan psyykkiset ja henkiset tarpeet. Tulokset osoittavat, että sairaanhoitajien kyky tarjota inhimillistä ja asiantuntevaa hoitoa on ratkaisevassa asemassa palliatiivisen hoidon laadussa. Tämä tutkimus korostaa, kuinka tärkeää on kehittää sairaanhoitajien koulutusta ja työelämän käytäntöjä vastaamaan palliatiivisen hoidon erityisvaatimuksia, jotta hoidon laatu ja potilaskeskeisyys voidaan varmistaa kaikissa hoitoprosessin vaiheissa.

## LÄHTEET

- Alanazi, M. A., Shaban, M. M., Ramadan, O. M. E., Zaky, M. E., Mohammed, H. H., Amer, F. G. M., & Shaban, M. (09.07.2024). Navigating end-of-life decision-making in nursing: A systematic review of ethical challenges and palliative care practices. *BMC nursing*, 23(1), 467–15. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02087-5>
- Axelin, A., Stolt, M., & Suhonen, R. (2015). *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Turun yliopisto.
- Coelho, A., Rocha, A., Cardoso, D., Rodrigues, R., Costeira, C., Gomes, S., & Parola, V. (07.05.2022). Monitoring and Management of the Palliative Care Patient Symptoms: A Best Practice Implementation Project. *Nursing Reports*, 12(2), 365–370. <https://doi.org/10.3390/nursrep12020035>
- Diakonia ammattikorkeakoulu. (i.a.). *Palliativisen hoidon asiantuntijan erikoistumiskoulutus*. <https://www.diak.fi/osaamisen-paivittajalle/erikoistumiskoulutukset/palliativisen-hoidon-asiantuntija-erikoistumiskoulutus/>
- Edupal -hanke. (i.a.) *Palliativisen koulutuksen kehittäminen*. Opetus- ja kulttuuriministeriö. <https://www.palliativisenkoulutuksenkehittaminen.fi/>
- Elo, S., Kajula, O., Kääriäinen, M., & Tohmola, A. (2022). Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. *Hoitotiede*, 27(4), 316–325. <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128987/78028>
- Haavisto, M., Kakko, K., Mäkimartti P. & Pikkarainen, L. (2023). *Vanhuksen hoidon hyvät käytännöt*. Duodecim.
- Honkala, S., Heikka, H., Heikkinen, A.M., Helenius-Hietala, J., & Sirviö K. (2020). *Terve suu*. 4., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hoitotyön tutkimussäätiö. (i.a.). *Palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan läheisten kohtaaminen ja tukeminen*. <https://hotus.fi/hoitosuositus/palliativisessa-hoidossa-ja-saattohoidossa-olevan-potilaan-laheisten-kohtaaminen-ja-tukeminen/>
- Kallinen, T., & Kinnunen, T. (2021). *Etnografia*. Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/>
- Kallinen, T., & Kinnunen, T. (2021). *Johdanto: tutkimuksen kulku*. Tietoaarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/laadullisen-tutkimuksen-prosessi/tutkimuksen-kulku/>

- Kekäläinen, P. (2020). Miksi hoitajan tunteista pitää puhua? *Palliativinen hoito*, (50), 16–18.  
[https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/455738/Kekalainen\\_2020.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/455738/Kekalainen_2020.pdf?sequence=4&isAllowed=y)
- Korhonen, T., & Poukka, P. (2013). Kuolevan potilaan hoito. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 129(4), 440–5 <https://www.duodecimlehti.fi/duo10821>
- Lehto, J., Marjamäki, E., & Saarto, T. (2023). Elämän loppuvaiheen hoito – hoitosuunnitelma ja käytännön toteutus. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 135(4), 335–42. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14788>
- Saarto, T., & Finne-Soveri, H. (2019). *Palliativisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa: Alueellinen kartoitus ja suositusehdotukset laadun ja saatavuuden parantamiseksi*. Sosiaali- ja terveysministeriö.  
[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R\\_14\\_19\\_Palliativisen\\_hoidon\\_ja\\_saattohoidon\\_tila.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R_14_19_Palliativisen_hoidon_ja_saattohoidon_tila.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Saarto, T., & Lehto, J. (2019). Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Suomessa- Kolmiportainen malli. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 135(6), 535–41 <https://www.duodecimlehti.fi/duo14834>
- Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R., & Vainio A. (2015). *Palliativinen hoito*. (3. painos). Kustannus Oy Duodecim.
- Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R., & Vainio A. (2018). *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt*. Kustannus Oy Duodecim.
- Seinäjoen ammattikorkeakoulu. (i.a.-a). *Palliativisen hoidon asiantuntija – erikoistumiskoulutus*. <https://www.seamk.fi/osaamistaan-taydentavalle/erikoistumiskoulutus/palliativisen-hoidon-asiantuntija-erikoistumiskoulutus-30-op-2023-2024/>
- Seinäjoen ammattikorkeakoulu. (i.a.-b). *Sairaanhoitaja amk*.  
<https://stage.dev.seamk.fi/kaikki-koulutukset/sairaanhoitaja-amk/>
- Sipola, V., Peippo, T., & Paju, J. (i.a.). *Henkinen ja hengellinen tuki palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa*. Suomen evankelis-luterilainen kirkko.  
<https://evl.fi/documents/1327140/0/Henkinen+ja+hengellinen+tuki+palliativisessa+hoidossa.pdf/528cf420-0a13-cb24-d901-631527cb6bef?t=1677055102911>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (i.a.). *Palliativinen hoito ja saattohoito*.  
<https://stm.fi/saattohoito>
- Suomen palliativisen hoidon yhdistys. (i.a.). *Palliativinen hoito*.  
<https://www.sphy.fi/palliativinen-hoito/>

- Syöpäjärjestöt. (i.a.). *Läheisten suru*. <https://kaikkisyovasta.fi/laheiselle/laheisten-suru/>
- Valvira. (i.a.-a). *Elämän loppuvaiheen hoito*. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalainen keskusvirasto. <https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/elaman-loppuvaiheen-hoito>
- Valvira. (i.a.-b). *Kuoleman toteaminen*. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan keskusvirasto. <https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/kuoleman-toteaminen>
- Vilka, A. (2023). *Kirjallisuuskatsaus metodina, opinnäytetyön osana ja tekstilajina*. Art House.
- Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R., & Vainio A. (30.11.2015). *Palliativinen hoito*. Kustannus Oy Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/opk04604>
- Suomalainen lääkäriseura Duodecim. (22.08.2017). *Kipu (Käypä hoito -suositus)*. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103>
- Suomalainen lääkäriseura Duodecim. (04.10.2018). *Kuolevan potilaan oireiden hoito (Palliativinen hoito ja saattohoito) (Käypä hoito -suositus)*. <https://www.kaypahoito.fi/xmedia/khp/khp00072.pdf>
- Suomalainen lääkäriseura Duodecim. (04.10.2019). *Palliativinen hoito ja saattohoito (Käypä hoito -suositus)*. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>
- Terveyskylä. (01.11.2021a). *Kuoleman jälkeen huomioitavaa*. <https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/palliativinen-hoito/saattohoidossa/kuoleman-jalkeen-huomioitavaa>
- Terveyskylä. (01.11.2021b). *Palliativisen potilaan suun alueen oireet*. <https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/oireiden-hoito/oireet/suun-alueen-oireet>
- Marjamaa, M., & Sinisalo, R. (03.06.2022). *Kirjallisuuskatsauksen ohjaus- Perustana tutkimuskysymys ja ohjaushaastattelu*. Kreodi- ammattikorkeakoulukirjastojen verkkolehti. <https://www.kreodi.fi/arkisto/artikkelit/kirjallisuuskatsauksen-ohjaus-perustana-tutkimuskysymys-ja-ohjaushaastattelu.html>
- Tilastokeskus. (9.12.2022). *Kuolleisuus kasvoi vuonna 2021 eniten muistisairauksiin ja koronavirustautiin edellisvuodesta*. <https://stat.fi/julkaisu/cktdxrx6o4sv90b62jy6t7qbg>
- Alikan, B., & Can, G. (28.02.2024). Evidence-Based Nonpharmacological Symptom Management of Palliative Care in Advanced and Metastatic Cancer Patients: A Systematic Review. *Florence Nightingale journal of nursing*, 32(1), 90–98. <https://doi.org/10.5152/FNJN.2023.23043>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (22.04.2024). *Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK)*. <https://tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk>

## KIRJALLISUUSKATSAUKSEN LÄHTEET

1. Sarivaara, S., Lämsä, R., & Seppälä, U. (2018). Kuolema vuodeosastolla - kuolevan potilaan hyvän hoidon edellytykset. *Gerontologia*, 32(1), 4–20. <https://journal.fi/gerontologia/article/view/67817/30961>
2. Vihelä, M., Hökkä, M., & Kaakinen, P. (2020). Potilaiden ja läheisten kokemukset sairaanhoitajan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. *Hoitotiede* 275–284. <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128478/77601>
3. Hävölä, H., Rantanen, A., & Kylmä, J. (2015). Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvaamina. *Hoitotiede* 27 (2), 132–147. <https://www.terveysportti.fi/xmedia/hle/hle00090.pdf>
4. Tohmola, A., Suikkala, A., Lehto, J., & Hökkä, M. (2023). Palliatiivisen hoidon osaamistarpeet tulevan kymmenen vuoden aikana. *Tutkiva Hoitotyö* 21(1), 12–19. <https://www.terveysportti.fi/xmedia/tuh/tuh00219.pdf>
5. Suikkala, A., Salin, S., Rahko, E. K., & Hökkä, M. (05.06.2023). The three main competencies of every healthcare professional within palliative care -- a descriptive study. *Central European Journal of Nursing & Midwifery*, 14(2), 877–886. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2023.14.0002>
6. Ortega-Galán, Á. M., Ruiz-Fernández, M. D., Carmona-Rega, M. I., Cabrera-Troya, J., Ortíz-Amo, R., & Ibáñez-Masero, O. (05.12.2019). Competence and Compassion: Key Elements of Professional Care at the End of Life From Caregiver's Perspective. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 36(6), 485–491. <https://doi.org/10.1177/1049909118816662>
7. Jääskeläinen, M., Vaarala, S., & Usvasalo, A. (2023). Onkologinen ja palliatiivinen hoito etäpalveluna. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 139(18), 1429–35. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2023/18/duo17840>
8. Hoitotyön tutkimussäätiö. (21.09.2023). *Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan läheisten kohtaaminen ja tukeminen*. <https://hotus.fi/wp-content/uploads/2023/09/pall-suositus.pdf>

9. Hoitotyön tutkimussäätiö. (08.03.2021). *Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan suunhoito*. <https://hotus.fi/wp-content/uploads/2022/03/suositus-final.pdf>
  
10. Givler, A., Bhatt, H., & Maani-Fogelman, P. A. (22.05.2023). The Importance of Cultural Competence in Pain and Palliative Care. *National Center for Biotechnology Information (NCBI)*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493154/>

## **LIITTEET**

### **Liite 1. Tiedonhankinta**

## LIITE 1 Tiedonhankinta

Tietokanta	Hakulause	Rajaukset	Tulokset	Hyväksytyt otsikon ja tiivistelmän perusteella.	Lopullisesti hyväksytyt
SeAMK Finna	Palliativinen hoitotyö JA Sairaanhoidajan osaaminen	2014–2024, Suomi ja englanti, kirja	8	0	0
SeAMK Finna (4)	hoitotyö JA saattohoito	2014–2024, Suomi ja Englanti, kirja	51	2	2
SeAMK Finna	Palliativinen JA sairaanhoidajan osaaminen	2014–2024, Suomi ja englanti, kirja	9	0	0
Medic (1)	Palliativinen JA osaaminen	2014–2024, Suomi	1	1	1
Medic (2)	Palliativinen JA hoitotyö	2014–2024, Suomi, kokotekstit	36	3	3
Medic	Palliative JA nursing	2014–2024, kokoteksti, englanti	2	0	0
Medic (7)	Saattohoito JA Palliativinen	2014–2024, kokoteksti, suomi	83	2	0
Medic	Palliativinen JA sairaanhoidajan osaaminen	2014–2024, kokoteksti, suomi	0	0	0
Cinahl Ultimate (9)	Palliative treatment AND professional competence	Koko teksti, 10 vuotta, vertaisarvioitu, tutkimusartikkeli	41	1	1
Cinahl Ultimate (6)	Palliative care AND Professional competence	Koko teksti, 10 vuotta, vertaisarvioitu, tutkimusartikkeli	52	2	1
Terveysportti	Palliativinen hoitotyö	Hoitotyön tietokanta	10	0	0
Terveysportti (5)	Sairaanhoidajan osaaminen palliativinen	Hoitotyön tietokanta	5	1	1
Pubmed (8)	Palliative professional competence	Free full text, books and documents	4	1	1
Pubmed	Palliative treatment AND competence	Free full text, books and documents	8	0	0