

Reetta Aittokallio, Jonna Hiltunen ja Jonna Herranen

# Sairaanhoitajien haasteet erityistason palliativisessa hoitotyössä

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Sairaanhoitaja AMK

Sosiaali- ja terveysala

Syksy 2020



**KAMK • University  
of Applied Sciences**

## Tiivistelmä

**Tekijät:** Aittokallio Reetta, Hiltunen Jonna & Herranen Jonna

**Työn nimi:** Sairaanhoitajien haasteet erityistason palliatiivisessa hoitotyössä

**Tutkintonimike:** Sairaanhoitaja (AMK)

**Asiasanat:** palliatiivinen hoito, hoitotyö, erityistaso, haasteet, sairaanhoitaja

Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan oireenmukaista ja kokonaisvaltaista hoitoa, jossa kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan potilaan ja hänen läheistensä kärsimystä pyritään lievittämään ja ehkäisemään. Palliatiivinen hoito on jaettu kolmeen eri tasoon hoidon vaativuuden mukaan. Tässä opinnäytetyössä tutkittiin erityistason haasteita palliatiivisessa hoitotyössä. Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä palliatiivista- ja saattohoitoa. Haasteilla tarkoitamme ongelmia, vaikeuksia, koulutuksen puutteita sekä kehittämistarpeita.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, millaisia haasteita sairaanhoitajilla on erityistason palliatiivisessa hoitotyössä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa sairaanhoitajien kokemista haasteista erityistason palliatiivisessa hoitotyössä Kainuun Keskussairaalaan palliatiivisen yksikön kehittämisen tueksi. Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsauksessa vastattiin kahteen tutkimuskysymykseen: Mitä haasteita sairaanhoitajilla on erityistason palliatiivisessa hoitotyössä? Kuinka haasteet voidaan ratkaista? Aineistoon valikoitui seitsemän tutkimusartikkelia. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisälönanalyysillä.

Tutkimustulokset muodostuivat kolmesta pääluokasta, joita ovat: kliinisen hoitotyön haasteet, psykososiaalisen tukemisen haasteet sekä työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet. Kliinisen hoitotyön haasteet sisälsivät lääkehoidon ja kivunhoidon haasteet, palliatiivisen hoidon ja saattohoidon haasteet, erilaisten hoitotoimenpiteiden tuomat haasteet sekä erilaisten sairauksien ja niiden oireenmukaisen hoidon haasteet. Psykososiaalisen tukemisen haasteet muodostuivat vuorovaikutuksesta ja kohtaamisesta potilaan ja perheen kanssa. Työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet sisälsivät moniammatillisen yhteistyön haasteet, työyhteisön haasteet, työssä jaksamisen haasteet sekä organisaation haasteet. Tuloksista nousi esille haasteisiin ratkaisuja, kuten moniammatillisen yhteistyön kehittäminen, osaamisen kehittäminen sekä työyhteisön kehittäminen.

Tutkimustulokset ovat samansuuntaisia perustasolla todettujen haasteiden kanssa. Tulokset osoittautuivat samansuuntaisiksi sairaanhoitajalta edellytetyn osaamisen kanssa. Koulutukset lisäävät sairaanhoitajien osaamista, joka vähentää heidän työstään kokemiaan haasteita.

Opinnäytetyöstä nousi jatkotutkimusaiheeksi seuraavat: Mitä haasteita perustason tai vaativan erityistason palliatiivisessa hoitotyössä on? Olisi mielenkiintoista myös tietää, miten sairaanhoitajien osaaminen lisääntyy uuden koulutussuunnitelmasuosituksen myötä.

## **Abstract**

**Authors:** Aittokallio Reetta, Hiltunen Jonna & Herranen Jonna

**Title of the Publication:** Challenges Nurses Face in Specialized Palliative Care

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

**Keywords:** palliative care, nursing, specialized level, challenges, nurse

Palliative care refers to symptomatic and holistic treatment that seeks to alleviate and prevent the suffering of a patient with a fatal or health-threatening illness and their loved ones. Palliative care is divided into three levels according to the complexity of the treatment. This thesis investigates specialized level challenges in palliative care. In this thesis, palliative care refers to palliative and end-of-life care and challenges to problems, difficulties, shortcomings in education and development needs.

The purpose of this thesis was to describe challenges faced by nurses in specialized palliative care. The aim was to provide information on the challenges experienced by nurses in palliative care at Kainuu Central Hospital to support the development of a palliative unit. The thesis was implemented as a descriptive literature review. The literature review answered two research questions: what challenges did nurses face in specialized palliative care and how could the challenges be solved? Seven research articles were selected for the literature review and analyzed by inductive content analysis.

The research results consisted of three main categories, which were the challenges in clinical nursing, challenges regarding psychosocial support, and challenges related to work community and work organization. Challenges in clinical nursing included challenges in medication and pain management, palliative care and end-of-life care, different treatment procedures, and various diseases and their symptomatic treatment. Challenges regarding psychosocial support consisted of interaction and encounters with the patient and family. Challenges related to work community and work organization included multi-professional cooperation, work community, coping at work, and organization. Solutions to challenges, such as the development of multi-professional cooperation, competence and work community emerged from the results.

The research results are similar to challenges identified in basic level palliative care and competence required from nurses. Education develops nurses' competence, which reduces the challenges they experience in their work.

The following topic for further research surfaced during this thesis process: What are the challenges in basic or tertiary level palliative care? It would also be interesting to know how nurses' competence has increased with the introduction of the new curriculum recommendation.

## Sisällysluettelo

1.	Johdanto .....	1
2.	Palliativinen hoito .....	3
2.1.	Palliativisen hoidon prosessi .....	3
2.1.1.	Hoitosuunnitelma ja hoidon linjaukset .....	4
2.1.2.	Saattohoito osana palliativista hoitoa .....	5
2.2.	Palliativisen hoidon historiaa.....	6
2.3.	Palliativisen hoidon nykytila Suomessa .....	7
2.3.1.	Palliativisen hoidon nykytila Kainuussa .....	8
2.4.	Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen palliativisessa hoitotyössä .....	9
2.4.1.	Sairaanhoitajan osaaminen palliativisen hoidon perustasolla .....	11
2.4.2.	Sairaanhoitajan osaaminen palliativisen hoidon erityistasolla.....	12
2.5.	Palliativisen hoidon haasteet.....	13
3.	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset .....	16
4.	Opinnäytetyön toteutus.....	17
4.1.	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus .....	18
4.2.	Tiedonhakuprosessi.....	19
4.3.	Aineiston analyysi.....	21
5.	Tulokset.....	24
5.1.	Sairaanhoitajien kokemat haasteet.....	24
5.1.1.	Kliinisen hoitotyön haasteet.....	25
5.1.2.	Psykososiaalisen tukemisen haasteet .....	29
5.1.3.	Työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet .....	32
5.2.	Ratkaisut haasteisiin.....	39
5.2.1.	Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen .....	39
5.2.2.	Osaamisen kehittäminen.....	40
5.2.3.	Työyhteisön kehittäminen.....	42
6.	Pohdinta.....	44
6.1.	Tulosten tarkastelu.....	44
6.2.	Tutkimuksen eettisyys.....	48
6.3.	Tutkimuksen luotettavuus.....	48
7.	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset .....	51
7.1.	Ammatillisen osaamisen kehittyminen .....	51
	Lähteet .....	54

**Liitteet:**

Liite 1. Käytetyt tietokannat, hakusanat, tulokset sekä valitut tutkimukset

Liite 2. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

Liite 3. Induktiivinen sisällönanalyysi

Liite 4. Sairaanhoitajien koulutustarpeet

## 1. Johdanto

Maailman terveysjärjestön, WHO:n arvion mukaan jopa 40 miljoonaa ihmistä tarvitsee vuosittain palliatiivista hoitoa, mutta vain noin 14 % sitä tarvitsevista ihmisistä saa sitä tällä hetkellä (World Health Organization 2020). Suomessa palliatiivista hoitoa tarvitsee vuosittain noin 30 000 eri ikäistä ihmistä (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019a, 14).

Vuoden 2018 aikana Suomessa kuoli 54 523 henkilöä, joka on yli 800 enemmän kuin vuonna 2017. Kuolleiden keski-ikä oli naisilla 85 vuotta ja miehillä 77 vuotta. Yleisimmät kuolinsyyt olivat verenkierroelinten sairaudet (35 %), kasvaimet (24 %) sekä dementia (19 %). Dementiakuolemien määrä on kasvanut nopeasti väestön ikääntymisen myötä. (Tilastokeskus 2019.) Ikääntyvän väestön seurauksena palliatiivisen hoidon maailmanlaajuinen tarve tulee kasvamaan entisestään (World Health Organization 2020). Palliatiivisen hoidon tarve kasvaa myös kroonisten sairauksien edetessä sekä kuoleman lähestyessä. Kuolemaan johtavia kroonisia sairauksia ovat mm. sydämen-, maksan- ja munuaisten vajaatoiminta, keuhkohtaumatauti, ALS, Ms-tauti, Parkinsonin tauti ja aivoverenkierrosairaudet sekä dementia. (Saarto 2018, 8.)

Palliatiivista hoitoa tulisi tarjota kaikille parantumattomalle tai terveyttä uhkaavalle sairautta sairastaville riippumatta diagnoosista. Palliatiivinen hoito on jokaisen ihmisoikeus. Jotta hoitoa olisi saatavilla tasa-arvoisesti, palvelut tulisi järjestää hoidon vaativuustason mukaan. Perusosaamisen tason lisäksi on kolme eri tasoa: A – perustason, B - erityistason, sekä C - vaativan erityistason yksiköt. Terveydenhuollon ammattilaisten perusopetuksen tulisi antaa tarvittava osaaminen perustasolla toimimiseen. Erityistasolla työskentelevältä edellytetään erikoistumiskoulutusta. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019a, 16, 106; Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019b, 182.)

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemassa palliatiivisen ja saattohoidon tilan raportissa (2019a, 95–108) todetaan merkittäviä puutteita hoidon saatavuudessa ja osaamisessa sekä koulutetun henkilökunnan määrässä. Varsinkin erityistason palvelut on havaittu riittämättömiksi, tasa-arvoinen hoitoon pääsy ei toteudu, ja palveluiden saatavuus vaihtelee valtakunnallisesti huomattavasti. Lisäksi yksiköiden henkilökuntamitoituksessa on suurta vaihtelua. Jotta palvelut olisivat koko maassa yhdenvertaisia ja laadukkaita, palliatiivisen hoidon osaamista ja koulutusta tulee vahvistaa (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2019a).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, millaisia haasteita sairaanhoitajilla on erityistason palliatiivisessa hoitotyössä. Haasteilla tarkoitamme ongelmia, vaikeuksia, koulutuksen puutteita sekä kehittämistarpeita, joita sairaanhoitajat kokevat työskennellessään erityistason palliatiivisessa hoitotyössä. Toteutimme opinnäytetyön kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Tavoitteena on tuottaa tietoa sairaanhoitajien kokemista haasteista palliatiivisessa hoitotyössä Kainuun Keskussairaalaan palliatiivisen yksikön kehittämisen tueksi. Lisäksi kirjallisuuskatsaus antaa työnantajalle uusinta ja ajankohtaisinta tietoa palliatiivisesta hoidosta.

Palliatiivista hoitotyötä on tutkittu monesta eri näkökulmasta, mutta sairaanhoitajan haasteita erityistasolla on tutkittu vähän. Mielestämme haasteiden kuvaaminen antaa uuden näkökulman kehittää sairaanhoitajien osaamista palliatiivisessa hoitotyössä, jotta potilaille turvataan asianmukainen ja ammattitaitoinen palliatiivinen hoito. Haasteiden kuvaaminen auttaa myös työelämää suunnittelemaan työntekijöille koulutustarpeita.

## 2. Palliatiivinen hoito

### 2.1. Palliatiivisen hoidon prosessi

Palliatiivinen hoito on oireenmukaista ja kokonaisvaltaista hoitoa, jossa kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan potilaan ja hänen läheistensä kärsimystä pyritään lievittämään ja ehkäisemään (Käypä hoito 2019; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019b). Palliatiivinen hoito ei ole sidoksissa kuoleman läheisyyteen, vaan se voi kestää sairaudesta riippumatta jopa vuosia (ETENE 2004, 6). Palliatiivinen hoito olisi hyvä aloittaa jo kroonisen, kuolemaan johtavan sairauden varhaisessa vaiheessa sairauden hoidon rinnalla helpottamaan sairauden tai hoitojen aiheuttamia oireita sekä henkistä kuormaa (Saarto 2018, 8). Palliatiivinen hoito kuuluu kaikkiin sairauden vaiheisiin riippumatta hoitolinjasta (Käypä hoito 2019).

Palliatiivisessa hoidossa kuolemaa pidetään normaalina tapahtumana pitkälle edennyttä sairautta sairastavan henkilön elämässä. Siinä ei ole tarkoitus pidentää tai lyhentää elämää. Potilasta autetaan elämään niin aktiivista elämää kuin mahdollista aina kuolemaan saakka. (Saarto 2018, 8.) Palliatiivisessa hoitotyössä tärkeitä periaatteita ovat kokonaisvaltaisuus, itsemäärääminen, kunnioitus, yksilöllisyys, turvallisuus ja ihmiskeskeisyys. Palliatiivisen hoidontyön asiantuntijan tulee osata etsiä ja löytää ihmisen itsensä näköinen tapa elää yhdessä parantumattomasti sairaan kanssa. Parantumattomasti sairas kohdataan yksilöllisessä hoidossa fyysisenä, psyykkisenä, emotionaalisenä sekä tuntevana ihmisenä. Tämä kaikki hoitotyön asiantuntijan tulisi osata hyödyntää suunnitellessaan, toteuttaessaan ja arvioidessaan ihmiskeskeisestä ja turvallista palliatiivista hoitoa. (Surakka, Mattila, Åstedt-Kurki, Kylmä & Kaunonen 2015, 8.)

Palliatiivisella hoitolinjalla tarkoitetaan sairauden vaihetta, jossa hoidon päämääränä on ensisijaisesti lievittää kärsimystä ja vaalia elämänlaatua, kun taudin kulkuun ei voida enää vaikuttaa (Käypä hoito 2019). Palliatiivinen hoitolinjaus on ajankohtainen, kun sairauden etenemistä hidastavista hoidoista ei enää ole odotettavissa hyötyä ja sairaus aiheuttaa potilaalle kipua tai muuta kärsimystä (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017, 8). Palliatiivisen ja saattohoidon päämääränä on lievittää potilaan kipua, fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja henkistä kärsimystä sekä mahdollistaa hyvä elämänlaatu myös potilaan läheisille (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017).



Palliativinen hoito ja saattohoito on moniammatillista tiimityötä, johon osallistuu hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden lisäksi psykososiaalisen tuen, henkisen ja eksistentiaalisen tuen ammattilaisia sekä erityistyöntekijöitä, kuten sosiaalityöntekijöitä ja fysioterapeutteja. Vaativissa tilanteissa yhteistyö kivunhoidon ammattilaisten sekä muiden erikoisalojen ammattilaisten kanssa turvaa hyvän hoidon. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019a, 106.)

### 2.1.1. Hoitosuunnitelma ja hoidon linjaukset

Pitkälle edennyttä ja kuolemaan johtavaa sairautta sairastavalle tulee laatia kokonaisvaltainen hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelma kattaa potilaan ja hänen läheistensä kanssa käydyt keskustelut, kirjaukset sairauden eri vaiheista, hoitomenetelmistä ja niiden tavoitteista. Hoitosuunnitelmassa tulee näkyä myös sovitut hoitolinjaukset, hoidon rajaukset, hoidosta vastaava hoitohenkilökunta, sekä potilaan omat toiveet ja hoitotahto. Hoitosuunnitelmaa tulee tarkentaa sairauden edetessä. (Käypä hoito 2019; Valvira 2019.)

Hoitosuunnitelman laatiminen jo varhaisessa vaiheessa parantaa potilaiden ja heidän läheistensä elämänlaatua, sekä vähentävät tarkoituksenmukaisia hoitoja ja sairaalajaksoja elämän loppuvaiheessa (Käypä hoito 2019). Yleensä hoitosuunnitelma laaditaan hoitoneuvottelun perusteella, johon osallistuu potilaan lisäksi häntä hoitava henkilökunta, lääkäri sekä tarvittaessa läheiset. Hyvin toteutettu hoitoneuvottelu antaa potilaalle ja tämän läheisille tietoa sairauden etenemisestä ja hoidon kulusta. Tarkoitus on keskustella yhteisymmärryksessä potilaan ja läheisten kanssa hoitopäätöksen perusteista ja sen vaikutuksesta hoitoon. (Käypä hoito 2019; Valvira 2019.)

Hoitosuunnitelmaa laadittaessa voidaan sopia oireenmukaisista hoitolinjoista. Tällä tarkoitetaan tilannetta, jossa sairauden ennusteeseen ei pystytä enää vaikuttamaan hoidoilla. Hoitolinjauksen tarkoituksena on turvata potilaalle hänen arvojensa sekä toiveidensa mukainen hoito, ottaen huomioon lääketieteellisesti perusteltu ja paras mahdollinen hoito. Potilas voi myös kieltäytyä hoidoista. Hoidon rajaaminen tarkoittaa lääketieteellisesti hyödyttömien ja kärsimystä lisäävien hoitojen välttämistä, jossa keskeisenä asiana pidetään hyvän oireenmukaisen hoidon toteuttaminen. Päätöksistä tulee tehdä kirjalliset merkinnät hoitosuunnitelmaan. Hoidon loppuvaiheessa oireenmukainen hoito muuttuu saattohoidoksi. (Valvira 2019.)

### 2.1.2. Saattohoito osana palliativista hoitoa

Elämän loppuvaiheen hoitoa ohjaavat ja säätelevät kansalliset ja kansainväliset lait, sopimukset ja suositukset. Niiden perustana ovat perusoikeudet ja itsemääräämisoikeus sekä yksilön koskemattomuus ja ihmisarvon kunnioittaminen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019c.)

Saattohoito on osa palliativista hoitoa, joka ajoittuu lähemmäksi kuoleman ajankohtaa, yleensä viimeisiin päiviin tai viikkoihin. Sen lähtökohtana on potilaan etenevä vakava sairaus, johon ei ole parantavaa hoitoa ja jäljellä olevan elinajan arvioidaan olevan lyhyt. Saattohoidossa tiedostetaan ihmisen elämän rajallisuus ja hyväksytään se. (Käypä hoito 2019; Pihlainen 2010, 17; Valvira 2019.)

Saattohoidon tavoitteena on tukea ja hoitaa kuolevaa ihmistä ja hänen läheisiään parhaalla mahdollisella tavalla kunnioittaen inhimillisiä arvoja. Saattohoito pyritään järjestämään potilaan toiveiden mukaisessa paikassa. Elämän loppuvaiheessa on tärkeää huolehtia fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalisista ja hengellisistä tarpeista. Kuolevan hoitoon kuuluu myös oireita lievittävä lääkehoito. (Käypä hoito 2019; Pihlainen 2010, 17; Valvira 2019.)

Elämän loppuvaiheeseen kuuluu paljon hoitopäätöksiä, joista keskeisimmät ovat saattohoitopäätös ja DNR-päätös. Hoitava lääkäri pyrkii tekemään hoitopäätökset yhdessä potilaan kanssa. Jos potilas ei kykene sairautensa takia päätöstä tekemään, niin hoitopäätökset tehdään yhdessä hänen läheistensä kanssa. Saattohoitoon ei kuulu aktiivinen kuoleman auttaminen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019b; Valvira 2019.) Saattohoitopäätösestä on tehtävä asianmukaiset merkinnät hoitosuunnitelmaan (Valvira 2019).

Saattohoitopäätöksen avulla tarjotaan potilaalle mahdollisuus saada uudelleen suuntautuvaa hoitoa sekä vältetään hylkäämisen kokemusta. Saattohoitopäätöksellä pystytään asettamaan potilaan hoidon tavoitteet yksilöllisesti. Saattohoitopäätös auttaa omaisia käymään läpi surutyötään. Liian myöhään tehty päätös haittaa potilaan itsemääräämisoikeuden ja oireiden lievityksen toteutumista, sekä potilaan ja hänen omaistensa mahdollisuutta valmistautua tulevaan kuolemaan. (Hänninen & Anttonen 2008, 25–26.)

DNR eli elvyttämättäjäättämispäätös on osa saattohoitopäätöstä, joka tarkoittaa pidättäytymistä elvytystoimenpiteistä, kuten sydämen sähköisestä rytminsiirrosta, paineluelvytyksestä, sekä hengityksen avustamisesta, kun potilas menee elottomaksi. DNR päätös ei kuitenkaan rajoita muita hoitomuotoja. Päätös olla antamatta tehohoitoa tai hengityslaitehoitoa tulee tehdä erikseen.

(Valvira 2019.) Elvyttämättäjäättämispäätös tulee perustua lääketieteelliseen ja yksilölliseen arviointiin elvytystilanteen varalta, jossa on huomioitava potilaan ennuste ja potilaan jäljellä olevat voimavarat. Päätöstä tehdessä tulee punnita, onko elvytyksestä potilaalle enemmän haittaa kuin hyötyä. (Valvira 2019.)

## 2.2. Palliatiivisen hoidon historiaa

Suomessa saattohoidon ohjauksen aloituksena voidaan pitää vuonna 1982 Lääkintähallituksen antamia terminaalihoitojen ohjeita. Ohjeistuksen periaatteena oli, että potilaan tulisi voida elää ilman vaikeita kipuja, yhdessä hänen läheistensä kanssa, sekä pystyä olemaan haluamassaan ympäristössä. (Saarto, Hänninen, Antikainen & Vainio 2015, 24.) Ohjeissa korostettiin myös välttämään sellaisia hoitotoimia, joilla ei oleellisesti pystytä vaikuttamaan sairauden ennusteeseen (Pihlainen 2010, 13). Suomen kannalta tärkeimpänä kehityksen edistymisenä pidetään ensimmäisten saattohoitokotien perustamista Pirkanmaalle ja Helsinkiin vuonna 1988. Myöhemmin saattohoitokoteja perustettiin myös Hämeenlinnaan ja Turkuun. (Saarto ym. 2015, 24.)

Sosiaali- ja terveysministeriössä toimiva Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE) antoi suositukset saattohoidosta vuonna 2003 (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017, 9). Suositukset korostavat, että jokaisella ihmisellä on oikeus hyvään ja inhimilliseen hoitoon (ETENE 2003, 14). Samana vuonna Euroopan neuvosto antoi suosituksen palliatiivisen hoidon järjestämisestä. Suosituksissa painotetaan, että jokaisen jäsenvaltion tulee laatia kansallinen palliatiivisen hoidon suunnitelma. Jotta tasa-arvoinen hoitoon pääsy turvataan, palliatiivisen hoidon tulee kuulua osana terveydenhuoltojärjestelmää. Suosituksessa korostetaan erityisesti, että jokaisella elämän loppuvaiheen potilaalla pitää olla ennakoiva hoitosuunnitelma ja hoitavan henkilökunnan täytyy olla koulutettua ja heidän vuorovaikutustaitonsa tulee olla korkeatasoista. (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017, 9.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut saattohoitosuosituksen vuonna 2010 (Hyvä saattohoito Suomessa), jossa korostetaan kuolevan ihmisarvoa, inhimillisyyttä ja itsemääräämisoikeutta. Saattohoitoa voidaan toteuttaa kotona tai laitoksissa, ja sen tulee pohjautua kirjalliseen hoitosuunnitelmaan. Jokaisen sairaanhoitopiirin ja terveyskeskuksen tulee vastata oman alueensa saattohoidon järjestämisestä sekä kaikkien sairaanhoitopiirien tulee laatia alueellinen saattohoitosuunnitelma. (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017, 9.)

Palliativisen hoidon ja saattohoidon taso on parantunut maailmanlaajuisesti viime vuosikymmenen aikana. Erityisesti Euroopassa, Suomi mukaan luettuna, kehitys on ollut hyvää. (Saarto ym. 2015, 24.)

### 2.3. Palliativisen hoidon nykytila Suomessa

Potilaalla ja perheellä on oikeus palliativiseen hoitoon, riippumatta siitä mitä sairautta hän sairastaa. Väestön ikääntyminen ja pitkäaikaissairauksien lisääntyminen maailmalla ja Suomessa, lisää palliativisen hoidon tarvetta. Erityistason yksikön konsultaatiotuella palliativista ja saattohoitoa tarvitseva potilas voidaan hoitaa terveydenhuollon perustason yksikössä. Tämä edellyttää kuitenkin jatkuvaa palliativisen ja saattohoidon koulutuksen järjestämistä perustason osaamisen turvaamiseksi. Tällä hetkellä Suomessa annettava palliativisen hoidon opetus ja koulutus sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille on järjestetty puutteellisesti. Näin ollen edellytyksiä hyvälle saattohoidolle ei ole kaikkialla. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019a, 11.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) julkaisemassa palliativisen- ja saattohoidon tilan raportissa (2019a, 95–108) todetaan merkittäviä puutteita hoidon saatavuudessa, osaamisessa sekä koulutetun henkilökunnan määrässä. Varsinkin erityistason palvelut on havaittu riittämättömiksi, tasarvoinen hoitoon pääsy ei toteudu, ja palveluiden saatavuus vaihtelee valtakunnallisesti huomattavasti. Etelä-Suomessa erityistason palveluita on saatavilla eniten. Myös yksiköiden henkilökuntamitoituksessa on suurta vaihtelua. Jotta palvelut olisivat koko maassa yhdenvertaisia ja laadukkaita, palliativisen hoidon osaamista ja koulutusta tulee vahvistaa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019a).

Suomessa saattohoidon tilan kartoitus on tehty viimeksi vuonna 2012. Tällöin todettiin saattohoitosuunnitelmien puuttuvan vielä joka neljänneltä sairaanhoitopiiriltä tai suurelta kunnalta. Erityistason saattohoitovuodepaikkoja arvioitiin olevan alle puolet suositellusta. Saattohoito-osastoja tai kotisaattohoitoa ei ollut kaikissa kunnissa saatavilla. (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017, 10.)

Viime vuosina tilanne on kuitenkin kehittynyt. Kaikissa viidessä yliopistosairaalaissa ja joissakin keskussairaaloissa on palliativisen hoidon yksiköt. Vaativan erityistason palliativisen keskuksen

(C-taso) kriteerit eivät täyttyneet vielä missään sairaalassa. Erityistason (B-taso) palveluita on saatavilla perusterveydenhuollon saattohoito-osastoilla ja kotisairaaloissa. Osassa sairaaloista on erityistason palliatiivisen hoidon poliklinikka. (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017, 10.)

Palliatiivisen- ja saattohoidon hoitoketjussa erityistason saattohoitopalveluita tuotetaan myös kolmannen sektorin toimesta. Näitä yksiköitä ovat saattohoitokodit, joita on neljällä paikkakunnalla. Lisäksi terveyskeskusten vuodeosastoilla on paikallisia saattohoitoyksiköitä. Perustason palveluita tuotetaan julkisessa terveyden- ja sosiaalihuollon yksiköissä sekä yksityisissä hoitolaitoksissa. On havaittu, että palliatiivisen- ja saattohoidon osaamisessa sekä lääkärin saatavuudessa on ollut vaihtelevuutta etenkin palveluasumisyksiköissä. Myös ennakoivien hoitosuunnitelmien laatiminen on ollut näissä yksiköissä puutteellista. (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017, 10.)

Suomessa ainoa psykososiaalisen tuen yksikkö on HUS:n palliatiivisessa keskuksessa, vaikka elämän loppuvaiheen hoidossa potilaat ja hänen läheisensä tarvitsevat myös psykososiaalista tukea. Potilaan ja läheisten tukemisen sekä vertaistuen tarjoamisen järjestämisessä kolmannella sektorilla ja vapaaehtoisilla on merkittävä rooli. (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017, 10.)

### 2.3.1. Palliatiivisen hoidon nykytila Kainuussa

Kainuun sairaanhoitopiirissä on noin 74 000 asukasta. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymään kuuluu Kainuun kahdeksasta kunnasta seitsemän kuntaa. Puolanka on ulkoistanut terveydenhuollon järjestämisen. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019a, 75.)

Kainuun sote-alueella on koottu saattohoidon palveluketju ja kotisaattohoitopalvelu on koko alueella laajentumassa. Perustason vuodeosastohoitoa on saatavissa Kainuun sote-alueen viidellä tukiosastolla sekä Puolangan terveyskeskuksen vuodeosastolla. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019a, 76.)

Kainuun keskussairaalassa on alkanut 2019 vuoden alussa osa-aikainen palliatiivisen hoidon poliklinikka, joka palvelee koko Kainuun sairaanhoitopiiriä (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019a, 76). Palliatiivinen konsultaatiopoliklinikka antaa konsultaatiotukea parantumattomalle ja etenevälle sairautta sairastavan potilaan hoitolinjausten teossa sekä oirehoidossa. Poliklinikalle potilaat tulevat lääkärin läheteellä muista yksiköistä, terveyskeskuksista tai hoitokäyntien yhteydessä ajanvarauksella. Jatkohoito ja -seuranta pyritään järjestämään perusterveydenhuollossa potilaan sairautta hidastavien hoitojen päätyttyä. (Kainuun Sote n.d.)

Valtakunnallisen suunnitelman mukaan jokaiseen keskussairaalaan perustetaan erityistason (B) palliatiiviset keskuksset, jotka vastaavat oman sairaanhoitopiirin palliatiivisen ja saattohoidon koordinoinnista ja yhteensovittamisesta (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019a, 40). Kainuun Keskussairaalassa on aloittanut vuonna 2020 b-tason palliatiivisen hoidon yksikkö. Yksikössä on seitsemän potilaspaikkaa ja yksikkö toimii sisätautien osaston yhteydessä.

#### 2.4. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen palliatiivisessa hoitotyössä

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on laatinut vuonna 2017 suositukset palliatiivisen hoidon järjestämisestä, sekä määritellyt palliatiivisen hoidon osaamista sekä koulutusta (Edupal 2019). Suosituksissa korostetaan, että palliatiivisen hoidon osaaminen kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden perustaitoihin. On kuitenkin havaittu, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden palliatiivisen- ja saattohoidon opetukset ovat riittämättömiä, ja ne vaihtelevat eri ammattikorkeakoulujen välillä merkittävästi. Valtakunnallinen suositus opetusohjelmasta puuttuu. Myös lisä- ja täydennyskoulutuksen tarjonta on ollut vaihtelevaa. Lisäksi sairaanhoitajilta on puuttunut tarvittavat erikoistumiskoulutukset, jotka hankaloittavat osaltaan hoitotyön osaamisen arviointia. (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017, 11.)

Näihin suosituksiin on vastattu opetus- ja kulttuuriministeriön rahoittamalla Edupal kärkihankkeella, joka on palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen koulutuksen monialainen ja työelämälähtöinen hanke. Edupal- hankkeen tavoitteena on mm. kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden perus- ja erikoistumiskoulutuksen opetusohjelmia. Edupal- hankkeen tarkoituksena on kehittää moniammatillista ja valtakunnallisesti systemaattista koulutusta, joka tukisi palliatiivisen hoidon yhdistymistä terveyspalveluihin. (Edupal 2019.)

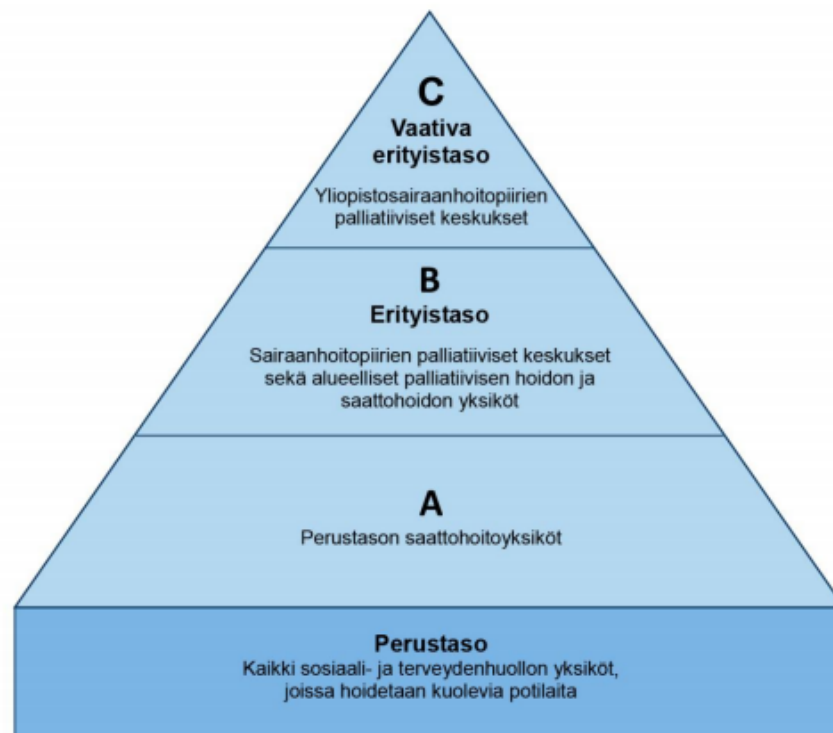
Edupal on julkaissut vuonna 2020 palliatiivisen- ja saattohoidon opetussuunnitelmasuosituksen sairaanhoitajan tutkintoa varten. Opetussuunnitelmasuosituksen mukaan, sairaanhoitajan tutkinnossa palliatiivisen hoitotyön opetusta tulisi olla niin opintojen alku-, keski- kuin loppuvaiheessa. Opetuksen tulisi sisältää palliatiivisen hoidon perusteita, kipu- ja oirehoitoa, potilaan ja läheisten tukemista, vuorovaikutus- ja kohtaamistaitoja, saattohoitoa, etiikkaa ja juridiikkaa sekä moniammatillista tiimityötä ja itsereflektiota. Näitä taitoja sairaanhoitaja tarvitsee työskennellessään palliatiivista hoitoa tarvitsevien potilaiden ja heidän perheidensä kanssa. Tämä suositus mahdollistaa yhtenäisen palliatiivisen- ja saattohoidon opetuksen sairaanhoitajan tutkinnossa Suomessa. (Edupal 2020.)

Myös yleissairaanhoitajan osaamisvaatimuksia on uudistettu vuoden 2019 loppupuolella. Osaamisvaatimuksissa on korostettu lainsäädäntöä sekä palliatiivista hoitotyötä. Sairaanhoitajan tulee osata tunnistaa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarve, sekä toteuttaa oireenmukaista ja inhimillistä hoitoa. Lisäksi sairaanhoitajan täytyy osata laatia hoitosuunnitelma yhdessä moniammatillisen tiimin, potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Sairaanhoitajan tulee osata kohdata ja hoitaa kuoleva potilas ja tukea hänen läheisiään. (Savonia 2020.)

Palliatiivisessa hoitotyössä korostuu parantumattomasti sairaan toiveiden kuuleminen sekä hänen voimavarojensa hyödyntäminen. Yksilön ainutkertaisuutta tulee vaalia, joka edellyttää yksilöllistä ja perhekeskeistä työtettä. Vaikka tilanteet voivat joskus muistuttaa toisiaan, tulee muistaa, että ihmiset ovat aina erilaisia. Elämän loppuvaihe sekä kuolema eivät milloinkaan ole arkipäiväisiä asioita yksilön ja perheen elämässä, sillä ihminen syntyy ja kuolee vain kerran. (Surakka ym. 2015, 10).

### 2.4.1. Sairaanhoidajan osaaminen palliatiivisen hoidon perustasolla

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palveluketju tulisi järjestää kolmiportaisen mallin mukaan koko maassa tasa-arvoisen ja tarvelähtöisen hoidon turvaamiseksi. Hoidon taso määräytyy hoidon vaativuuden mukaan. Perusosaamisen tason lisäksi on kolme eri tasoa: A - perustason saattohoidon yksiköt, B - erityistason palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yksiköt ja keskuskeskukset, sekä



Kuvio 1. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli (STM 2019b)

C - vaativan erityistason palliatiiviset keskuskeskukset. Perustason muodostavia yksiköitä ovat kaikki ne sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt, jossa hoidetaan palliatiivista hoitoa tarvitsevia potilaita paitsi ABC- tason yksiköt. Perustason yksiköitä ovat mm. terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastot, kotihoidon yksiköt, tehostettu palveluasuminen, vanhainkodit sekä ympärivuorokautisen hoidon yksiköt. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019a, 16–17; Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019b, 15–16.)

Sairaanhoidajan osaamiseen perustasolla kuuluu parantumattomien ja kuolevaan johtavien sairauksien tunnistaminen, oireiden hoito ja saattohoidon toteuttaminen tarvittaessa erityistason tuella. Lisäksi heidän tulee tunnistaa ennakoivan hoitosuunnitelman ja saattohoidon tarve, sekä tunnistaa potilas, joka tarvitsee erityistason hoitoa. Sairaanhoidajilla tulisi olla myös hyvät vuorovaikutustaidot ja heidän tulisi tunnistaa potilaan sekä läheisten tarpeet ja huomioida ne hoidossa.



Sairaanhoitajien tulisi mahdollistaa rauhalliset ja yksityisyyttä kunnioittavat puitteet kuolevalle potilaalle sekä mahdollistaa läheisten läsnäolo potilaan rinnalla. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019b, 168.)

A-tason terveydenhuollon yksiköissä palliatiivista ja saattohoitoa on kehitetty muun toiminnan ohella. Palliatiivinen ja saattohoitotyö on huomioitu yksiköiden toimintaympäristöissä, henkilöstömitoituksessa, sekä koulutuksessa. Palvelujen turvaamiseksi palliatiivisen ja saattohoidon A-tason hoitopaikkoja tulisi olla sopivalla lähietäisyydellä. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019a, 17.)

Potilaista suurin osa hoidetaan perus- ja A- tasolla, mutta erityistason (B) tai vaativan erityistason (C) hoitoa tarvitsee arviolta kolmannes potilaista. Jokaisella potilaalla on oikeus sairautensa edellyttämään palliatiiviseen hoitoon asuinpaikastaan riippumatta. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019b, 15.)

#### 2.4.2. Sairaanhoitajan osaaminen palliatiivisen hoidon erityistasolla

B - tasolla eli erityistasolla henkilökunta on erikoiskoulutettua, ja he tarjoavat konsultaatiotukea perustason yksiköille. Erityistason palveluverkko muodostuu sairaanhoitopiirien palliatiiviseen ja saattohoitoon erikoistuneista yksiköistä, joita ohjaavat palliatiiviset keskuksat. B - tason yksiköitä ovat mm. palliatiiviset kotisairaalat tukiosastoinen, palliatiiviset- ja saattohoito-osastot, sairaaloiden konsultaatiotiimit sekä palliatiiviset poliklinikat. Erityistasolla tulisi olla saatavilla myös palveluita psykososiaaliin, henkisiin ja eksistentiaaliin tarpeisiin. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019a, 18.)

Erityistason hoitoa tarvitsevat potilaat, joilla on nopeasti etenevä sairaus tai vaikeita oireita. Hoidon toteuttaminen vaatii palliatiivisen hoidon ja saattohoidon asiantuntijoilta erityisosaamista ja heidän tulisi olla tavoitettavissa ympäri vuorokauden nopeasti vaihtuvien tilanteiden vuoksi. (Terveyskylä 2019.)

Erityistasolla sairaanhoitajilta vaaditaan perustason osaamisen lisäksi kattavampaa osaamista kokonaisvaltaisesta palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. Tämä sisältää oirehoidon sekä potilaan ja läheisten tukemisen ja ymmärryksen kokonaisvaltaisesta kärsimyksestä. Erityistasolla valtaosalla sairaanhoitajista on palliatiivisen hoidon erikoiskoulutus. Sairaanhoitajien tulisi hallita

myös palliatiivisen ja saattohoidon monipuolinen lääkehoito. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019b, 180.)

Kuosmanen (2018, 21–25) on tutkinut sairaanhoitajalta edellytettyä osaamista erityistason palliatiivisessa hoitotyössä. Tutkimustuloksista nousi esille, että erityistasolla työskentelevältä sairaanhoitajalta edellytetään kliinistä osaamista, psykososiaalista osaamista sekä teknistä- ja työyhteisöosaamista. Kliinisessä osaamisessa korostui lääkehoito, perushoito, oirehoito, toimenpiteosaaminen, potilaan tarkkailu sekä lääketieteeseen liittyvä osaaminen. Sairaanhoitajalla tulee olla laajaa osaamista lääkehoidosta. Heidän tulee ymmärtää eri lääkkeitä ja niiden vaikutuksista sekä osata toteuttaa lääkehoitoa eri antoreittejä pitkin. Sairaanhoitajat pitivät toimenpiteosaamista keskeisenä taitona, kuten iv- kanyylin ja kestopatentin laittoa sekä drenien hoitoa. Näitä toimenpiteitä tuli paljon, ja niissä sairaanhoitajan täytyi osata toimia. Sairaanhoitajalta edellytetään myös potilaan erilaisten oireiden, kuten pahoinvoinnin ja hengenahdistuksen tunnistamista sekä hoitoa.

Psykososiaalisessa osaamisessa nousi esille vuorovaikutustaidot, henkinen tuki, ohjaaminen, kulttuuri ja uskonto sekä läheisten kohtaaminen. Sairaanhoitajilta edellytetään hyviä vuorovaikutustaitoja potilaan sekä läheisten kanssa toimiessaan. Tämä osaaminen korostui erityisesti kuoleman lähestyessä. Vuorovaikutus piti sisällään keskustelu- ja kuuntelutaitoja, tilannetajua sekä kielitaitoa. Läsnaoloa ja empatiaa pidettiin keskeisinä tekijöinä sekä uskallusta ottaa asioita puheeksi. Erityistasolla työskennellessä sairaanhoitajilta edellytetään osaamista eri kulttuureista ja uskonnoista, miten ne vaikuttavat potilaan hoitoon. Sairaanhoitajalla tulee olla myös taitoa ja rohkeutta kohdata läheiset. Tekninen- ja työyhteisöosaaminen muodostui teknisestä osaamisesta, kirjaamisesta, moniammatillisesta yhteistyöstä sekä työn organisoinnista. Sairaanhoitajalta edellytetään tietoteknistä osaamista sekä erilaisten laitteiden, kuten apuvälineiden ja lääkintälaitteiden käytön osaamista. Sairaanhoitajan täytyy ymmärtää moniammatillisen yhteistyön tärkeys sekä osata konsultoida eri tahoja tarvittaessa. Kirjaamisosuamisessa tärkeänä pidettiin päivittäistä kirjaamista sekä hoitosuunnitelman ylläpitämistä. Sairaanhoitajalta vaaditaan myös tehtävien priorisointia sekä oman työn organisoinnin taitoja. (Kuosmanen 2018, 27–31.)

## 2.5. Palliatiivisen hoidon haasteet

WHO:n (2020) mukaan, palliatiivisen hoidon toteutumisessa on merkittäviä haasteita maailmanlaajuisesti. On havaittu, että kansallisissa terveysjärjestelmissä palliatiivista hoitoa ei ole juurikaan

tarjolla eikä terveydenhuollon ammattilaisten koulutus palliatiivisesta hoidosta ole riittävää. Terveydenhuollon ammattilaisten ja päätöksentekijöiden keskuudessa on myös epäselvää, mitä palliatiivisen hoito tarkoittaa ja mitä hyötyä siitä on potilaille sekä terveydenhuoltojärjestelmille. Myös väärinkäsitykset palliatiivisesta hoidosta on tyypillisiä, sillä edelleen luullaan, että palliatiivinen hoito koskee vain syöpäpotilaita tai potilaan viimeisiä elinviikkoja. (WHO 2020.)

Väestörakenteemme ikääntyy merkittävästi seuraavien vuosikymmenten aikana, joka vaikuttaa palliatiivisen- ja saattohoidon tarpeeseen Suomessa. Suomalaiset tulevat tarvitsemaan palliatiivista hoitoa elämän loppuvaiheessa ja suurin osa ennen sitä. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019b, 11.) Suomessa palliatiivista hoitoa tarvitsee vuosittain noin 30 000 eri ikäistä ihmistä (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019a, 14). Palliatiivisen hoidon saatavuus on alueellisesti epätasa-arvoista, koska palliatiivista hoitoa ei ole sisällytetty olemassa olevaan terveydenhuoltojärjestelmään. Palliatiivisen hoidon järjestämisellä on kiire tasavertaisen hoidon turvaamiseksi. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019b, 11.)

Lipposen ja Karvisen (2015, 152–163) tekemässä laajassa tutkimuksessa kuvattiin hoitohenkilöstön ja lääkäreiden koulutustarpeita laitos- ja kotihoidon palliatiivisen ja saattohoidon toteutuksessa. Tuloksista muodostui viisi pääteemaa, joita ovat: erilaisten potilasryhmien palliatiivisen- ja saattohoitotarpeiden tunnistaminen, läheisten kohtaamiseen kohdistuvat koulutustarpeet, tuen tarpeen tunnistaminen saattohoidossa, arvokkaan kuoleman mahdollistajat sekä saattohoidon onnistumisen edellytykset. Tutkittavat kuvasivat eri erikoisaloilta ja erilaisilla taustoilla saattohoitoon tulevien potilaiden lisäävän hoitotyön vaativuutta sekä eri yksiköissä toimivan henkilökunnan koulutustarpeita.

Oireenmukaiseen hoitoon ja erityisesti kivunhoitoon kaivattiin koulutusta, sillä valtaosa vastanneista koki erilaisten saattohoitopotilaiden kivun lievittämisen sekä oirehoidon olevan haasteellista. Läheisten kohtaaminen koettiin haasteelliseksi ja raskaaksi, sillä lähes kaikki hoitohenkilökunta koki epävarmuutta avuntarpeen luonteesta. Heitä askarrutti myös ristiriitatilanteet, joissa potilaan ja läheisen toiveet eivät olleet yhteneviä. Täydennyskoulutusta toivottiin tuentarpeen tunnistamiseen, moniammatillisesta yhteistyöstä sekä saattohoidon aloituksesta ja päätöksistä. Saattohoidossa olevat potilaat tarvitsevat fyysistä, psyykkistä, sosiaalista, henkistä ja hengellistä tukea. Myös työssä jaksamiseen kaivattiin lisää työnohjausta sekä tukea lisäkoulutuksen avulla, sillä saattohoitoon liittyvät kysymykset koettiin vaikeiksi ja kuormittaviksi. (Lipponen & Karvinen 2015, 152–162.)

Myös Etenen julkaisussa (2004, 13–36) päälimmäisiksi haasteiksi nousi hoitohenkilöstön koulutuksen tarve. Koulutusta toivotaan kuoleman kohtaamiseen, oireiden lievitykseen saattohoidossa, sekä kivun hoitoon. Koulutus lisää henkilökunnan asenteellista, tiedollista ja taidollista valmiutta antaa laadukasta hoitoa. Henkilökunnan suuri haaste on kohdata lasten kokema suru ja menetys. Työskennellessään kuolevan potilaan kanssa, hoitajat altistuvat monella tapaa väsymykselle, avuttomuudelle, haavoittuvuudelle, sekä myös omalle surulle. Myös eettisiä kysymyksiä pidettiin haasteena.

Inkiläisen ja Seppälän (2018, 69–73) opinnäytetyössä palliatiivista ja saattohoitoa vaikeuttavina tekijöinä pidettiin koulutuksen puutetta. Koulutusta toivottiin somaattisten oireiden arviointiin, psyykkisten oireiden havaitsemiseen, potilaan hoitoon liittyvien laitteiden käyttöön sekä potilaalle haettavaan tukiin ja palveluihin. Myös työnohjausta toivottiin lisää.

### 3. Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, millaisia haasteita sairaanhoitajilla on erityistason palliatiivisessa hoitotyössä. Tavoitteena on tuottaa tietoa sairaanhoitajien kokemista haasteista erityistason palliatiivisessa hoitotyössä Kainuun Keskussairaalaan palliatiivisen yksikön kehittämisen tueksi.

Tutkimuskysymykset:

1. Mitä haasteita sairaanhoitajilla on erityistason palliatiivisessa hoitotyössä?
2. Kuinka haasteet voidaan ratkaista?

#### 4. Opinnäytetyön toteutus

Tässä luvussa käsittelemme opinnäytetyön etenemistä sekä toteutustapaa, kirjallisuuskatsausta. Lisäksi tuomme esille tiedonhaunprosessia, jossa kerromme mm. käytetyt hakusanat sekä mukaanotto- ja poissulkukriteerit. Luvun lopuksi kerromme aineiston analyysistä, miten analysoimme tutkimustulokset.

Opinnäytetyöprosessi alkoi syksyllä 2019. Valitsimme aiheen Kainuun soten opinnäytetyöpankista ja olimme yhteydessä toimeksiantajaan. Tapasimme toimeksiantajan ja saimme tietoa, mitä hän haluaa opinnäytetyöltä. Seuraavaksi aloimme valmistelevaan aiheanalyysiä, ja sen esittämistä. Kun aiheanalyysi oli hyväksytty, aloimme tekemään opinnäytetyön suunnitelmaa. Suunnitelmaan keräsimme teoriatietoa liittyen palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon. Saimme suunnitelman esitysluvan tammikuussa 2020. Tämän jälkeen teimme opinnäytetyöhön lisäyksiä saadun palautteen perusteella. Syyskuussa 2020 aloitimme tekemään tietokantahakuja, jonka jälkeen analysoimme valitsemamme tutkimukset. Analyysivaiheen jälkeen oli johtopäätöksien ja pohdinnan vuoro. Marraskuussa 2020 saimme esitysluvan opinnäytetyöllemme. Esityksestä saadun palautteen perusteella teimme vielä pieniä muokkauksia työhömmme. Palautimme viimeistellyn opinnäytetyön marraskuussa 2020.



Kuvio 2. Opinnäytetyöprosessin eteneminen

#### 4.1. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus on jaettu kolmeen eri tyyppiin, joita ovat: kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus sekä meta-analyysi. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleisimmin käytetty. Siitä voidaan erottaa vielä kaksi erilaista menetelmää, joita ovat: narratiivinen sekä integroiva katsaus. (Salminen 2011, 6.)

Kuvaileva eli narratiivinen kirjallisuuskatsaus on tieteellisiin periaatteisiin pohjautuva itsenäinen tutkimusmenetelmä. Sen tarkoituksena on kuvata valittu ilmiö teoreettisesta näkökulmasta rajatusti ja perustellusti. Menetelmä tuottaa aikaisempaan tietoon perustuvaa uutta tietoa. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 291–293.) Kuvailevasta kirjallisuuskatsauksesta voidaan erottaa vielä kolme toteutustapaa, joita ovat: toimituksellinen, kommentoiva sekä yleiskatsaus. Yleiskatsaus on laajin toteuttamistapa. Sen tarkoituksena on tiivistää aiemmin tehtyjä tutkimuksia, joka osaltaan auttaa ajantasaistamaan tutkimustietoa. (Salminen 2011, 7.) Tässä opinnäytetyössä käytämme kuvailevaa kirjallisuuskatsausta, jossa toteutustapana on yleiskatsaus.

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus soveltuu hyvin esimerkiksi hajanaisiin tai pirstaleisiin aiheisiin. Silloin tavoitteena voi olla tiedon tuottaminen hyvien käytänteiden edistämiseksi kliiniseen työhön. (Kangasniemi ym. 2013, 295.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keskeisin ohjaava tekijä on tutkimuskysymys. Se kohdistuu yleensä laajoihin tai käsitteellisiin ja abstrakteihin ilmiöihin. Usein tutkimuskysymyksen muotoilu edeltää alustava kirjallisuuskatsaus, jonka avulla tutkimuskysymys määritetään ja liitetään osaksi laajempaa teoreettista kehystä. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymys on yleensä kysymysmuodossa ja valittua kysymystä voidaan tarkastella useasta eri näkökulmasta. Tutkimuskysymys on onnistunut, kun se on riittävän täsmällinen ja rajattu. (Kangasniemi ym. 2013, 249–295.) Hyviä perusteluita kirjallisuuskatsauksen tekemiselle löytyy Baumeisterin ja Le-rayn (1997: 312) esityksestä kirjallisuuskatsauksen syistä. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on kehittää olemassa olevaa teoriaa, rakentaa kokonaiskuvia tietyistä asiakokonaisuuksista, sekä pyrkiä tunnistaa ongelmia.

#### 4.2. Tiedonhakuprosessi

Aineiston valintaa ohjaa tutkimuskysymys ja tarkoitus on löytää mahdollisimman olennainen aineisto siihen vastaamiseksi. Aineiston valinta tässä menetelmässä on luonteeltaan aineistolähtöistä sekä ymmärrettävää. Tämä tarkoittaa, että aineiston valinta ja analyysi on aineistolähtöistä ja nämä tapahtuvat osittain samaan aikaan. Aineistoa valittaessa kiinnitetään huomio alkuperäisiin tutkimuksiin ja niiden perusteella tutkimuskysymykseen vastaamiseen. Esimerkiksi miten ne täsmentävät, kritisoivat tai avaavat tutkimuskysymystä tai mikä niiden näkökulma on ja mitä ne ovat suhteessa muuhun valittuun kirjallisuuteen. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineiston määrää tutkimuskysymyksen laajuus. (Kangasniemi ym. 2013, 295.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineisto muodostuu aiemmin julkaistuista ja tutkimusaiheen kannalta merkittävästä tutkimustiedosta. Katsaus sisältää yleensä kuvauksen aineiston valinnan prosessista. Aineiston muodostaa usein viimeaikaiset tutkimukset, mutta merkittävin kriteeri on, että aineistoa pystytään tarkastelemaan ilmiölähtöisesti ja tarkoituksenmukaisesti suhteessa tutkittavaan kysymykseen. Aineiston valinnan luotettavuus ja osuvuus tuodaan esille raportissa, eli lähteiden valinta ja lähdekritiikki sisällytetään aineiston käsittelyyn ja kuvaukseen. Aineiston valinta perustellaan suhteessa tutkimuskysymykseen. (Kangasniemi ym. 2013, 295.)

Aineiston valinnassa kuvailevan kirjallisuuskatsauksen haut tehdään manuaalisesti valituista lehdistä ja sähköisesti eri tietokannoista. Hakuja ohjaa tutkimuskysymys, mutta niissä hyödynnetään aineiston aika- ja kielirajauksia. Näistä rajauksista voidaan kuitenkin poiketa, mikäli se on merkityksellistä tutkimuskysymykseen vastaamisen kannalta. Mukaan otettavan aineiston keskeisin peruste on sisältö ja sen suhde muihin tutkimuksiin. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineiston kokoamisessa keskeinen painoarvo on tutkimuksien sisällöllisellä valinnalla. Tällä tarkoitetaan aineiston valinnan jatkuvaa ja vastavuoroista reflektointia, jolloin tutkimuskysymys sekä valittu aineisto tarkentuvat koko prosessin ajan. Aineiston valinnan tukena voidaan käyttää myös taulukointia. Sen tavoitteena on jäsentää valittua aineistoa, arvioida luotettavuutta ja tunnistaa valittujen aineistojen sisällöllinen anti. Myös lyhyen tiivistelmän tai avainajatuksen kuvaus auttaa olennaisten tutkimusten valitsemisessa. (Kangasniemi ym. 2013, 296.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen käsittelyn rakentaminen on menetelmän ydin. Sen tavoitteena on vastata tutkimuskysymykseen laadullisena kuvailuna ja uusia johtopäätöksiä tekemällä. Kuvailussa yhdistetään ja analysoidaan sisältöä kriittisesti sekä kootaan useista tutkimuksista tärkein tieto yhteen. Valitusta aineistosta pyritään luomaan jäsenneily kokonaisuus. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa analyysi ei referoi, tiivistä, siteeraa tai raportoi alkuperäistä aineistoa. Aineiston



esittelemisen sijaan tarkoituksena on luoda aineistojen sisäistä vertailua, olemassa olevan tiedon heikkouksien ja vahvuuksien analysointia ja laajempien päätelmien tekemistä. (Kangasniemi ym. 2013, 296.)

Mukaanotto- ja poissulkukriteerit helpottavat olennaisen kirjallisuuden tunnistamista sekä vähentävät virheellisen ja puutteellisen katsauksen todennäköisyyttä. Kriteerit auttavat suunnittelemaan pysymään hallinnassa. Tietokantahakujen tuloksena syntyy usein suuri määrä tutkimuksia, jotka eivät kuitenkaan sovellu katsaukseen. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit auttavat tutkimusten valinnassa ensin otsikkotasolla, sitten yleistasolla sekä kokotekstin arvioinnissa. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 26–27.)

<b>Mukaanottokriteerit</b>	<b>Poissulkukriteerit</b>
<b>Saatavilla suomen tai englannin kielellä</b>	Muu kuin suomen tai englanninkielinen
<b>Koko teksti saatavana verkossa ja luettavissa maksuttomasti</b>	Ei koko tekstiä saatavana verkossa ja on maksullinen
<b>Julkaistu vuosina 2010–2020</b>	Julkaistu ennen vuotta 2010
<b>Tieteellinen julkaisu</b>	Ei tieteellinen julkaisu
<b>Kertoo erityistason palliatiivisesta hoidosta</b>	Muun kuin erityistason palliatiivinen hoito
<b>Sairaanhoitajien näkökulma</b>	Muun hoitohenkilöstön näkökulma

Taulukko 1 Mukaanotto- ja poissulkukriteerit

Taulukossa 1 kuvataan kirjallisuuskatsaukseen valikoituneiden tutkimusten mukaanotto- ja poissulkukriteerit. Kirjallisuuskatsaukseen haetut tutkimukset ovat vuosien 2010–2020 väliltä, eli tutkimukset ovat ajankohtaisia. Haetut tutkimukset ovat suomen- tai englanninkielisiä, koko teksti on ollut saatavilla ja luettavissa kokonaan verkossa. Lisäksi artikkelien on täytynyt olla saatavilla maksutta. Tutkimukset on julkaistu luotettavista tietolähteistä. Luotettavina tietolähteinä pidämme tieteellisiä tutkimuksia. Tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävä, luotettava sekä tulokset uskottavat, jos se on toteutettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Hyvän tieteellisen käytännön toimintatapoja ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa, arvioinnissa sekä esittämisessä. Tutkimuksessa on noudatettu

avoimuutta ja vastuullista tuloksien julkaisua, sekä tutkimuksessa on käytetty eettisesti luotettavia tiedonhankinta, tutkimus, ja arvioitimenetelmiä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Kirjallisuuskatsauksen aineisto haettiin seuraavista tietokannoista: Pubmed, Cinahl, Theseus, Finna ja Medic. Tietokantahaut suoritettiin syys- ja lokakuussa 2020. Hakusanoina käytettiin sanoja tai hakulausekkeita *palliativinen hoitotyö, sairaanhoitaja, erityistaso, erikoissairaanhoito, haaste\*, ongelma\*, palliative care, nursing, secondary palliative care, special health care, challenge\** ja *end of life care*. Tietokannoista löytyi näillä hakusanoilla yli 6000 tutkimusta, joista otsikon perusteella karsittiin jo suurin osa pois. Suurin osa tutkimuksista käsitteli perustason palliativista hoitoa, eli nämä eivät vastanneet tutkimuskysymyksiimme, ja jäivät pois aineistosta. Useissa tutkimuksissa haasteita oli tutkittu koko hoitohenkilöstön näkökulmasta, ja näin ollen ne jäivät pois aineistostamme. Tarkempaan tarkasteluun päätyi 74 tutkimusta.

Kirjallisuuskatsauksen aineistoon päätyi lopulta seitsemän tutkimusta, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Tutkimukset valittiin lukemalla ensin julkaisujen otsikot ja tiivistelmät, sen jälkeen koko teksti. Valitut tutkimukset luettiin tarkasti läpi, useita kertoja tutkimuskysymykset huomioiden.

#### 4.3. Aineiston analyysi

Kirjallisuuskatsauksessa analyysin tarkoituksena on luokitella ja järjestää mukaan otettujen aineistojen tuloksia. Tuloksista etsitään yhtäläisyyksiä ja eroja, joista muodostetaan luokkia, kategorioita ja teemoja. Nämä helpottavat aineiston ryhmittelyä ja vertailua, jotta aineistosta saadaan ymmärrystä lisäävä kokonaisuus, eli synteesi. (Stolt ym. 2016, 30–31.) Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineiston analyysin voi toteuttaa useilla eri menetelmillä. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen analyysissä voi olla yksi tai useampi päälähte. Se muodostaa rungon tarkastelulle, jota sitten täydennetään, täsmennetään muun kirjallisuuden avulla. Onnistunut kirjallisuuskatsaus herättää lukijassa mielenkiintoa ja sen tulisi vastata kohdeyleisön vaatimuksiin. Päälähteen valinnan tulisi olla tietoista ja harkittua ja sen tulisi sisältää perusteet, joita on tarkasteltu kriittisesti. (Kangasniemi ym. 2013, 297.)

Sisällönanalyysi on analyysimenetelmä, jonka tarkoituksena on saada tutkittavasta ilmiöstä kuvaus yleisessä ja tiivistetyssä muodossa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103). Induktiivisessa eli aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tutkimusaineistosta luodaan teoreettinen kokonaisuus niin,

ettei aiemmat teorit, havainnot ja tiedot määrää analyysin kulkua. Induktiivisessa sisällönanalyysissa sanoja ryhmitellään niiden teoreettisen tarkoituksen mukaisesti. (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2013, 167.) Tässä opinnäytetyössä aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Induktiivisessa sisällönanalyysissä on neljä vaihetta, joita ovat: aineiston yleiskuvan hahmottaminen, pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. Aluksi aineistoa tarkastellaan avoimesti ja kartoitetaan, mitä aineistossa mainitaan tutkittavasta ilmiöstä. Aineiston analyysia ohjaa tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävä, joiden avulla aineistosta havaitaan tutkittavalle ilmiölle ominaisia tekstin osia. Pelkistämisen pohjana pidetään alkuperäisilmauksia, jotka voidaan korostaa aineistosta väreillä. Pelkistämisessä tiivistetään nämä merkitykselliset ilmaisut niin, että olennainen tieto säilytetään. Tämän jälkeen ilmaukset kootaan yhteen, niitä vertaillaan ja samankaltaisia ilmauksia voidaan liittää samaan kokonaisuuteen. (Kylmä & Juvakka 2007, 116–119.)

Ryhmittelyssä eli klusteroinnissa pelkistettyjen ilmausten samankaltaisuudet ja erilaisuudet etsitään. Pelkistetyt ilmaukset yhdistetään, jonka jälkeen nimetään luokka. Luokan tulee sisältää kaikki siihen kuuluvat pelkistetyt ilmaukset. Ryhmittelyn voi toteuttaa useammassa vaiheessa, jossa ensiksi muodostetaan luokat ja sen jälkeen luokille yläluokat. Sisällönanalyysin viimeisessä vaiheessa eli abstrahoinnissa ryhmitellyistä luokista muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Näiden analyysivaiheiden avulla saadaan rakennettua synteesi, joka antaa vastaukset tutkimuskysymyksiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 116–119.)

Aineiston analyysin ensimmäisessä vaiheessa perehdyimme aineistoomme huolellisesti ja mietimme, mitkä tekstin osat liittyvät juuri meidän tutkimuskysymyksiimme. Luimme tutkimukset useaan kertaan läpi, jonka jälkeen aloimme merkitä aineistoista merkittäviä alkuperäisilmauksia. Nämä korostimme tekstistä eri väreillä. Samantapaiset sanat ja lauseet merkittiin samalla värillä. Lisäsimme alkuperäisilmaukset taulukkoon ja aloitimme pelkistämisen. Pyrimme tiivistämään alkuperäisilmaukset niin, että olennainen tieto säilyi. Tämän jälkeen yhdistimme samankaltaiset ilmaukset eli ryhmittelimme ne alaluokkiin. Alaluokat nimettiin sisältöään kuvaaviksi. Sen jälkeen samaan aihepiiriin liittyvät alaluokat yhdistettiin yläluokiksi. Lopuksi nimesimme pääluokat. Näistä saimme vastaukset tutkimuskysymyksiin. Taulukossa 2 on esimerkki induktiivisesta sisällönanalyysistä. Aineiston analyysi on kokonaisuudessaan liitteissä.

Aineiston analyysiprosessissa aineistoon palattiin useita kertoja sekä teimme muutoksia tarvittaessa. Erittelimme aineistosta vastaukset ensimmäiseen tutkimuskysymykseemme, jonka analysoimme ensimmäisenä. Tämän jälkeen analysoimme toiseen tutkimuskysymykseen liittyvät aineistot.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
”Työ on hyvin vaativaa ja päivät ovat hyvin erilaisia, kuolema on jatkuvasti läsnä.” Hautsalo, P. (2013).	Työ on vaativaa ja päivät ovat erilaisia, kuolema on jatkuvasti läsnä.	Kuolema on jatkuvasti läsnä	Työssäjaksaminen	Työyhteisön ja -työn organisoinnin haasteet
”Osastolla olevat sydänpotilaat ovat monisairaita ja tämän vuoksi hoito haasteellista. Valkonen (2020).	Osastolla sydänpotilaat ovat monisairaita ja tämän vuoksi hoito haasteellista.	Monisairaat potilaat	Erilaiset sairaudet ja niiden oikeenmukainen hoito	Kliinisen hoidon haasteet

Taulukko 2. Esimerkki induktiivisesta sisällönanalyysistä

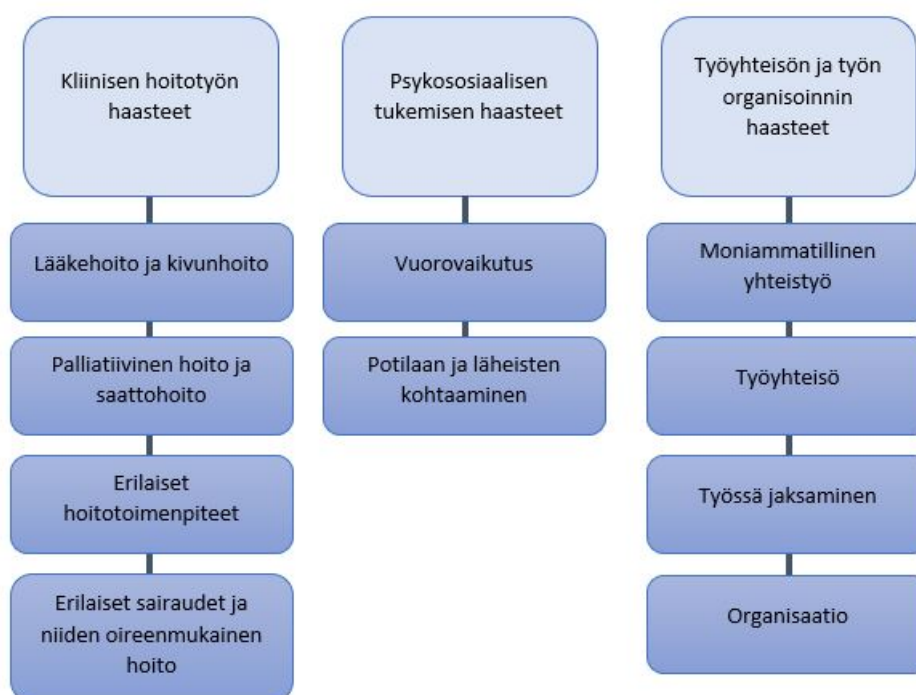
## 5. Tulokset

Tässä luvussa esitellään kirjallisuuskatsauksen tuloksia. Tulosten raportoinnissa on keskeistä kuvata aiemmin toteutetut tutkimusvaiheet niin tarkasti, että tutkimus pystytään tarvittaessa toistamaan jonkun muun toimesta (Stolt ym. 2016, ).

Analysoitujen tutkimusten (N=7) julkaisuajat vaihtelivat 2013 ja 2020 välillä. Tutkimuksista kolme oli suomalaisia, kaksi kanadalaisia sekä kaksi muualta Euroopasta. Tutkimuksissa oli käytetty laadullista tutkimusmenetelmää. Yksi tutkimuksista oli meta-analyysi, jossa valitut tutkimukset oli vertaisarvioitu. Meta-analyysissä käytetyistä artikkeleista kolmetoista on Euroopan maista ja kahdeksan Yhdysvalloista (Sekse, Huskär & Ellingsen 2018). Osassa tutkimuksissa (Flinkkilä 2019 & Hautsalo 2013) oli otettu sairaanhoitajien lisäksi aineistoon mukaan lähihoitajia, perushoitajia sekä terveydenhoitaja. Mukaan valittujen tutkimusten analyysi on nähtävissä liitteessä 1.

### 5.1. Sairaanhoitajien kokemat haasteet

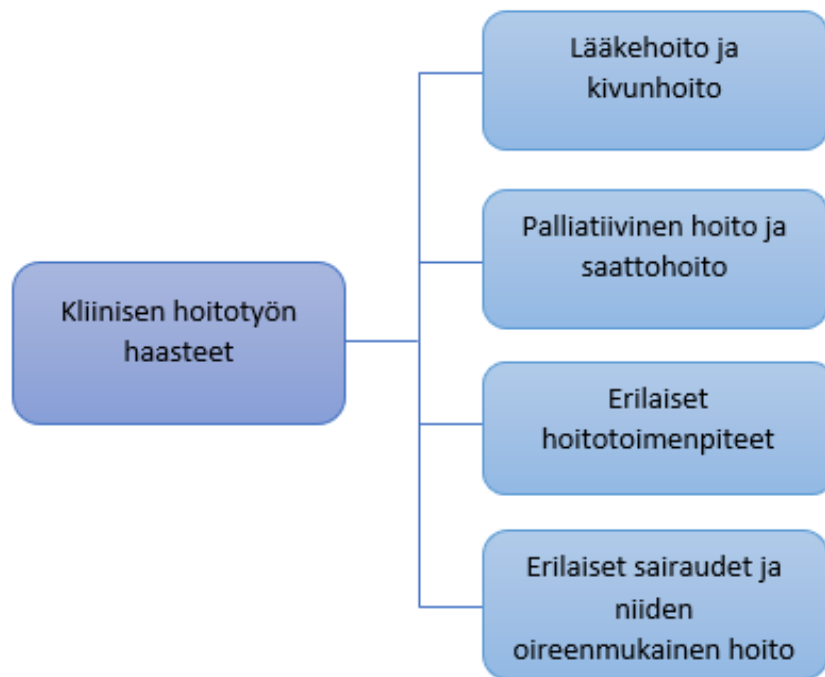
Palliativisen hoidon erityistasolla työskentelevien sairaanhoitajien haasteet muodostuivat kolmesta pääluokasta, joita olivat: kliinisen hoitotyön haasteet, psykososiaalisen tukemisen haasteet sekä työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet.



Kuvio 3. Sairaanhoitajien haasteet erityistason palliativisessa hoidossa.

### 5.1.1. Kliinisen hoitotyön haasteet

Kliinisen hoitotyön haasteet sisältää neljä yläluokkaa, joita ovat: lääkehoito ja kivunhoito, palliatiivinen- ja saattohoito, erilaiset hoitotoimenpiteet ja erilaiset sairaudet ja niiden oireenmukainen hoito. (Kuvio 2)



Kuvio 4. Kliinisen hoitotyön haasteet

#### Lääkehoito ja kivunhoito

Lääkehoidon koulutuksen tarve todettiin merkittäväksi kehittämistarpeeksi (Flinkkilä 2019, 46; Hautsalo 2013, 40). Haasteita koettiin uusien lääkkeiden käyttöönottaessa, sekä lääkkeiden vaikutusmekanismien ymmärtämisessä (Flinkkilä 2019, 46). Flinkkilän (2019, 46) ja Hautsalon (2013, 40) tutkimuksissa sairaanhoitajat nostivat esille kivunhoidon haasteita. Koulutusta kaivattiin kivun teemasta, ja miten henkinen ahdistus pystytään erottamaan kivusta (Flinkkilä 2019, 46). Haasteeksi koettiin myös puutteellinen opastus kipumittareiden käytöstä (Hautsalo 2013, 40).



Kuvio 5. Lääkehoitoon ja kivunhoitoon liittyvät haasteet

### Palliativinen hoito ja saattohoito

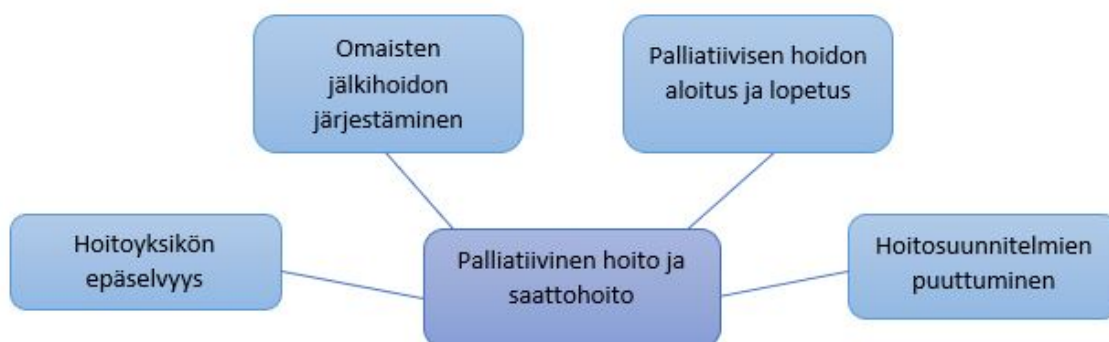
Flinkkilän (2019) tutkimuksessa suurin osa sairaanhoitajista kertoi, etteivät he olleet saaneet peruskoulutuksessa elämän loppuvaiheen hoitotyöstä paljoakaan opetusta. Opetuksen sisältö oli ollut niukkaa, eikä se antanut riittäviä valmiuksia palliativisessa hoitotyössä toimimiseen. Osalla kokemukset olivat taas päinvastaiset. Heidän mielestään peruskoulutuksen palliativisen hoitotyön sisältö oli kattava ja se antoi valmiudet toimia työssä.

Sekse, ym. (2018) tutkimuksessa korostetaan sairaanhoitajan roolia palliativisessa hoidossa. Sairanhoitajat tapaavat monenlaisia palliativisen hoidon potilaita, jonka vuoksi sairaanhoitajilta edellytetään tietoa ja asiantuntemusta palliativisesta hoidosta.

Vaikka sairaanhoitajalta edellytetään palliativisen hoidon asiantuntemusta, tutkimuksissa sairaanhoitajat kokivat epäselvyyttä palliativisen hoidon aloituksessa ja lopetuksessa (Valkonen 2020; Davies ym. 2013). Sairanhoitajat eivät myös tiedäneet, milloin erikoistunut palliativinen hoito tulisi aloittaa. Erityisesti syöpäpotilaiden kohdalla heillä oli ongelmallista ymmärtää, milloin parantava hoito on lopetettava (Davies ym. 2013.) Valkosen (2020) mukaan sairaanhoitajat kokivat haasteena epäselvyyden sydänpotilaiden hoitoyksiköstä sekä hoitosuunnitelmien puuttumisen.

Sairanhoitajat toivat esille, että potilasta ja perhettä hoidetaan hyvin tiiviisti potilaan kuolemaan saakka, mutta tämän jälkeen hoito loppuu. Läheisten jälkihoito koettiin haasteelliseksi. (Flinkkilä 2019, 47.)

Ammattilaisten aika on usein rajallinen, ja tämän katsottiin estävän heitä suorittamasta tehtäviä, joita pidettiin vähemmän tärkeinä (Davies, ym. 2013).



Kuvio 6. Palliativisen hoidon ja saattohoidon haasteet

#### Erilaiset hoitotoimenpiteet

Sairaanhoitajat kokivat, että eri hoitotoimenpiteiden osaaminen oli vaativaa, sillä tiettyjä toimenpiteitä ei suoriteta päivittäin. Esimerkiksi nenämahaletkun laitto, erilaisten dreerien hoito sekä keskuslaskimokatetrin hoito nostettiin esille. Näitä toimenpiteitä saattoi tulla harvoin, joka edellytti hoitajilta valmiutta ja osaamista eri toimenpiteistä. Välillä sairaanhoitajat kohtasivat itselle tuntemattomia toimenpiteitä, jolloin heidän tuli osata hakea ohjeet, millä tavalla toimenpide suoritetaan. Hoitotoimenpiteissä tuli huomioida myös potilaan sairaus ja tämänhetkinen vointi. Kanyloinnissa vaativuutta lisäsi se, jos potilas oli kuivunut. Virtsakatetroinnissa kasvain saattoi olla esteenä, joka aiheutti osaltaan haasteita. (Flinkkilä 2019, 27.)

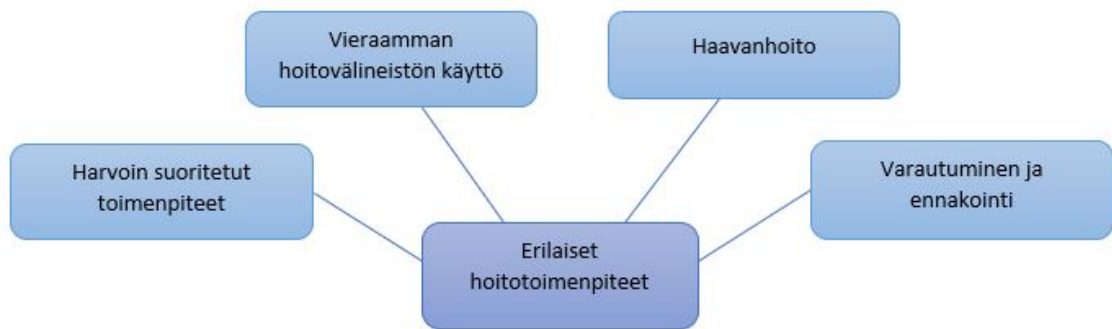
Sairaanhoitajat kokivat haastavana erilaisten toimenpiteiden toteuttamisen sekä vieraampien hoitovälineistön käytön (Flinkkilä 2019, 46). Haastavana koettiin dreerien hoito, kipupumppuhoito, trakeostomian hoito sekä epiduraalinen lääkehoito (Flinkkilä 2019, 46; Hautsalo 2013, 40.)

Haavanhoito nostettiin vaativaksi osa-alueeksi sairaanhoitajien työssä. Palliativisessa- ja saattohoidossa potilailla on erilaisia haavoja, kuten säärihaavoja, painehaavoja, leikkaushaavoja sekä kasvainten aiheuttamia haavoja. Sairaanhoitajan tulee tietää haavojen eri hoitomuodot sekä haavanhoidon tavoite. Hoidossa tulee huomioida potilaan kivunhoito sekä arvioida haavanhoidon tarve. (Flinkkilä 2019, 27.)

Myös potilaan voinnin muutoksiin varautuminen ja ennakointi nostettiin Flinkkilän (2019, 31) ja Hautsalon (2013, 35) tutkimuksissa esille. Flinkkilän (2019, 31) mukaan varautuminen korostui erityisesti silloin, kun kotisairaalan hoitaja oli menossa potilaan kotiin toteuttamaan toimenpidettä, josta hänellä ei ollut aiemmin kokemusta. Hoitajan tuli varautua tähän huolellisesti, jotta



pystyi sen toteuttamaan. Ennakointi ilmeni esimerkiksi tilanteessa, jossa sairaanhoitajien täytyi osata kysyä potilaan hoitavalta lääkäriltä potilaalle lääkkeitä viikonloppua varten. Ennakoinnilla sairaanhoitajat varautuivat potilaan voinnin heikentymiseen sekä uusiin oireisiin, kuten limaisuuteen. Sairanhoitajat kokivat, että heidän tulee olla valmiina reagoimaan yllättävissäkin tilanteissa, sillä tilanteet voivat muuttua nopeasti (Hautsalo 2013, 35).



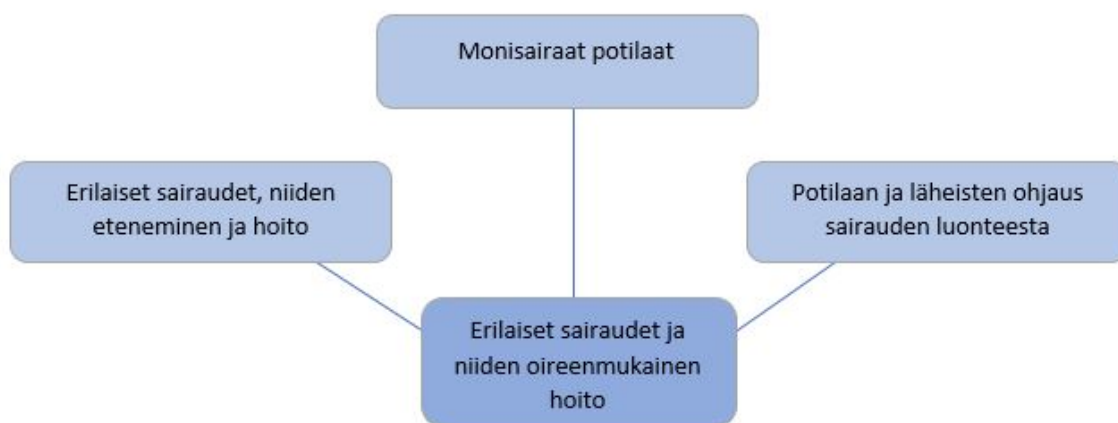
Kuvio 7. Erilaisiin hoitotoimenpiteisiin liittyvät haasteet

#### Erilaiset sairaudet ja niiden oireenmukainen hoito

Flinkkilän (2019, 45–46) tutkimuksessa sairaanhoitajat toivat esille tarvitsevansa tietoa erilaisista etenevistä sairauksista, erilaisista syöivistä sekä niiden ennusteista. Yleensä palliatiivinen hoito yhdistetään vain syöpäpotilaisiin, vaikka sydän- ja verisuonisairauksia sairastavat tarvitsevat myös palliatiivista hoitoa (Valkonen 2020). Valkosen (2020) tutkimuksessa tuotiin esiin haasteet mm. sydänpotilaiden hoidon aloituksen ajankohdassa, sekä hoidon ennusteen epävarmuudessa. Tutkimuksessa kerrotaan myös sydänpotilaiden olevan monisairaita, joka lisää hoidon haasteita.

Lisätietoa kaivattiin myös sairauksista, jotka etenevät aaltomaisesti, ja jossa esiintyy pahenemisvaiheita, kuten sydämen vajaatoiminta. Sairanhoitajat toivat esille, että potilaan ja läheisen ohjaaminen sairauden etenemisestä jäi huomioimatta, kun potilas pääsi sairauden pahenemisvaiheen kohennuttua kotiin. Sen vuoksi hoitajat kokivat, että heidän osaamistaan tulee vahvistaa, jotta potilas ja läheiset ymmärtävät sairauden todellisuuden ja sen, että lopulta se päättyy kuolemaan. (Flinkkilä 2019, 45–46.)

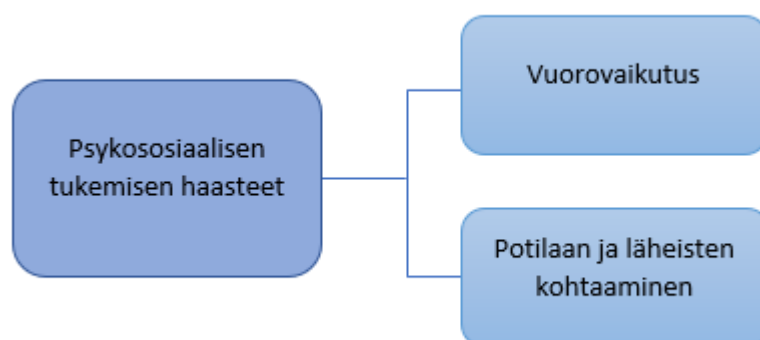
Valkonen (2020) tuo tutkimuksessaan ilmi, että sairaanhoitajilla ei ole riittävästi osaamista sydän-sairaiden potilaiden palliatiivisesta hoidosta. Myös yhteneväiset hoito-ohjeet puuttuvat, mikä tuo osaltaan haasteita hoitoon ja sen toteuttamiseen. Kotiutuessa sairaalasta, voi potilas kokea jääneensä yksin, jos hoito-ohjeet ovat puutteelliset tai niitä ei ole ollenkaan.



Kuvio 8. Erilaisten sairauksien ja niiden oireenmukaisen hoidon tuomat haasteet

### 5.1.2. Psykososiaalisen tukemisen haasteet

Toinen pääluokka kertoo psykososiaalisen tukemisen haasteista. Tästä muodostui kaksi yläluokkaa, joita ovat vuorovaikutus ja potilaan ja läheisten kohtaaminen. (Kuvio 8).



Kuvio 9. Psykososiaalisen tukemisen haasteet

#### Vuorovaikutus

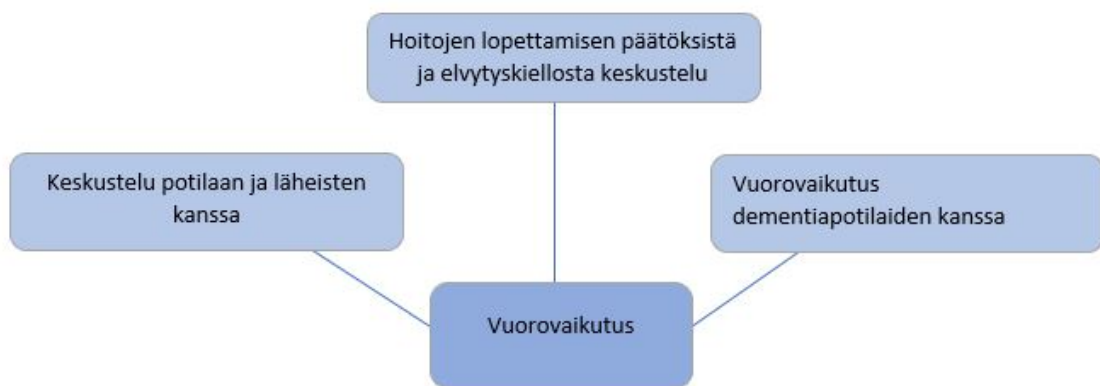
Vuorovaikutus korostuu kuolevan potilaan hoidossa. Sairaanhoidtajien täytyy pystyä keskustelemaan vaikeistakin asioista potilaiden ja läheisten kanssa. Tällaisia ovat tilanteet, joissa keskustellaan hoitojen lopettamisen päätöksestä sekä elvyttämättä jättämispäätöksestä. Sairaanhoidtajat kokivat tärkeäksi uskaltautua keskustelemaan potilaan ja läheisten kanssa suoraan voinnin heikentymisestä tai tulevasta kuolemasta. Tämä toiminta edesauttaa heitä valmistautumaan voinnin heikentymiseen, kuolemaan sekä tämä voi lievittää heidän pelkojaan. (Flinkkilä 2019, 32.)

Sairaanhoitajat kokivat vaikeudeksi löytää oikeita sanoja oikeaan aikaan. He joutuivat keskustelemaan haastavista asioista potilaan ja läheisten kanssa. (Flinkkilä 2019, 48.) Fitch, DasGupta & Ford (2016) tutkimuksessa sairaanhoitajat kokivat kuolemasta keskustelemisen haastavana. Ei ollut väliä, kauanko sairaanhoitaja oli työskennellyt, tai paljonko hänellä oli ollut keskusteluita kuolemasta. Kuolemasta keskustelu koettiin aina vaikeaksi, ja haastavaksi. Potilaan ja läheisten psykososiaalinen, psyykkinen ja henkinen tukeminen nostettiin esille, sillä sairaanhoitajat kokivat, että kokonaisvaltaista tukea tarvitsi sekä potilas että hänen läheisensä. (Flinkkilä 2019, 48.) Myös Valkonen (2020) kertoo tutkimuksessaan sairaanhoitajien vaikeuksista kommunikoida potilaan sekä omaisten kanssa.

Davies, ym. (2013) tutkimuksessa sairaanhoitajat toivat myös ilmi vuorovaikutuksen haasteet, erityisesti dementiapotilaiden kohdalla. Elämän loppuvaiheessa monilla dementiapotilaalla on vähemmän kykyä kommunikoida suullisesti. Tällä on vaikutuksia potilaan tarpeiden arviointiin ja myöhempään hoitoon, sillä monet dementiapotilaat eivät saa kokonaisvaltaista kivun arviointia tai kivun hallintaa.

*“ One of the biggest challenges in the care of palliative care patients is probably the direct communication with these patients. To be able to engage in the living world of these patients – there is a great need of training in communication for physicians and nurses.”*

-Germany (Davies ym. 2013)



Kuvio 10. Vuorovaikutuksen haasteet

#### Potilaan ja läheisten kohtaaminen

Kohtaaminen potilaan ja läheisten kanssa aiheutti sairaanhoitajille ajoittain haasteita. Sairaanhoitajat eivät välillä tienneet, miten toimia tietyissä tilanteissa ja mitä tulisi sanoa. Tämä aiheutti

sairaanhoitajissa neuvottomuutta (Hautsalo 2013, 36.) Davies ym. (2013) tutkimuksessa sairaanhoitajat kertoivat vaikeuksista tarjota potilaille emotionaalista tukea muiden päivittäisten tehtävien lisäksi. Sairaanhoitajat kokivat tarvitsevansa työkaluja, miten he pystyvät kiireessä kohtaamaan ja tukemaan potilaan läheisiä sekä kiinnittää huomiota juuri heille merkittäviin aiheisiin (Flinkkilä 2019, 49).

Erityisen raskaana kohtaamiset koettiin, jos potilas tai läheiset olivat hyvin nuoria (Hautsalo, 2013,36; Flinkkilä 2019, 49) tai saman ikäisiä hoitajan kanssa (Hautsalo 2013, 36; Fitch, ym. 2016; Flinkkilä 2019, 49), potilas muistutti hoitajan perheenjäsentä tai ystävää, hoitaja oli kokenut vasta merkittävän menetyksen, potilas kielsi tilanteen todellisuuden tai, jos potilas ja perhe olivat eri mieltä hoitosuunnitelmasta (Fitch, ym. 2016). Haastavana pidettiin myös tilanteita, missä potilas ei ollut kertonut läheisilleen sairaudestaan (Flinkkilä 2019, 49), potilas ei itse ollut tietoinen ennusteestaan tai kun potilas oli vihainen (Fitch, ym. 2016). Keskustelussa haastetta aiheuttivat myös riidat potilaan ja perheen välillä sekä se, kun hoitajat eivät tieneet, mitä lääkäri oli kertonut potilaalle (Fitch, ym. 2016).

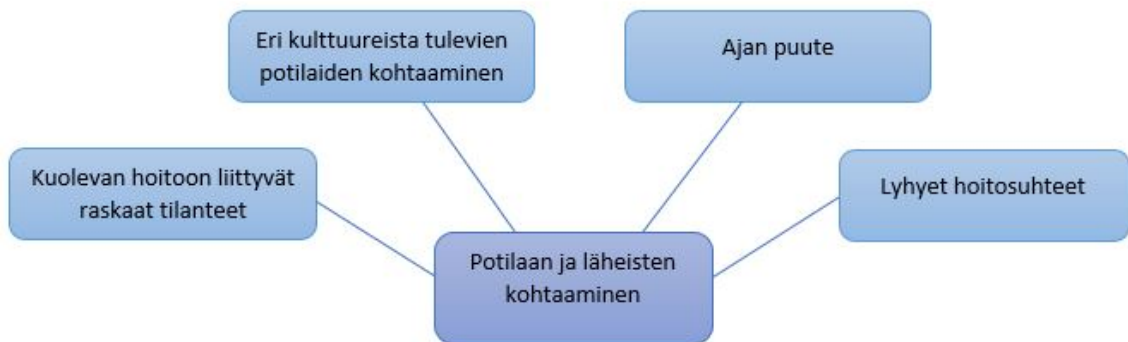
Sairaanhoitajat kokivat haasteena keskustelun eri kulttuureista tulevien potilaiden kanssa, sillä kuolemaan johtavan sairauden kohdalla heidän tuli osata kertoa tämä potilaalle loukkaamatta heidän maailmankatsomustaan tai uskontoaan. (Flinkkilä 2019, 47.)

Sairaanhoitajat toivat ilmi myös työmäärän kasvun tuomat haasteet potilaan ja perheen kohtaamisessa. Etenkin Ruotsissa sairaanhoitajat kokivat tyytymättömyyttä jatkuvaan ajanpuutteeseen palliatiivisen hoidon tarjoamisessa. Sairaanhoidajien vähäinen aika toi enemmän stressaavia tekijöitä potilaan ja perheen kohtaamiseen. Ajan puute aiheutti myös sen, ettei sairaanhoitajilla ollut aikaa kuunnella potilaita heidän ongelmistaan. Tämä saattoi johtaa negatiivisesti potilaiden ja sairaanhoitajien välisen luottamuksen syntymiseen. (Sekse ym. 2018.)

Flinkkilän (2019, 33) tutkimuksessa sairaanhoitajat ilmaisivat, että elämän loppuvaiheessa potilaan tarpeiden tunnistaminen ja niihin vastaaminen on tärkeää. Etenkin kotiympäristössä potilaan ja omaisten tukemiseen koettiin tarvitsevan ohjausta. Tämä vahvistaisi sairaanhoitajien osamista, että he voivat tukea potilasta ja heidän omaisiaan, jotta säästyttäisiin tarpeettomilta sairaalasiirroilta potilaiden viimeisten elinpäivien aikana. Mutta jos potilas päädyttiinkin siirtämään sairaalaan, läheisten tuen tarve oli jopa suurempi kuin itse potilaan. Läheisiä tuli tukea ja painottaa heille se, että vaikei kotona hoitaminen onnistunut, olivat he silti tehneet kaikkensa potilaan eduksi. (Flinkkilä 2019, 49.)

Välillä potilaiden hoitosuhteet jäivät lyhyeksi. Lyhyet hoitosuhteet aiheuttivat hoitajille tunteen, etteivät he ehtineet syventyä potilaan asioihin tarpeeksi, eivätkä tukea riittävästi omaisia. Tämän vuoksi potilaan yksilölliset tarpeet jäivät myös vähemmälle huomiolle. (Hautsalo 2013, 35.)

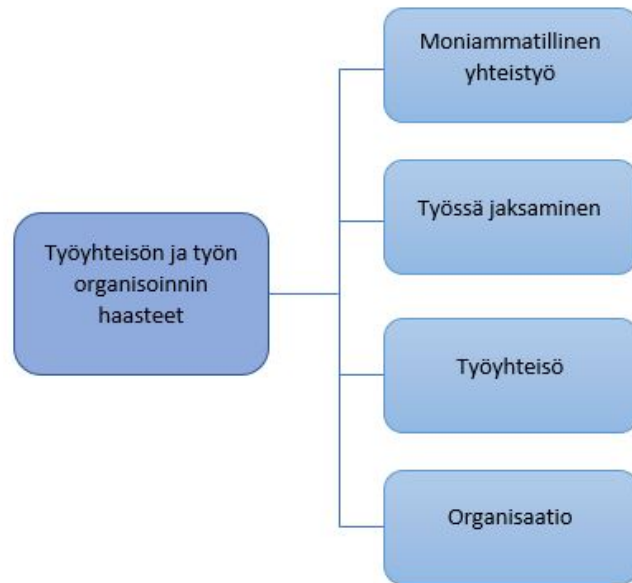
Haasteeksi koettiin myös sairaanhoitajan kokema henkilökohtainen mukavuusaste kuolemasta puhumisessa. Kokemukseen vaikutti, luulivatko he hallitsevansa keskustelut hyvin vai eivät. Hoitajat kokivat kuolemasta puhumisen helpompana, jos potilas tai perhe aloittaa keskustelun. (Fitch, ym. 2016).



Kuvio 11. Potilaan ja läheisten kohtaaminen

### 5.1.3. Työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet

Työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet muodostuivat neljästä yläluokasta, joita olivat moniammatillinen yhteistyö, työyhteisö, työssäjaksaminen sekä organisaatio. (Kuvio 11).



Kuvio 12. Työyhteisön ja organisoinnin haasteet

### Moniammatillinen yhteistyö

Valkonen (2020) kertoo tutkimuksessaan, että Salon kaupungissa on huomattu haasteena palliatiivisessa hoidossa erikoissairaanhoidon puolella olevan potilaan siirtyminen perusterveydenhuollon puolelle. Hoitajat kokivat tiedonkulun katkeavan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Myös Davies, ym. (2013) tutkimuksessa sairaanhoitajat ilmaisivat huolenaiheensa kaksisuuntaisen viestinnän puutteesta erikoistuneiden palliatiivisen palvelujen ja muiden palvelujen välillä. Sairaanhoitajat kokivat, että tämän seurauksena potilaat eivät saa välttämättä kokonaisvaltaista hoitoa.

Davies, ym. (2013) mukaan palliatiivinen hoito vaatii panostusta useilta eri palveluilta. Sen vuoksi ammattilaisten on oltava yhteydessä toisiinsa hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi. Sairaanhoitajat kuitenkin havaitsivat, että tällainen ammattilaisten ja palveluiden välinen viestintä on usein heikkoa. Yleistä on, että potilaita siirretään eri laitosten välillä, erityisesti elämän loppuvaiheessa. Sairaanhoitajat kokivat, että potilaiden hoidosta siirtyy puutteelliset tiedot uuteen ympäristöön.

Davies, ym. (2013) tutkimuksessa sairaanhoitajat kokivat palvelujen integroinnin hämmentävänä. Palvelujen ja järjestelmien tulisi toimia yhteistyössä. Kaikissa tutkimukseen osallistuneissa viidessä maassa todettiin hyvän organisoinnin ja palvelujen integroinnin puuttumista. Etenkin dementiaasta heräsi erityinen huoli, sillä se ei ole pelkästään lääketieteellinen eikä sosiaalinen tila, vaan se vaatii yhteistyötä sekä terveys- että sosiaalihuollon puolelta.

Flinkkilän (2019, 48) tutkimuksessa nostettiin esille huoli potilaan ja perheen toimeentulosta. Siinä erityisesti huolta herätti tilanteet, jossa tulot olivat loppuneet toisen vanhemman osalta. Joskus sosiaalietuuksista ei oltu keskusteltu potilaan hoitopolun aikana lainkaan. Sairaanhoitajat kaipasivat myös tietoa muista ulkopuolisista tahoista, minne potilaan tai läheisen voisi ohjata esim. keskusteluavun tarpeen tullessa.

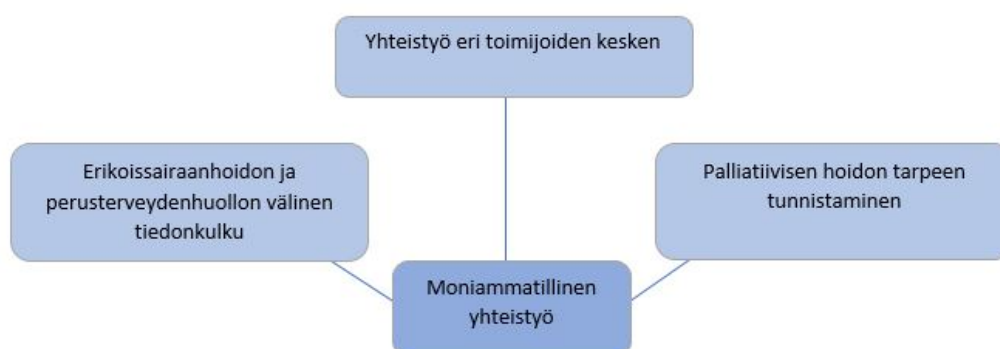
*“ well, it is difficult for the healthcare system and the social system to set up palliative care projects together...everything is social, or healthcare related and working together is still difficult.”*

*-Italy (Davies, ym. 2013)*

Haasteena koettiin yhteistyö eri toimijoiden kanssa. Tutkimuksissa nostettiin esille erityisesti kotihoiton ja muiden osastojen välisen yhteistyön kehittäminen (Hautsalo 2013, 41; Flinkkilä 2019, 50). Tarve moniammatillisen yhteistyön kehittämiseksi koettiin myös kipupoliklinikan, sosiaalityöntekijöiden ja pappien kanssa. (Flinkkilä 2019, 50.)

Sairaanhoitajat kokivat, että eri terveydenhuollon yksiköissä ei tunnisteta palliatiivisen hoidon tarvetta ja sitä, milloin siihen siirrytään. Varhainen palliatiivinen hoito tulisi sisällyttää vakavan ja kuolemaan johtavan sairauden hoitoon. Tämä edellyttää kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten palliatiivisen hoidon tietoa ja erityistaitoja työpaikasta riippumatta. Aikaisempi siirtyminen antaisi enemmän aikaa potilaan hoitosuunnitelmaan, ja jäljellä olevien huolenaiheiden selvittämiseen. (Fitch ym. 2015.)

Yhä useampi terveydenhuollon yksilön ilmaisema tavoite on hallita sairauden kulkua niin kauan kuin mahdollista, ja siksi vaatimus jäsenneilystä ennakoivasta hoitosuunnitelmasta on ilmeinen (Fitch ym. 2015).



Kuvio 13. Moniammatillisen yhteistyön haasteet

## Työyhteisö

Fitchin ym. (2016) tutkimuksessa sairaanhoitajat kokivat erityisen haastavaksi kuolevan potilaan hoidossa sen, kun kaikki hoitoon osallistuvat jäsenet eivät olleet ajan tasalla potilaan hoidosta. Hoitajat korostivat, että jokaisen hoitoon osallistuvan tulisi olla tietoinen potilaan hoidosta. Haastavaksi koettiin kommunikoinnin puute lääkäreiden kanssa. Hoitajat kokivat, että yhteisiä keskusteluja lääkärin ja potilaiden kanssa tarvittaisiin, jotta kaikki olisivat tietoisia potilaan tilasta. Tukea koettiin tarvitsevan myös viestintään potilaan, perheenjäsenten ja kaikkien tiimiin osallistujien kesken. (Fitch ym. 2016.)

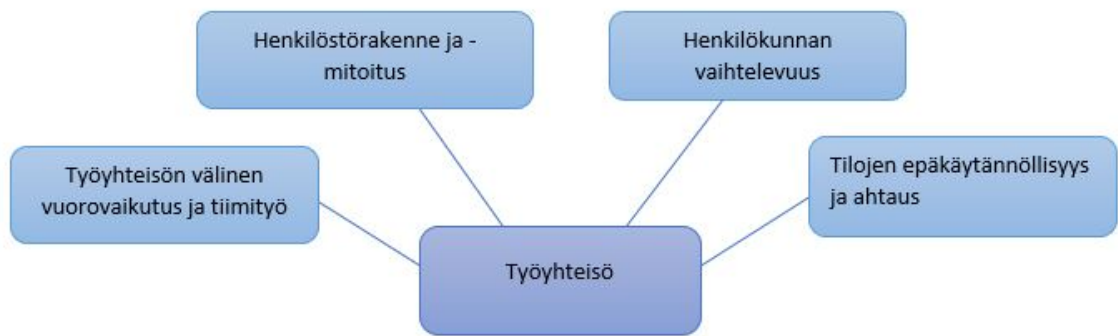
Haasteita koettiin työyhteisön välisessä vuorovaikutuksessa (Flinkkilä 2019, 50). Hautsalon (2013, 41) tutkimuksessa sairaanhoitajat kokivat, että työyhteisössä tulisi olla yhteiset arvot ja periaatteet, joka ohjaisi työn tekoa. Myös tiimityötaidoissa havaittiin tarvetta kehittää (Hautsalo 2013, 41).

Myös henkilöstörakenne ja -mitoitukset nostettiin esille haasteena. Koettiin, että sairaanhoitajia tulisi olla enemmän työyksikössä, koska työ on aiempaa vaativampaa, johon tarvitaan monipuolisempaa osaamista. Sairaanhoitajat toivoivat myös, että henkilökunnasta jokaisella olisi tarvittava osaaminen ja valmius saattohoitotyöhön. Pieni henkilöstömitoitus aiheutti ongelmia etenkin työvuorosunnittelussa loma-aikoina sekä koulutuksissa. (Hautsalo 2013, 41–42.)

Yhdistelmäosaston haasteina pidettiin erityisesti osastojen välistä henkilökunnan vaihtelevuutta. Toiselta osastolta tulevilla hoitajilla ei välttämättä ollut motivaatiota saattohoitotyöhön. Sen vuoksi saattohoidon henkilökunta koki, ettei heiltä saa sitä tukea, jota työhön kaipaisi. Haastateltavat olivat sitä mieltä, ettei kaikki hoitajat pysty toteuttamaan saattohoitotyötä. Tämä tulisi huomioida, ettei sellaista hoitajaa laiteta saattohoito-osastolle töihin, joka ei siihen kykene. (Hautsalo 2013, 40.)

Työyhteisössä haastavana pidettiin tilojen ahtautta ja epäkäytännöllisyyttä. Varastotilojen puute näkyi jokapäiväisessä työssä ongelmana. Suihkutiloja käytettiin varastotilana silloin, kun se ei ollut käytössä. Hoitajat joutuivat tyhjentämään suihkutilat tavaroista ennen kuin potilaan pystyi vieämään suihkuun. Lisäksi yhden hengen huoneita oli vain rajallinen määrä, eikä sen vuoksi kaikille potilaille pystytty turvaamaan yksityisyyttä. Tämä tuotti hankaluutta, sillä usein potilaat olisivat halunneet omaa rauhaa, muttei tätä pystytty heille järjestämään. (Hautsalo 2013, 43.)





Kuvio. 14. Työyhteisön haasteet

### Työssäjaksaminen

Seksen ym. (2018) sekä Valkosen (2020) tutkimuksissa sairaanhoitajat ilmaisivat huolenaiheen palliatiivisessa hoidossa tarvitsevista tiedoista ja taidoista. Huolta herätti erityisesti ammattilais-ten asiantuntemuksen puute. Palliatiivista hoitoa tarvitsevien potilaiden kanssa työskentelee työntekijöitä, jotka eivät ole palliatiivisen hoidon asiantuntijoita. Resurssien puutteen vuoksi esimerkiksi kustannusten vähentämiseksi organisaatiot työllistävät mieluummin halvempaa henkilöstöä, huolimatta siitä, ettei heillä ole mahdollisesti kokemusta tai pätevyyttä palliatiivisesta hoidosta. (Davies, ym. 2013.) Hautsalon (2013, 37) tutkimuksessa sairaanhoitajat olivat havainneet osaamisessaan paljon puutteita, ja sen vuoksi työ koettiin raskaana. Työstä tekee vaativaksi myös se, että kuolema on läsnä jatkuvasti ja jokainen päivä on erilainen.

*“I am afraid it costs money if you want to have more staff with a higher level of education.”*

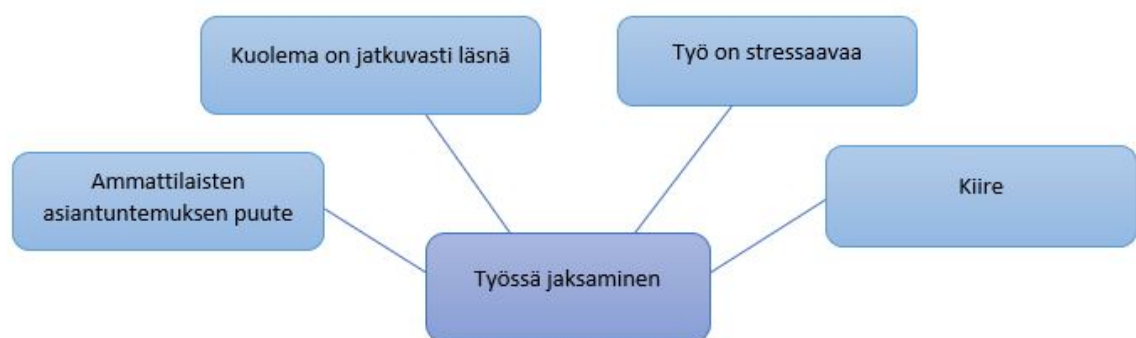
*- Netherlands (Davies, ym. 2013)*

Fitchin ym. (2016) tutkimuksessa sairaanhoitajat toivat esille työstressin tuomat haasteet. Eniten stressiä raportoivat henkilöt, jotka työskentelivät paljon palliatiivisten potilaiden kanssa. Pitkälle edennyttä sairautta sairastavien potilaiden kanssa työskentely voi olla palkitsevaa mutta myös stressaavaa. Kun tapahtumat koetaan traumaattisena, ne voivat jättää lähtemättömiä jälkiä. Hoitajat voivat reagoida traumaattiseen tapahtumaan sammuttamalla omat tunteensa, tai kokea avuttomuuden, vihan, syyllisyyden, tai ahdistuksen tunteita. Myös Fitchin, ym. (2015) tutkimuksessa sairaanhoitajat toivat esille tuntevansa moraalista ahdistusta, traumoja sekä myötätuntoväsymystä palliatiivisten potilaiden hoidossa.

Sairaanhoitajat kokivat, että heidän työhönsä liittyy emotionaalinen taakka, josta on vaikea puhua kenenkään kanssa. Sen vuoksi he tarvitsivat rauhallisen paikan, jossa ajatella asioita ja rauhoittua. Etenkin traumaattisten tapahtumien jälkeen olisi hyvä päästä keskustelemaan ja jakamaan ajatuksiaan. (Fitch, ym. 2016.)

Sairaanhoitajat kokivat, että oma työ piti organisoida niin, ettei tästä välittynyt kiire potilaille tai läheisille. Kiireettömyyden tunne tuli osata säilyttää kohtaamisessa, vaikka hoitaja olisi muista työtehtävistä kuormittunut. Tärkeänä koettiin, että hoitajalla on aikaa istua kuolevan vierellä. (Flinkkilä 2019, 36–37.) Hautsalon (2013, 35) tutkimuksessa sairaanhoitajat kertoivat, että välillä kiire aiheuttaa sen, että läsnäoloon on liian vähän aikaa.

Stressiä sairaanhoitajan työhön aiheutti siirtymiset osastolta toiselle työvuoroihin. Se lisäsi myös työn epävarmuutta. Sairaanhoitajat toivat ilmi myös uudistusten tuoman stressin. Välillä he eivät olleet varmoja, mitä heidän tulisi osata ja kuinka nopeasti. (Hautsalo 2013, 37.)



Kuvio 15. Työssä jaksamisen haasteet

### Organisaatio

Davies, ym. (2013) tutkimuksessa sairaanhoitajien mielestä sosiaali- ja terveyshuollon rahoitus oli huolestuttavaa useissa maissa. Heidän mielestään se vaikutti palvelujen kykyyn tarjota hyvää palliativista hoitoa. Haastateltavat vertasivat syöpäpotilaiden hoidossa käytettävissä olevien varojen määriä muihin diagnooseihin, kuten dementiaan. He kokivat, että syöpä asetettiin etusijalle ja muut potilaat "jätettiin taka-alalle". Dementiaa ei tunnustettu lopulliseksi tilaksi tai palliativista hoitoa vaativaksi sairaudeksi, vaan pikemminkin kalliiksi pitkäaikaishoidoksi.

*“ But it doesn't quite seem right that people with other life limiting terminal illnesses like dementia don't have access to the same level of care. It's a real dilemma actually.”*

-England (Davies, ym. 2013)

Maailmanlaajuisena haasteena ja esteenä palliatiivisen hoidon huippuosaamiselle pidetään terveydenhuoltojärjestelmien taloudellisia rajoitteita. Palliatiivisen hoidon taloudellinen tuki on monissa maissa edelleen taka-alalla. (Fitch, ym. 2015.)

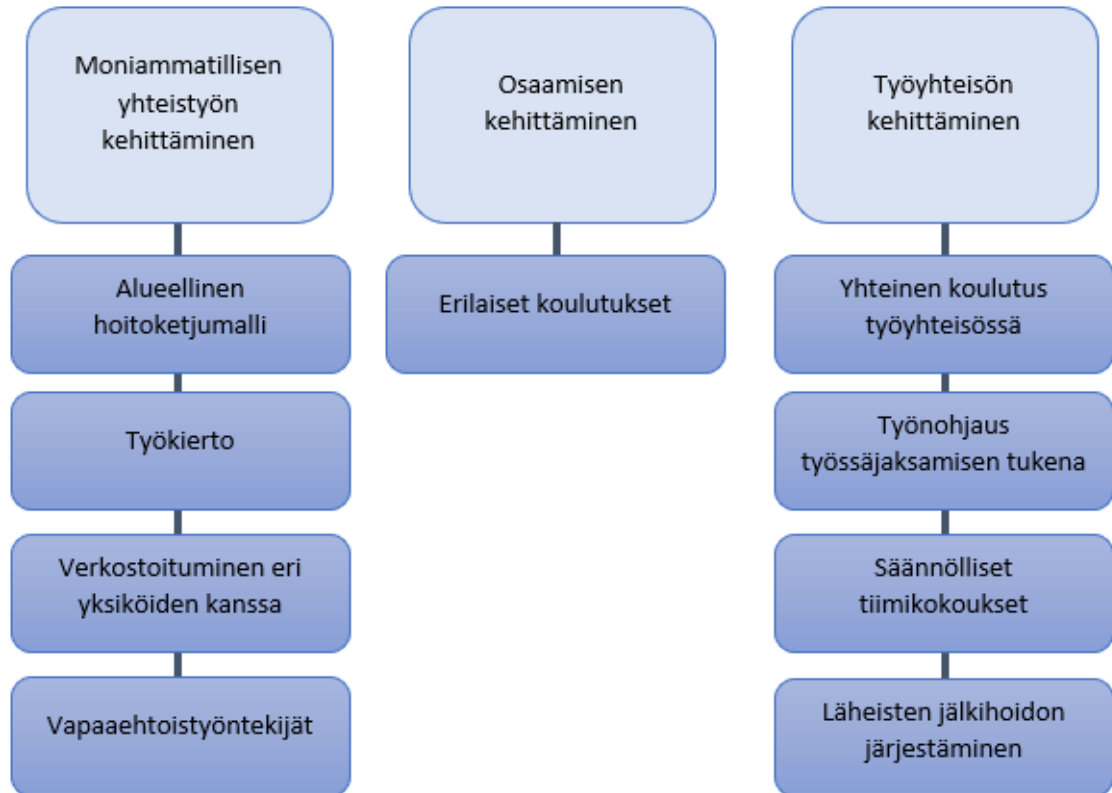
Haasteena pidetään myös hoitotyön aloittaneiden nuorten määrän vähenemistä sekä uusien sairaanhoitajien työssä säilyttämisen puutetta. Seuraavilla sukupolvilla palliatiivisessa hoidossa työskentelevillä sairaanhoitajilla on erilaiset odotukset työelämästä, erityisesti työ- ja yksityiselämän tasapainosta. (Fitch, ym. 2015.)



Kuvio 16. Organisaation haasteet

## 5.2. Ratkaisut haasteisiin

Tutkimuksessa nousi esille ratkaisuja. Ratkaisut jaetaan kolmeen yläluokkaan, joita ovat moniammatillisen yhteistyön kehittäminen, osaamisen kehittäminen sekä työyhteisön kehittäminen. (Kuvio 16).



Kuvio 17. Ratkaisut haasteisiin

### 5.2.1. Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen

Valkosen (2020) mukaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tiedon kulun ongelmaan on ratkaisuna alueellinen hoitoketjumalli erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välille. Viralliset suositukset kuten Käypä hoito -suositukset ja STM-suositukset ovat pohjana hoitoketjuissa. Hoitoketjun muodostumista varten tarvitaan moniammatillinen työryhmä, johon osallistuu jäseniä eri ammattiryhmistä. Potilaalle nimetään lääkäri ja hoitaja, jotka järjestelivät potilaan hoitoa yhdessä. Hoitoketjun koordinaattorina toimii asiantuntijahoitaja, joka työskentelee yhdyshenkilönä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yksiköiden välillä. (Valkonen 2020, 29.)

Erikoissairaanhoidopiiriin tehtäviin kuuluu palliatiivisen hoitolinjauksen tekeminen, jatkohoitoon siirtäminen ja yhteyshenkilöille siitä informointi perusterveydenhuollossa, sekä tarvittaessa myös konsultaatioapu ja palliatiivisen hoidon erikoistoimenpiteet. Potilaan siirtyessä perusterveydenhuollon piiriin, tulee erikoissairaanhoidon puolella lääkärin tarkistaa potilaan lääkelista. Jos hoito on mahdollista toteuttaa perusterveydenhuollossa, niin hoitolinjausten teon jälkeen hoitovastuu palliatiivisten potilaiden oireenmukaisessa hoidossa on perusterveydenhuollolla. Kun potilas siirtyy perusterveydenhuollon piiriin, myös sosiaalietuuksien hoitovastuu siirtyy mukana. (Valkonen 2020, 26.)

Hautsalon (2013, 41) tutkimuksessa sairaanhoitajat kokivat työkierron yliopistosairaalassa tarpeellisenä. Siellä he pystyisivät harjoittelemaan erilaisia toimenpiteitä, joka antaisi heille varmuutta erikoishoitojen toteuttamisessa. Työkierron koettiin tuovan myös näkemystä siitä, mitä potilaan hoitoprosessissa tapahtuu, ennen kuin hän siirtyy saattohoito-osastolle.

Verkostoituminen eri saattohoitoyksiköiden kanssa koettiin myös tärkeäksi, koska sieltä koettiin saavan tukea ja neuvoja tarpeen vaatiessa (Hautsalo 2013, 41). Yhteistyöstä eri toimijoiden kanssa kaivattiin myös koulutusta. Kotisairaalan työntekijät korostivat koulutustarvetta myös yliopistosairaalan ja saattohoitokodin kanssa. (Flinkkilä 2019, 50.) Kivunhoidon erityisasiantuntijan luento, kuten lääkärin tai kipupoliklinikan hoitajan pitämänä koettiin tarpeellisenä koulutuksena (Flinkkilä 2019, 46).

Vapaaehtoistyöntekijät koettiin merkittävänä apuna palliatiivisessa hoitotyössä. Yleensä levottomien, ahdistuneiden tai pelokkaiden potilaiden kanssa pelkkä läsnäolo on tärkeää. Vapaaehtoisten avulla hoitajan aika vapautuisi varsinaiseen hoitotyöhön. (Hautsalo 2013 42–43.)

### 5.2.2. Osaamisen kehittäminen

Useissa tutkimuksissa nousi esille sairaanhoitajien osaamisen puute (Hautsalo 2013; Flinkkilä 2019; Sekse ym. 2018). Tutkimuksissa oli nostettu esille eri koulutustarpeita, jotka toisivat sairaanhoitajille osaamista heidän kokemuksiinsa. Sairanhoitajat kokivat tarpeellisenä koulutuksen lääkehoidosta ja kivunhoidosta (Flinkkilä 2019, 46; Hautsalo 2013, 40). Varsinkin uusien lääkkeiden käyttöönottaessa kaivattiin koulutusta, jossa käsiteltäisiin lääkkeen vaikutusta ja ohjeistettaisiin lääkkeen käytössä. Lääkkeiden vaikutusmekanismien ymmärtäminen todettiin keskeisenä koulutuksen tarpeena. (Flinkkilä 2019, 46.) Kivunhoidossa koulusta kaivattiin erityisesti kivun teemasta, millä tavalla kivun erottaa henkisestä ahdistuksesta. Sairanhoitajat toivat esille

myös tarvitsevansa koulutusta erilaisten kipumittareiden käytöstä, jotta annetun lääkkeen vaikutusta pystytään arvioimaan. (Hautsalo 2013, 40.)

Hautsalon (2013, 40) tutkimuksessa sairaanhoitajat kokivat tarvitsevansa koulutusta palliatiivisesta ja saattohoidosta. Vaikka sairaanhoitajat olivat jo aiemmin saaneet saattohoitokoulutusta, tämä koettiin edelleen koulutustarpeena. Myös loppuvaiheen fyysisistä oireista, voimien muutoksen ennakoinnista ja tunnistamisesta kaivattiin koulutusta (Flinkkilä 2019, 47). Sairanhoitajat kokivat tarvitsevansa koulutusta myös läheisten jälkihoidon järjestämisessä (Flinkkilä 2019, 47). Sairanhoitajat kertoivat tarvitsevansa koulutusta eri kulttuureiden ja uskontojen vaikutuksesta kuolemaan ja saattohoidon toteuttamiseen. Erityisesti kulttuurien välisistä eroista haluttiin saada lisää koulutusta. (Flinkkilä 2019,47.) Kotisairaalan sairaanhoitajat kokivat lisäkoulutuksen tarpeen palliatiivisesta sedaatiosta. Koulutuksen tulisi sisältää tietoa palliatiivisen sedaation toteutuksesta kotona sekä mitä tämä vaatii omaiselta. Lisäksi sedaation käyttöaiheista kaivattiin koulutusta. (Flinkkilä 2019, 47.)

Tutkimuksissa sairaanhoitajat nostivat esille myös koulutustarpeen erilaisten hoitotoimenpiteiden toteuttamiseen sekä itselle vieraampien hoitovälineistön käyttöön (Flinkkilä 2019, 45; Hautsalo 2013, 40). Koulutus erilaisten drenien hoidosta koettiin tarpeellisena (Flinkkilä 2019, 46; Hautsalo 2013, 40). Sairanhoitajat nostivat esille koulutustarpeen myös kipupumppuhoidosta ja trakeostomian hoidosta (Hautsalo 2013, 40). Flinkkilän (2019, 46) tutkimuksessa sairaanhoitajat toivat ilmi myös koulutustarpeen epiduraalisen lääkeinfuusion käytöstä.

Sairanhoitajat kokivat, että he tarvitsevat koulutusta eri sairauksien luonteesta ja niiden etenemisestä, kuten sydämen vajaatoimintaa sairastavan kohdalla. Koulutuksen avulla sairaanhoitajat saisivat lisää osaamista potilaan ja omaisten ohjaamiseen sairauden kulusta. Koulutusta kaivattiin myös amyotrofista lateraaliskleroosia (ALS) sairastavien potilaiden perushoidosta, lääkkehoidosta sekä hengenahdistuksen lievittämisestä. (Flinkkilä 2019, 45–46.)

Sairanhoitajat toivat esille tarvitsevansa koulutusta keskustelutaidoista, jotta he saisivat näihin tilanteisiin tukea ja osaamista. Sairanhoitajat kokivat, että potilaan ja läheisten tukemista voisi harjoitella tapausesimerkkien avulla keskustelemalla. Siinä pystyisi myös seuraamaan, miten vuorovaikutuksella voidaan potilasta ja läheisiä tukea. Sairanhoitajat kaipasivat koulutusta omien voimavarojen ja tunteiden tunnistamiseen. Koulutuksen avulla koettiin saavan tukea myös koskettavissa tilanteissa oman ammatillisuuden säilyttämiseen. (Flinkkilä 2019, 48, 50.)

Seksen ym. (2018) tutkimuksessa sairaanhoitajat kokivat tarvitsevansa tietoa, ohjausta sekä tukea voidakseen säilyttää sairaanhoitajan roolinsa. Jotta sairaanhoitajat pysyisivät antamaan kokonaisvaltaista ja yksilöllistä hoitoa, tulee heillä olla tiedot myös perushoidosta. Koulutusta tarvitaan perushoitoon ja koordinointiin.

Lisäksi koulutusta omaisten tukemiseen kaivattiin (Hautsalo 2013, 36). Sairaanhoitajat kokivat tarvitsevansa työkaluja, miten he pystyvät kiireessä kohtaamaan omaiset ja kiinnittää huomiota juuri heille merkittäviin aiheisiin (Flinkkilä 2019, 49). Koulutustarve tuli esille myös kuolevan hoitoon liittyvissä raskaissa ja vaativissa tilanteissa, kuten pienten lasten vanhempien saattohoidossa sekä oman ikäisten saattohoidossa. Sairaanhoitajat kokivat tarpeellisena koulutuksen, jossa käy-täisiin läpi eri-ikäisten lasten ja koko perheen kohtaamista ja tukemista, kun vanhempi on saattohoidossa. (Flinkkilä 2019, 49.) Sairaanhoitajat kaipasivat rohkaisua pysähtyä kuolevan vierelle ja kuunnella potilasta, mitä hän kokee tärkeänä. Tutkimuksessa nostettiin esille myös koulutustarve lohduttamisesta, empatiasta ja myötätunnosta (Flinkkilä 2019, 33). Sairaanhoitajat tarvitsevat yhdenmukaisen ja kohdennetun koulutuksen ammattinsa tueksi (Fitch, ym. 2015). Koulutustarpeet nähtävissä kokonaisuudessaan kuviossa (Liite 4).

Tutkimuksen kirjoittajat korostivat organisaation ja yksittäisen henkilöstön jäsenen yhteistä vastuuta edistää ympäristöä, joka tukee henkilöstöä tarjoamaan laadukasta hoitoa. Organisaatiolla on tärkeä rooli tukea hoitohenkilökuntaa. Tukemalla hoitajia, edistetään tyytyväisyyttä, vähennetään hoitajien väsymystä ja loppuun palamista. Suosituksissa korostettiin ottamaan käytäntöön strategioita, joilla autetaan henkilöstön jäseniä vähentämään stressiä. (Fitch, ym. 2016).

### 5.2.3. Työyhteisön kehittäminen

Koulutusta tarvittiin työyhteisön välisessä vuorovaikutuksessa (Flinkkilä 2019, 50). Yhteinen koulutus työyhteisössä koettiin yhtenäistävän työyhteisön käytäntöjä sekä ajatusmaailmaa. Tämä lisää myös työssä jaksamista. Yhteinen koulutus auttaisi tunnetilojen ja reaktioiden tunnistamisessa, sekä se kasvattaisi työyhteisön avoimuutta. (Flinkkilä 2019, 50.) Työyhteisössä haluttiin tukea toinen toistaan vaikeissa tilanteissa. Selkeät ohjeet erilaisiin tilanteisiin sekä sujuva tiedon kulku koettiin myös lisäävän työyhteisön hyvinvointia. (Hautsalo 2013, 39.) Hautsalon (2013, 41) tutkimuksessa sairaanhoitajat kertoivat saavansa työnohjausta työssäjaksamisen tukemiseksi. Tästä koettiin olevan erittäin paljon apua työssä jaksamiseen.

Työyksikössä yhteisten arvojen ja periaatteiden kerrottiin nostavan myös työyhteisön yhteishenkeä. Tiimityötaidoissa havaittiin myös tarvetta kehittää. Sairaanhoitajat korostivat säännöllisten

tiimikokousten järjestämisen tärkeyttä, jossa pystyisi pohtimaan rehellisesti työyhteisön tavoitteita ja arvioimaan oman sekä työpaikan toimintaa. (Hautsalo 2013, 41.)

Sairaanhoitajat kokivat myös koulutuksen lääkäreiden kanssa tarpeellisena. Silloin hoitajilla ja lääkäreillä olisi yhteinen näkökulma potilaan hoidosta, josta he voisivat keskustella yhdessä potilaan ja perheen kanssa (Flinkkilä 2019, 50; Fitch, ym. 2016). Myös hoitoneuvottelut koettiin tärkeiksi. Niitä pidettiin yleensä heti potilaan tullessa osastolle ja tarvittaessa myöhemmin tarpeen vaatiessa. Siellä potilaat sekä läheiset saavat sairaudesta ja sen hoidoista tietoa. Tämä mahdollistaa myös kaikkien hoitoon osallistuneiden ajantasaisuuden potilaan hoidossa. (Hautsalo 2013, 35.)

Jälkihoidon järjestäminen omaisille potilaan kuoleman jälkeen koettiin myös tärkeänä. Sairaanhoitajat kertoivat järjestävänsä osastolla omaisten illan, kun potilaan kuolemasta on kulunut kolme kuukautta. Siinä on tarkoitus keskustella yhdessä potilaan hoitajaksosta, omaisen kokemuksista sekä siitä, miten elämä tämän jälkeen jatkuu. Tämän avulla hoitajat kokivat saavansa palautetta, joka auttaa heitä kehittämään työtään, jonka avulla myös työhyvinvoinnin koettiin paranevan. (Hautsalo 2013, 37.)

*”Mehän aloitettiin omaisten iltojen pitäminen, että kun potilaan kuolemasta on kolme kuukautta niin omaiset kutustaan omaisten iltaan. Siinä käydään läpi hoitajaksota ja sen hetkisiä tunnelmia ja mietitään, että miten tästä eteenpäin.” (Hautsalo 2013.)*



## 6. Pohdinta

Tässä kirjallisuuskatsauksessa tarkoituksena oli saada vastaus kahteen tutkimuskysymykseen. Valitsimme aineistoon seitsemän artikkelia, joita analysoimalla saimme käsityksen sairaanhoitajien kokemista haasteista erityistason palliatiivisessa hoitotyössä.

### 6.1. Tulosten tarkastelu

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen viimeinen vaihe on tulosten tarkastelu. Se sisältää sisällöllisen ja menetelmällisen pohdinnan, sekä tutkimuksen etiikan ja luotettavuuden arvioinnin. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on kokonaisuudessaan kirjallisuusperusteinen, mutta olennaista on, että se sisältää pohdinnan tuotetusta tuloksesta. Tässä vaiheessa kootaan ja tiivistetään kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tuottamat tulokset ja tarkastellaan niitä suhteessa laajempaan kokonaisuuteen. Tarkasteluosassa voidaan myös hahmotella tulevaisuuden haasteita sekä esittää jatkotutkimus-haasteet ja johtopäätökset. (Kangasniemi ym. 2013, 297.)

Eryistason palliatiivisen hoidon haasteita on tutkittu vähän. Tutkimuksia löytyi kansallisista sekä kansainvälisistä tietokannoista. Valituista tutkimuksista vain kahdessa (Flinkkilä 2019 ja Hautsalo 2013) tutkimuksessa oli vastattu kattavasti tutkimus kysymyksiimme. Flinkkilän (2019) ja Hautsalon (2013) tutkimukset käsittelivät erityistason saattohoidossa työskentelevien hoitajien kuvauksia kliinisestä osaamisesta, koulutuksesta ja koulutustarpeista. Sksen ym. (2018) tutkimuksessa kuvattiin sairaanhoitajien roolia ja haasteita terveydenhuollon eri järjestelmissä. Fitch ym. (2015) sekä (2016) tutkimukset kuvasivat sairaanhoitajien roolia palliatiivisessa hoidossa, näkemyksiä koulutustarpeista, taloudellisista haasteista, ja siitä miten sairaanhoitajia voidaan tukea potilaiden ja perheiden hoidossa. Valkosen (2020) tutkimuksessa keskityttiin kuvaamaan palliatiivista hoitotyötä sydän- ja verisuonitautien näkökulmasta. Lisäksi tutkimuksessa korostui moniammatillisuuden haasteet. Davies ym. (2013) tutkimus keskittyi syöpää sekä dementiaa sairastavien potilaiden palliatiivisen hoidon haasteisiin.

Sairanhoitajien kokemusten perusteella erityistason palliatiivisessa hoidossa haasteiksi nousi kliininen hoitotyö, psykososiaalinen tukeminen sekä työyhteisö ja työn organisointi. Kliinisessä hoitotyössä haasteiksi koettiin lääkehoito ja kivunhoito, palliatiivinen hoito ja saattohoito, erilaiset toimenpiteet sekä eri sairaudet ja niiden oireen mukainen hoito. Psykososiaalisen tukemisen haasteina koettiin vuorovaikutus ja kohtaaminen potilaan ja perheen kanssa. Työyhteisön ja työn

organisoinnin haasteiksi nousi moniammatillinen yhteistyö, työyhteisö, työssäjaksaminen sekä organisaatio. Tuloksia verratessa aiempaan tutkimustietoon, tämän tutkimuksen tulokset olivat yhdensuuntaisia näiden kanssa. (Lipponen & Karvinen 2015; ETENE 2004; Inkiläinen & Seppälä 2018.)

Kirjallisuuskatsauksen tuloksista nousi esiin samankaltaista tietoa, mitä pystyimme yleisellä tasolla aiemman tutkimustiedon perusteella olettamaan. Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että erityistasolla sairaanhoitajien suurin haaste oli koulutuksen puute (Flinkkilä 2019; Hautsalo 2013; Sekse ym. 2018; Fitch ym. 2016.) Sairaanhoitajat kokivat, että palliatiivisen ja saattohoidon peruskoulutuksen sisältö oli riittämätöntä (Flinkkilä 2019; Fitch ym. 2016). Samansuuntaisiin tuloksiin tulivat myös Lipponen & Karvinen (2015) tutkimuksessaan. Lipponen & Karvinen (2015) tutkimuksessa oli nostettu esille erityisesti nuorten hoitajien heikko osaaminen palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. Kirjallisuuskatsauksessa koulutusta kaivattiin lääkehoidosta ja kivunhoidosta sekä sen mittareista (Flinkkilä 2019; Hautsalo 2013), kuolevan potilaan fyysisistä oireista, voinnin muutoksen ennakkoinnista, palliatiivisesta sedaatiosta (Flinkkilä 2019), omaisten jälkihoidon järjestämisestä, erilaisista toimenpiteistä (Flinkkilä 2019; Hautsalo 2013), erilaisista sairauksista, kuten sydämen vajaatoiminnasta ja ALS:sta (Flinkkilä 2019), vuorovaikutustaidoista, potilaan ja omaisten kohtaamisesta (Flinkkilä 2019; Hautsalo 2013).

Koulutustarvetta kaivattiin myös moniammatillisesta yhteistyöstä eri toimijoiden kuten, kotihoiton, yliopistosairaalan, kipupoliklinikan ja saattohoitokodin välillä (Flinkkilä 2019). Työyhteisön välistä koulutusta kaivattiin lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan kesken (Flinkkilä 2019; Fitch ym. 2016), työyhteisön välisessä vuorovaikutuksessa (Flinkkilä 2019; Hautsalo 2013) sekä työssäjaksamiseen mm. omien voimavarojen ja tunteiden tunnistamiseen (Flinkkilä 2019). Koulutustarpeista kuvio liitteenä (Liite 4). Suomessa ei ole juurikaan tutkittu sairaanhoitajien haasteita erityistason palliatiivisessa hoitotyössä, jonka vuoksi tulosten vertailu oli haastavaa.

Kirjallisuuskatsauksen tuloksista nousi haasteita eniten esiin psykososiaalisessa tukemisessa sekä työyhteisössä ja organisaatiossa. Fitchin ym. (2016) tutkimuksessa kävi ilmi, että kuolemasta keskustelu koettiin haastavana hoitajien työkokemuksesta riippumatta. Flinkkilän (2019) mukaan sairaanhoitajilla oli haasteita löytää oikeita sanoja oikeaan aikaan. Sairaanhoitajat joutuvat keskustelemaan vaikeistakin asioista, kuten hoitojen lopettamisesta sekä elvyttämättäjäättämisspäätöksistä (Flinkkilä 2019). Vuorovaikutuksessa haasteina todettiin erityisesti dementiapotilaiden kanssa toimiminen (Davies ym. 2013). Potilaan ja läheisten kohtaaminen koettiin myös haasteellisenä. Sairaanhoitajat eivät tienneet miten toimia tietyissä tilanteissa ja mitä sanoa (Hautsalo 2013). Erityisen raskaina koettiin tilanteet, kun potilas tai omaiset olivat hyvin nuoria (Flinkkilä

2019; Hautsalo 2013) tai saman ikäisiä hoitajan kanssa (Hautsalo 2013; Fitch ym. 2016; Flinkkilä 2019) tai jos potilas ja perhe oli erimieltä hoidosta (Fitch ym. 2016).

Potilaan ja läheisten kohtaamiseen liittyviä haasteita on havaittu myös perustasolla eri saattohoitoyksiköissä. Lipposen & Karvisen (2015) tutkimuksessa hoitohenkilöstö koki epävarmuutta omaisten kohtaamisesta ja avun tarpeen luonteesta. Lisäksi heitä askarrutti ristiriidat potilaan ja omaisten välillä. (Lipponen & Karvinen 2015, 157.) Myös Mikolan (2019, 44) tutkimuksessa nostettiin esille potilaan ja omaisten välisten ristiriitojen tuottavan haasteita. Mikola (2019) on tutkinut sairaanhoitajien saattohoito-osaamista perustason saattohoitoyksikössä. Tutkimuksessa haastavana koettiin tilanteita, jossa omaisten ymmärrys potilaan voinnista oli epärealistinen (Mikola 2019, 44). Lehtisen (2018, 25) opinnäytetyössä kotisaattohoidon henkilökunta koki myös ristiriitatilanteet potilaan sekä omaisten välillä haastavana. Ristiriitoja saattoi aiheutua hoitolinjauksista tai lääkityksestä keskustelu.

Työyhteisössä ja organisaatiossa haasteina koettiin mm. moniammatillisuus eri toimijoiden kanssa. Sairaanhoitajat kokivat, että tiedonkulku katkeaa erityisesti perusterveydenhuollon ja erityissairaanhoidon välillä. (Davies ym. 2013; Valkonen 2020.) Eri palveluiden välinen viestintä on usein heikkoa, ja sen vuoksi puutteelliset tiedot potilaasta siirtyvät yksiköstä toiseen (Davies, ym. 2013). Työyhteisössä haasteeksi koettiin viestintä sairaanhoitajien, potilaan sekä lääkärin välillä. Kaikki hoitoon osallistuvat eivät ole ajantasalla potilaan hoidosta (Flinkkilä 2019; Fitch ym. 2016; Hautsalo 2013.) Lisäksi Hautsalon (2013) tutkimuksessa sairaanhoitajat nostivat haasteeksi vähäisen henkilöstömitoituksen sekä hoitajien vähäisen motivaation saattohoitotyöhön. Heikon motivaation omaavalta työkaverilta henkisen tuen saaminen on mahdotonta. Työssäjaksamisessa haasteina koettiin osaamisen puute. Osaamisen puute vaikuttaa työssäjaksamiseen, jonka vuoksi työ koettiin raskaaksi. (Davies, ym. 2013; Hautsalo 2013.) Sairaanhoitajat kokivat stressiä, moraalista ahdistusta ja myötätuntoväsymystä palliatiivisten potilaiden hoidossa (Fitch ym. 2016). Työhön liittyy jatkuvaa emotionaalista taakkaa ja siitä puhuminen on haastavaa (Fitch ym. 2016; Flinkkilä 2019.) Kiire toi haasteen palliatiivisen hoitotyön toteutuksessa ja se ei saanut välittyä potilaalle. Kiire vaikuttaa siten, että läsnäoloon jää liian vähän aikaa (Hautsalo 2013).

Organisaatiossa haasteeksi koettiin hoitoyön aloittaneiden nuorten määrän väheneminen sekä uusien sairaanhoitajien työssä säilyttämisen puute (Fitch ym. 2015). Sairaanhoitajien mielestä sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus vaikutti kykyyn tarjota hyvää palliatiivista hoitoa. Sairaanhoitajat kokivat, että syöpä asetettiin etusijalle, ja muut sairaudet jäivät takaa alalle. Dementiaa ei

tunnistettu palliatiivista hoitoa vaativaksi sairaudeksi vaan kalliiksi pitkäaikaishoidoksi. (Davies ym. 2013.)

Maailman terveysjärjestö WHO (2020) kertoo, että maailmalla palliatiivista hoitoa koskevaa koulutus on vähäistä tai sitä ei ole ollenkaan. WHO:n (2020) mukaan palliatiivista hoitoa tarvitsevista potilaista 39 %:lla on sydän- ja verisuonitauti. Vaikka maailmanlaajuisesti tiedostetaan, että sydänpotilaat tarvitsevat myös palliatiivista hoitoa, vain kourallinen heistä ohjataan palliatiivisen hoidon piiriin.

Kirjallisuuskatsauksesta haasteisiin löytyi myös ratkaisuja. Ratkaisut jaettiin kolmeen ryhmään, joita olivat: moniammatillisen yhteistyön kehittäminen, osaamisen kehittäminen sekä työyhteisön kehittäminen. Moniammatillisen yhteistyön kehittämiseksi sairaanhoitajat tarvitsevat yhdenmukaista koulutusta monialaisesta ympäristöstä. Esimerkiksi työkierto yliopistollisessa sairaalassa edistäisi sairaanhoitajien kliinistä osaamista, ja sitä kautta he saisivat varmuutta toimenpiteiden suorittamiseen. (Hautsalo 2013; Fitch ym. 2015.) Työkierron katsottiin lisäävän varmuutta toimia erityistason palliatiivisessa hoitotyössä (Hautsalo 2013). Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tiedonkulun ongelmaan on ratkaisuna alueellinen hoitoketjumalli erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä (Valkonen 2020). Vapaaehtoistyöntekijät olisivat suurena apuna palliatiivisessa hoitotyössä, jolloin hoitajien aikaa vapautuisi varsinaiseen hoitotyöhön (Hautsalo 2013). Osaamisen kehittämisen ratkaisuksi nostettiin erilaiset koulutustarpeet (Flinkkilä 2019; Hautsalo 2013; Sekse ym. 2018). Koulutustarpeista kuvio liitteenä. (Liite 4).

Työssäjaksamisessa työyhteisöllä on merkittävä rooli. Työyhteisön yhteisellä koulutuksella opittaisiin tunnistamaan toisten tunnetiloja ja reaktioita, sekä lisäämään avoimuutta työyhteisössä. Sen avulla yhtenäistetään käytäntöjä sekä ajatusmaailmaa. Yhdessä keskustelu antaa tukea vaikeissa asioissa. (Hautsalo 2013.) Yhteistä koulutusta koettiin tarvittavan myös lääkäreiden ja hoitajien kesken, jotta he ovat ajan tasalla potilaan hoidosta (Hautsalo 2013). Sairaanhoitajat kokivat työnohjauksen olevan tarpeellinen ja tärkeä työssäjaksamisen tukemisessa (Hautsalo 2013). Sosiaali- ja terveysministeriön (2019b, 176) mukaan erityistasolla työskenteleville palliatiivisen hoidon ammattilaisille tulisi taata tarpeenmukainen työnohjaus.

Sairaanhoitajat kokivat omaisten jälkihoidon opettavaiseksi. Hautsalon (2013) tutkimuksessa hoitajilla oli tapana järjestää kuolleen potilaan omaisille omaistenilta, jossa käydään läpi potilaan kulunutta hoitojaksoa. Omaistenillasta saatu palaute auttaa kehittämään hoitotyötä, joka parantaa työhyvinvointia. (Hautsalo 2013.) Kokonaisvaltaiseen palliatiiviseen hoitoon kuuluu läheisten huomioiminen ja tukeminen vielä potilaan kuolemankin jälkeen (Käypä hoito 2019).

## 6.2. Tutkimuksen eettisyys

Aineiston valinnassa ja käsittelyssä korostuu tutkimuseetiikan noudattaminen raportoinnin oikeudenmukaisuuden, tasavertaisuuden ja rehellisyyden kannalta. Eettisyys ja luotettavuus ovat si-  
doksissa toisiinsa. Tutkijan valintojen ja raportoinnin eettisyys korostuu kirjallisuuskatsauksen kai-  
kissa vaiheissa. (Kangasniemi ym. 2013, 298.)

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan, tieteellinen tutkimus tulee suorittaa hyvän tieteel-  
lisen käytännön periaatteiden mukaisesti, jotta tutkimus on eettisesti hyväksyttävä ja luettava.  
Tutkimuksen tulokset ovat näin ollen myös uskottavia. Hyvän tieteellisen käytännön toimintata-  
poja ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa, arvioin-  
nissa sekä esittämisessä. Näitä tutkimuksessa tulee noudattaa. (Tutkimuseettinen neuvottelu-  
kunta 2012, 6.)

Olemme toimineet opinnäytetyöprosessissa hyvän tieteellisen käytännön periaatteiden mukai-  
sesti. Olemme huomioineet eettisyyden jokaisessa opinnäytetyöprosessin vaiheessa. Valitsimme  
opinnäytetyön aiheen sen ajankohtaisuuden ja yhteiskunnallisen merkityksen vuoksi, ja peruste-  
lemme aiheen valinnan johdannossa. Haimme tutkimuslupaa Kainuun sotien ohjeiden ja käytän-  
teiden mukaisesti Kainuun keskussairaualalta. Aloitimme tutkimuksen, kun tutkimuslupa oli myön-  
netty. Olemme raportoineet aineistoista rehellisesti ja pyrkineet huolellisuuteen työn jokaisessa  
vaiheessa. Valitsimme kirjallisuuskatsaukseen tutkimuksia, joissa vastauksia oli saatu myös  
muulta hoitohenkilökunnalta kuten lähihoitajalta, perushoitajalta ja terveydenhoitajalta. Pää-  
dyimme tähän siksi, koska näissä tutkimuksissa (Flinkkilä 2019 & Hautsalo 2013) suurin osa tutki-  
mukseen vastaajista oli kuitenkin sairaanhoitajia. Jos muun hoitohenkilökunnan vastaajia olisi ol-  
lut enemmän, olisimme jättäneet nämä tutkimukset pois aineistostamme. Pidimme näissä tutki-  
muksissa muun osallistuvan henkilökunnan määrää niin pienenä, että pystyimme käyttämään näi-  
den tutkimuksen tuloksia aineistossamme. Toimme tämän esille myös opinnäytetyön tuloksissa  
luvussa 5. Tässä opinnäytetyössä olemme merkinneet käytetyt lähteet selkeästi ja huolellisesti.

## 6.3. Tutkimuksen luotettavuus

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta voidaan arvioida laadullisen tutkimuksen yleisillä  
luotettavuuskriteereillä, joita ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys.  
Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten luotettavuutta, sekä sen osoittamista

tutkimuksessa. Vahvistettavuudella tarkoitetaan tutkimusprosessin etenemistä siten, että prosessia pystyy seuraamaan toinen tutkija pääpiirteissään. Reflektiivisyydellä puolestaan tarkoitetaan sitä, että tutkijan tulisi olla tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen tuloksia pystytään siirtämään vastaaviin tilanteisiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–129.)

Arvioimme opinnäytetyömme luotettavuutta Kylmän & Juvakan (2007, 127–129) luotettavuuden kriteereiden mukaisesti. Uskottavuus näkyi työssämme esimerkiksi aiheen teoreettisessa perustelussa. Olemme pyrkineet perustelemaan tekemämme ratkaisut selkeästi ja rehellisesti. Käytimme kirjallisuuskatsauksessa vain nykyaikaisia sekä tieteellisiä julkaisuja. Valitsimme kirjallisuuskatsaukseen korkeintaan kymmenen vuotta vanhoja tutkimuksia, jotta teorian tieto olisi mahdollisimman ajantasaista ja sen myötä luotettavaa. Luotettavina lähteinä pidimme tieteellisiä julkaisuja. Arvioimme näissä tutkimuksen toteutustapaa, sisältöä sekä tuloksia. Huomioimme, että tutkimuksissa oli käytetty lähteitä asianmukaisesti sekä käytetyt lähteet olivat luotettavia. Aineistoon valikoitui arvioinnin jälkeen alkuperäistutkimuksia sekä yksi vertaisarvioitu meta-analyysi.

Huomioimme vahvistettavuuden myös jokaisessa opinnäytetyömme vaiheessa. Pyrimme kuvaamaan kattavasti ja huolellisesti jokaisen opinnäytetyömme vaiheen. Opinnäytetyömme luotettavuutta edistävänä tekijänä pidämme ryhmätyöskentelyä. Tietokantahaussa varmistimme, että jokainen ryhmänjäsen sai tietokannoista hakiessaan samat tulokset. Jokainen ryhmänjäsen luki valitut tutkimukset läpi. Tämän jälkeen kävimme keskustelua, että olihan kaikki ryhmänjäsenet ymmärtäneet aineistot samalla tavalla. Näin arvioimme valitut tutkimukset opinnäytetyöhömmme. Opinnäytetyössä ymmärsimme myös reflektiivisyyden. Olimme tietoisia omista lähtökohdistamme tutkimuksen tekijänä. Sen vuoksi luotettavuutta heikentävänä tekijänä pidämme kokemattomuuttamme, koska tämä opinnäytetyö oli meille ensimmäinen. Pyrimme ilmaisemaan tutkimuksen tulokset niin kattavasti, että ne ovat siirrettävissä vastaaviin tilanteisiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–129.)

Luotettavuuden kannalta on keskeistä, että tutkimuskysymys on esitelty selkeästi ja sen teoreettinen perustelu on eritelty. Luotettavuuden arvioinnissa keskeisintä on aineiston perusteiden kuvaus. Luotettavuus heikkenee, jos tutkijalla on aineiston valinnassa tiedostettu tai tiedostamaton tarkoitushakuisuus, mutta sitä ei ole raportoitu tai eritelty. Luotettavuutta voi heikentää myös analysoitujen tutkimuksien liittäminen liian ohuesti teoreettiseen taustaan. Johtopäätökset voivat heikentää luotettavuutta, jos tuotetusta tuloksesta esitetty kritiikki ja johtopäätökset eivät

ole yhdenmukaisia. Yksi rajoittava tekijä on, että väitteitä ei perustella riittävästi. (Kangasniemi ym. 2013, 298.)

Peilasimme opinnäytetyömme luotettavuutta myös Kangasniemen ym. (2013, 298) ilmaisemiin luotettavuutta koskeviin kriteereihin. Opinnäytetyössämme tutkimuskysymykset oli esitetty selkeästi. Perustelimme aiheen teoreettisesti monipuolisesti ja kattavasti. Toimme opinnäytetyössä ilmi aineiston valinnassa käytetyt mukaanotto- ja poissulkukriteerit (Taulukko 1) luvussa 4.2. Nämä kriteerit olivat rajaamassa aihetta niin, että löysimme tietokannoista juuri meidän tutkimuskysymyksiimme vastaavat tutkimukset. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit osaltaan heikentävät kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. Poissulkukriteerit sulkivat maksulliset sekä muualla kuin verkossa saatavilla olevat tutkimukset aineistostamme. Nämä tulevat selkeästi ilmi Taulukossa 1. Olemme esitelleet tutkimuksen tulokset sekä johtopäätökset selkeästi ja yhdenmukaisesti. Opinnäytetyössä esitetyt väitteet olemme pyrkineet perustelemaan kattavasti.

## 7. Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla kuvasimme sairaanhoitajien haasteita erityistason palliatiivisessa hoitotyössä. Saatujen tutkimustulosten perusteella sairaanhoitajilla on monenlaisia haasteita erityistason palliatiivisessa hoitotyössä. Suurimmaksi haasteeksi osoittautui koulutuksen puute.

Johtopäätöksemme tutkimuksen tuloksia tarkastellessa on, että sairaanhoitajilla ei ole riittävää osaamista toteuttaa palliatiivista hoitotyötä erityistasolla. Haasteiksi nousi erityisesti koulutuksen puute kliinisessä hoitotyössä, psykososiaalisessa tukemisessa, sekä työyhteisön ja työn organisoinnissa. Tämä selittyy sillä, että sairaanhoitajakoulutuksessa ei ole ollut riittävästi palliatiivista hoitoa käsitteleviä kursseja, sillä heidän peruskoulutuksensa on todettu riittämättömäksi (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017; Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019a; Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019b; Edupal 2019). Sen vuoksi tarvittavaa osaamista ei ole ollut, joka on lisännyt sairaanhoitajien työn kuormaa. Sairaanhoitajat tarvitsevat runsaasti lisäkoulutusta palliatiivisen hoitotyön toteuttamisesta.

Jatkotutkimusaiheina voisi ajatella perustason tai vaativan erityistason palliatiivisen hoitotyön haasteiden tutkimisen. Tasot ovat vaativuudeltaan erilaiset, joka voi tuoda omat haasteensa palliatiiviseen hoitotyöhön. Toisena jatkotutkimusaiheena ajattelimme sairaanhoitajien osaamisen kehittymistä. Edupal (2020) on julkaissut sairaanhoitajakoulutuksen uuden koulutussuunnitelmasuosituksen. Olisi mielenkiintoista tietää, miten sairaanhoitajien osaaminen lisääntyy uuden koulutussuunnitelma-suosituksen myötä.

### 7.1. Ammatillisen osaamisen kehittyminen

Yleissairaanhoidosta vastaavan sairaanhoitajan (180op) ammatillinen osaamisvaatimus koostuu kolmestatoista osaamisvaatimuksesta, joita ovat: ammatillisuus ja eettisyys, asiakaslähtöisyys, kommunikointi ja moniammatillisuus, terveyden edistäminen, johtaminen ja työntekijyysosaaminen, informaatioteknologia ja kirjaaminen, ohjaus- ja opetusosaaminen sekä omahoidon tukeminen, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta, tutkimustiedon hyödyntäminen ja päätöksenteko, yrittäjäyys ja kehittäminen, laadun varmistus, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä sekä potilas- ja asiakasturvallisuus. (Savonia 2020.)



Opinnäytetyöprosessissa korostui erityisesti kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta sekä ammatillisuus ja eettisyys. Kliinisen hoitotyön osaamisemme vahvistui. Opinnäytetyön tekeminen on antanut kattavasti tietoa opinnäytetyön aiheesta eli palliatiivisesta hoitotyöstä, sairaanhoitajien osaamisesta sekä haasteista. Olemme oppineet, mikä palliatiivisen hoidon nykytila on Suomessa, mitä uudistuksia on tullut ja missä vielä on kehitettävää. Ymmärrämme, mitä palliatiivisen hoidon eri tasoilla työskentelevältä sairaanhoitajalta vaaditaan. Nämä ovat lisänneet omaa osaamistamme palliatiivisesta hoitotyöstä. Uskomme, että tästä tiedosta on hyötyä tulevassa työssä. Opinnäytetyöprosessi on kasvattanut ammatillista osaamista sekä kehittänyt tiedonhankutaitojamme. Olemme tarkastelleet opinnäytetyössämme palliatiivista hoitoa hyvin laajasti, joten olemme saaneet ajantasaisimman tiedon, jota voimme hyödyntää tulevaisuudessa. Opinnäytetyömme on antanut meille uutta tietoa palliatiivisesta ja saattohoidosta. Olemme kehittäneet ammatillisesti osaamistamme, ja pystymme tulevaisuudessa toteuttamaan palliatiivista hoitotyötä paremmin, ottaen huomioon potilaan ja hänen omaistensa tarpeet.

Näyttöön perustuva toiminta näkyi työssämme mm. ajankohtaisten tietolähteiden etsimisessä ja käyttämisessä. Olemme etsineet ajankohtaisinta ja luotettavaa tutkimustietoa, jota olemme ryhmässä arvioineet. Olemme oppineet hakemaan tietoa luotettavista tietokannoista. Tiedonhaussa olemme ottaneet huomioon kriittisyyden arvioidessamme julkaisuja. Sairaanhoitajana meidän tulee osata hakea näyttöön perustuvaa tietoa luotettavista lähteistä, ja osata toimia näyttöön perustuvasti.

Opinnäytetyön prosessissa olemme oppineet toimimaan työelämälähtöisesti, jossa huomioimme toimeksiantajan toiveet. Yhteydenpitoa olemme pitäneet tarpeen vaatiessa. Opinnäytetyö on vaatinut tekijöiltä suunnitelmallisuutta ja vastuullisuutta. Aikataulujen yhteensovittaminen on ollut suurena haasteena, mutta olemme edenneet opinnäytetyössä aikataulussa. Olemme saaneet yhteensovitettua opinnäytetyön tekemisen koulutuksen muiden kurssien, tehtävien, työharjoittelujen sekä vapaa-ajan kanssa.

Opinnäytetyössä myös ammatillisuus ja eettisyys osaamisemme on kehittynyt. Opinnäytetyöprosessissa olemme kehittäneet asiantuntijuuttamme sekä ammatillisuuttamme. Asiantuntijuus on kehittynyt koko opinnäytetyön prosessin ajalta. Kirjallisuuskatsaus oli menetelmänä meille aivan uusi, joka opetti meitä arvioimaan löydettyä tutkimustietoa kriittisesti sekä arvioimaan tutkimustiedon luotettavuutta. Tietokantahauissa pääsimme alkuun koulumme informaation avulla, joka ohjeisti meitä, miten tietokantahakuja tehdään. Tietokantahakuja tehdessä ymmärsimme, miten

pitkäjänteistä, tarkkaa sekä johdonmukaista työtä tietokantahakujen tekeminen on. Järjestelmällinen eteneminen sekä tarkka dokumentointi löytämästämme tutkimustiedosta auttoi meitä etenemään työssämme. Olemme arvioineet ja dokumentoineet toimintaamme koko prosessin ajan. Opinnäytetyöprosessin aikana myös itsensä johtaminen ja tiimityötaitomme ovat kehittyneet, sillä se toteutettiin yhdessä työelämän, ohjaavan opettajan sekä informaation kanssa.

## Lähteet

- Baumeister, Roy F. & Mark R. Leary (1997). *Writing Narrative Literature Reviews*. *Review of General Psychology* 1(3), 312. <https://psychology.yale.edu/sites/default/files/baumeister-leary.pdf>
- Davies, N., Maio, L., Van Riet Paap, J., Mariani, E., Jaspers, B., Sommerbakk, R., Grammatico, D., Manthorpe, J., Ahmedzai, S., Vernooij-Dassen, M. & Iliffe, S. (2013). Quality palliative care for cancer and dementia in five European countries: some common challenges. DOI: [10.1080/13607863.2013.843157](https://doi.org/10.1080/13607863.2013.843157)
- EduPal (2019). *Palliatiivisen koulutuksen kehittäminen*. Saatavilla 5.1.20. <https://www.palliatiivisenkoulutuksenkehittaminen.fi/organisaatio/>
- EduPal (2020). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaaminen sairaanhoitajan tutkinnossa. Saatavilla 17.10.2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-7219-56-0>
- Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M., & Moisio, E-L. (2015). *Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen*. Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus- hanke. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto, Suomen sairaanhoitajaliitto ry ja kirjoittajat. 35–47. Saatavilla 10.1.2020. <https://www.epressi.com/media/userfiles/15014/1442254031/loppuraportti-sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>
- ETENE, (2004). *Saattohoito - Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio*, työryhmäraportti 2004, 6. Saatavilla 3.1.2020. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504226028>
- ETENE, (2004). Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa – valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta, Julkaisu 2004, 13–36. Saatavilla 23.02.2020. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504227095>
- Fitch, MI., DasGupta, T. & Ford, B. (2016). Achieving Excellence in Palliative Care: Perspectives of Health Care Professionals. Saatavilla 14.10.2020. DOI: [10.4103/2347-5625.164999](https://doi.org/10.4103/2347-5625.164999)
- Fitch, MI., Fliedner, MC. & O'Connor, M. (2015). Nursing perspectives on palliative care. Saatavilla 14.10.2020. DOI: [10.3978/j.issn.2224-5820.2015.07.04](https://doi.org/10.3978/j.issn.2224-5820.2015.07.04)

- Flinkkilä, M-L. (2019). Hoitajien kokemuksia osaamisesta, koulutuksesta ja koulutustarpeesta erityistason saattohoidossa. Pro gradu -tutkielma. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20190995>
- Hammar, T., Leppäaho, S., Toikka, I., Kylänen, M. & Heikkilä, R. (2018). *Kunnat ovat varautuneet palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämiseen – erityisosaamista tarvitaan kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon tueksi*. Tutkimuksesta tiiviisti 36/2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-216-1>
- Hautsalo, P. (2013). SAIRAANHOITAJIEN KOKEMUKSIA TYÖSKENTELYSTÄ JA HOITOTYÖN KEHITTÄMISESTÄ SAATTOHOITO-OSASTOLLA. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013110816761>
- Hänninen, J. & Anttonen, M-S. (2008). Saattohoitopäätös ja hoitolinjauksen merkitys potilaan hoidossa. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M-S., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.) *Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito*. (25–26). Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki.
- Inkiläinen, N. & Seppälä, N. (2018). Palliatiivinen hoito ja saattohoito sairaanhoitajien kokemana kouvolan alueella. AMK-opinnäytetyö. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu. Saatavilla 23.02.2020. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201805076818>
- Kainuun Sote. (n.d.) Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Saatavilla 22.2.2019. <https://sote.kainuu.fi/palliatiivinen-hoito-ja-saattohoito>
- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. (2013). *Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon*. Hoitotiede 25, 291–301.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen- Julkunen, K. (2013). Tutkimus hoitotieteessä. (167). Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kuosmanen, L. (2018). Sairaanhoitajalta edellytetty osaaminen erityistason palliatiivisessa hoidossa. YAMK. Metropolia Ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2018092415353>
- Kylmä, J. & Juvakka, T. (2007). *Laadullinen terveystutkimus*. (116–119). Helsinki: Edita Prima Oy.
- Käypä hoito -suositus (2019). *Palliatiivinen hoito ja saattohoito*. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 26.11.2019. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>

Lehto, J., Marjamäki, E. & Saarto, T. (2019). *Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma*. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 135(4), 335-42.

Lehtinen, V-M. (2018). Keskeisimmät haasteet kotisaattohoidossa kotisairaalan sairaanhoitajien näkökulmasta. Centria-ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2018111617276>

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

Mikola, T. (2019). ”Saattohoito on matka, matka potilaan kanssa, mutta myös matka omaan itseen”. Saattohoito-osaaminen kotisairaalassa sairaanhoitajan kokemana. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. YAMK. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2019060615234>

Pihlainen, A. (2010). *Hyvä saattohoito Suomessa*. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3033-9>

Sekse, R.J.T., Hunskaar, I. & Ellingsen, S., (2018). *The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis* <https://doi.org/10.1111/jocn.13912>

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

Saarto, T., Finne-Soveri, H. & asiantuntijatyöryhmä. (2019b). *Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa*. Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68. Saatavilla 5.1.20. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4126-7>

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

Saarto, T. & Lehto, J. (2019). *Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Suomessa – Kolmiportainen malli*. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 135(6), 535-41

Saarto, T. (2018). 1.10 Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A(toim.) *Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt*. (8). Helsinki: Duodecim.

Saarto, T. (2015). 29.1 Palliatiivisen hoidon asema suomessa. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A(toim.) *Palliatiivinen hoito*. (24). Helsinki: Duodecim.

Salminen, A. (2011). *Mikä kirjallisuuskatsaus?*. Saatavilla 28.1.2020.

[https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)

Savonia (2020). Yleissairaanhoitajan osaamisvaatimukset ja sisällöt. Saatavilla 29.01.2020.

<https://blogi.savonia.fi/ylesharviointi/2019/01/31/yleissairaanhoitajan-180-op-osaamisvaatimuslauseet-ja-sisallot-julkaistu/>

Surakka, T., Mattila, K-P., Åstendt-Kurki, P., Kylmä, J. & Kaunonen, M. (2015). *Palliatiivinen hoitotyö*. (8-11). Keuruu.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (2016). *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. (26–27) Turku: Juvenes Print.

Tasmuth, T., Poukka, P. & Pöyhiä, R. *Milloin saattohoito alkaa?* Saatavilla 20.1.2020.

[http://www.finnanest.fi/files/tasmuth\\_milloin.pdf](http://www.finnanest.fi/files/tasmuth_milloin.pdf)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2019a). Hoidon kehittäminen, tutkimus ja koulutus. Saatavilla 7.1.2020. <https://thl.fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/hoidon-kehittaminen-tutkimus-ja-koulutus>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2019b). Mitä on palliatiivinen hoito. Saatavilla 20.1.2020.

<https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/mita-on-palliatiivinen-hoito>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2019c). Lait ja suositukset koskien elämän loppuvaiheen hoitoa. Saatavilla 7.1.2020. <https://thl.fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/lait-ja-suositukset-koskien-elaman-loppuvaiheen-hoitoa>

Terveyskylä (2019). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Saatavilla

<https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palvelut/palliatiivisen-hoidon-ja-saattohoidon-jarjestaminen>

Tilastokeskus (2019). 1. *Kuolemansyyt 2018*. Saatavilla 29.12.2019.

[http://www.stat.fi/til/ksyyt/2018/ksyyt\\_2018\\_2019-12-16\\_kat\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2018/ksyyt_2018_2019-12-16_kat_001_fi.html)

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009). Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. (103). Gummerus kirjapaino Oy: Jyväskylä.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2012). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. Saatavilla 28.1.2020. [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Valkonen, T. (2020). Palliatiivisen sydänpotilaan hoitoketju erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. YAMK. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202004215501>

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

World Health Organization (2020). *Palliative care*. Saatavilla 12.10.2020. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

## Liitteet

Liite 1. Käytetyt tietokannat, hakusanat, tulokset sekä valitut tutkimukset

Tietokanta ja käytetyt hakusanat	Osumat	Otsikon ja abstraktin perusteella tarkempaan tarkasteluun valitut tutkimukset	Opinnäytetyöhön hyväksytyt tutkimukset
<b>MEDIC</b>			
Palliativ* haasteet* erikois* sairaanhoitaja* erityis* erikoistaso*  → Rajaukset: verkossa saatavilla, koko teksti, vuodet 2010 - 2020	3471	10	1
Hospice and palliative care* nursing* education*  → Rajaukset: verkossa saatavilla, koko teksti, vuodet 2010 – 2020	256	0	0
<b>FINNA</b>			
palliativinen hoito*, erikoissairaanhoito* AND palliativinen hoi*, erikoissairaanhoito, palliat* hoit* erikoissairaan*, palliative care challenge*, sairaanhoi* kehittämi* palliativ*, erityistaso  → rajaukset: verkossa saatavilla, vuodet 2010-2020, Ylempi AMK, Pro gradut, Väitöskirjat, lisensiaatintyö ja muut tutkimusjulkaisut.	464	32	1
Palliative care*, palliativinen hoi* AND erikoissairaanhoi* AND haaste*, palliative nursing* care*  → rajaukset: verkossa saatavilla, vuodet 2010-2020, Ylempi AMK, Pro gradut, Väitöskirjat, lisensiaatintyö ja muut tutkimusjulkaisut.	73	8	0



Tietokanta ja käytetyt hakusanat	Osumat	Otsikon ja abstraktin perusteella tarkempaan tarkasteluun valitut tutkimukset	Opinnäytetyöhön hyväksytyt tutkimukset
<b>THESEUS</b>			
b-tason palliatiivinen hoito  → rajaukset: Ylempi AMK-opinnäytetyö	60	10	1
<b>PUBMED</b>			
palliative care in special health care AND challenges, nurse* challenge* palliativ* care*, palliative care*  → rajaukset: free full text, 2010-2020,	246	6	4
end of life care challenges, nurses challenges in palliative care, Nurse* challenges OR difficulties AND special palliative care  → rajaukset: free full text, 2010-2020,	472	1	0
<b>CINAHL</b>			
palliative care OR end of life care AND specialized OR intermediate OR secondary OR general  → rajaukset: 2010-2020, Full Text	797	2	0
palliative care AND nursing AND challenges OR Difficulties OR barriers:  → rajaukset: 2010-2020, Full Text	289	5	0

## Liite 2. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

Tekijä(t), lähde,	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto	Menetelmä	Päätulokset
<i>Flinkkilä 2019. Hoitajien kokemuk- sia osaamisesta, kou- lutuksesta ja koulu- tustarpeesta erityis- tason saattohoi- dossa.</i>	Tutkielman tarkoi- tuksena on kuvata osaamista erityista- son (B) palliatiivi- sessä hoidossa ja saattohoidossa työskentelevien hoitajien koke- mana. Tarkoituk- sena on lisäksi ku- vata, millaista kou- lutusta erityistason palliatiivisessa hoi- dossa ja saattohoi- dossa työskentele- vät hoitajat ovat saaneet ja mistä ai- healueista he koke- vat tarvitsevansa li- säkoulutusta.	15 hoitajaa erityis- tason saattohoidon osastolta ja kotisai- raalasta. Näistä 12 on sairaanhoitajia, 1 terveydenhoitaja, 1 lähihoitaja ja 1 perushoitaja.	Laadullinen tutkimus. Puhelinhaas- tattelu	Tuloksissa tuli esille, että osaaminen saattohoidon erityistasolla on laaja-alaista ja pitää sisällään hoito-, vuorovaikutus-, ammatil- lista- ja organisointi ja oh- jausosaamista. Hoitajien koulutustarpeet kohdistuu samansuuntaisiin kokonai- suuksiin, kuten kliininen osaaminen, elämän loppu- vaiheen hoidon järjestämi- nen, vuorovaikutus poti- laan, läheisten ja ammatti- henkilöiden välillä, oman ammatillisuuden kehittämi- nen ja työssä jaksamisen ar- viointi.
<i>Hautsalo 2013 Sairaanhoitajien ko- kemuksia työskente- lystä ja hoitotyön ke- hittämisestä saatto- hoito-osastolla.</i>	Tutkimuksen tarkoi- tuksena oli selvit- tää, millaisia koke- muksia sairaanhoi- tajilla on tullut työskentelystä saat- tohoitoyksikössä ja hoitotyön kehittä- misessä siellä.	Haastatteluun osal- listuivat 6 sairaan- hoitajaa ja 1 lähi- hoitaja. Haastatteluhetkellä yksi sairaanhoitaja ei pystynyt osallis- tumaan, jonka vuoksi lähihoitaja osallistui tutkimuk- seen.	Laadullinen tutkimus. Teemahaas- tattelu.	Tuloksissa tuli esille sairaan- hoitajien lisäkoulutuksen tarve. Lisäkoulutusta tarvi- taan kuolevan potilaan hoi- toon ja omaisten kohtaami- seen, kivun hoitoon, arvi- ointiin ja mittaamiseen. Kliinisisä taidoissa tuli esiin puutteita, kuten erilaisten lääkeannostelijoiden ja dreenien hoidossa.
<i>Sekse ym. 2018. The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-syn- thesis</i>	Tutkimuksen tarkoi- tuksena oli tutkia sairaanhoitajien ku- vaamia rooleja pal- liatiivisen hoidon tarjoamisessa.	Tietokantahaut, vertaisarvioidut 28 valittua artikkelia sairaanhoitajista analysoitiin tee- moittain.	Laadullinen kirjallisuus- katsaus	Katsauksessa tuodaan ilmi, jotta sairaanhoitajat pystyi- sivät antamaan yksilöllistä kokonaisvaltaista palliatiiv- ista hoitoa potilaille, tulee hoitajilla olla tietoa myös perushoidosta. Sairaanhoi- tajat tarvitsevat tietoa sekä ohjausta ja tukea voidak- seen täyttää sairaanhoitajan roolinsa. Erityisesti perus- hoito ja koordinointi on asi- oita, joita koulutuksessa tu- lisi harjoitella.

*Valkonen 2020  
Palliativisen sydän-  
potilaan hoitoketju  
erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. YAMK*

Tarkoituksena oli selvittää palliativisen sydänpotilaan alueellisen hoitoketjun nykytilanne, tarkastella muiden erikoissairaanhoidopiirien ja perusterveydenhuollon yhdyspinnan palliativisen sydänpotilaan hoitoketjuja sekä laatia oheisiin hoitoketjuihin ja suositukseen perustuva palliativisen sydänpotilaan alueellinen hoitoketjun malli erikoissairaanhoidopiirin ja perusterveydenhuollon yhdyspinnalle.

Lähdeaineistoja, kirjallisuutta sekä kansainvälisten tieteellisten lehtien julkaistuja tutkimusartikkeleita.

Kirjallisuuskatsaus

Salon kaupungissa on huomattu haasteena palliativisessa hoidossa erikoissairaanhoidon puolella olevan potilaan siirtyminen perusterveydenhuollon puolelle. Hoitajat kokivat, että tiedonkulku katkeaa erikoissairaanhoidopiirin ja perusterveydenhuollon välillä.

*Davies ym. 2013  
Quality palliative  
care for cancer and  
dementia in five European countries:  
some common challenges*

Tässä artikkelissa tarkastellaan joitain yleisiä haasteita, joita ammattilaiset kohtaavat palliativista hoitoa joko syöpää tai dementiaa sairastaville potilaille viidessä maassa.

67 haastattelua tehtiin viidessä maassa: Englannissa, Saksassa, Italiassa, Alankomaissa ja Norjassa

Laadullinen tutkimus, haastattelu

Haastattelut paljastivat viisi yhteistä haastetta viidessä maassa: viestintävaikeudet (palvelujen välillä sekä ammattilaisten ja potilaiden ja heidän perheidensä välillä); palvelujen rakenteellisen / toiminnallisen integraation vaihteleva laajuus; vaikeudet palliativisen hoidon rahoittamisessa; ongelmalliset hoitoprosessit (rajat, määritelmät, tiedot, taidot ja osallisuus) ja lopuksi aikarajoitukset.

*Fitch ym. 2016  
Achieving Excellence  
in Palliative Care:  
Perspectives of  
Health Care Professionals*

Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia, miten hoitohenkilökuntaa voisi tukea ja millaisia haasteita sairaanhoitajilla oli elämää rajoittavien sairauksien ja heidän perheidensä hoidossa.

Quality Dying Initiative tutkimus, johon osallistui sairaanhoitajia, syöpähoitajia ja sädehoitoterapeutteja.

Laadullinen tutkimus. Haastattelu

Tuloksia tarkasteltiin neljää eri tutkimustulosta. Tutkimuksessa haasteiksi nousivat keskustelemisen vaikeus kuolemasta. Palliativinen hoito koettiin raskaaksi, haastavaksi ja stressaavaksi. Tutkimuksessa tuodaan esille myös koulutuksen puute ja sen tarve.

*Fitch ym. 2015  
Nursing perspectives  
on palliative care*

<p>Artikkelissa hahmotetaan hoitotyön näkökulmat varhaisen palliativisen hoidon suhteen, korostetaan sairaanhoitajien roolia prosessissa, sekä tunnistetut haasteet ja esteet, jotka estävät palliativisen hoidon toteuttamisen ja mahdolliset ratkaisut niihin.</p>	<p>Bloombergin hoitotieteellinen tiedekunta, Toronton yliopisto, Toronto, Kanada,</p> <p>Onkologia / palliativinen hoito apulaisjohtaja, palliativisen hoidon yliopistokeskus, Inselspital, Bern, Sveitsi,</p> <p>Hoito ja kättilökoulu Monash University, Frankston, Victoria, Australia.</p>		<p>Tutkimuksessa tuodaan esille sairaanhoitajan roolia palliativisessa hoidossa, sairaanhoitajien koulutusta ja puutteita. Tulevaisuuden rooleja sairaanhoitajille. Haasteet ja esteet palliativisen hoidon huippuosaamiselle, sekä hoitotyön aloitteita palliativisen hoidon edistämiseksi.</p>
--	--	--	--

## Liite 3. Induktiivinen sisällönanalyysi

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<b>"Työtä tehdessä on myös huomattu, miten paljon osaamisessa on puutteita ja silloin työ on tuntunut raskaalta." (Hautsalo 2013).</b>	Osaamisen puute tuntuu raskaalta	henkinen kuormitus	Työssä jaksaminen	Työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet
<b>"Uusia asioita on tullut hyvin paljon ja on jouduttu ottamaan asioista selvää. On tullut hätä siitä mitä kaikkea pitäisi osata ja miten nopeasti." (Hautsalo 2013.)</b>	Uudet asiat luovat haasteen mitä pitäisi osata ja miten nopeasti	henkinen kuormitus	Työssä jaksaminen	Työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet
<b>"Omaisten illan kielteinen palaute koettiin raskaana ja sillä on vaikutusta työhön jälkeensä." (Hautsalo 2013).</b>	Kielteinen palaute vaikuttaa työhön jälkeensä	henkinen kuormitus	Työssä jaksaminen	Työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet
<b>"Välillä koettiin omaisten kohtaamisessa neuvottomuutta, ei ole oikein tiedetty, miten tulisi toimia missäkin tilanteessa ja mitä sanoa." (Hautsalo 2013).</b>	Kohtaaminen omaisten kanssa aiheuttaa ajoittain neuvottomuutta, kun ei tiedä, miten pitäisi toimia tai mitä sanoa.	Kuolevan hoitoon liittyvät raskaat tilanteet	Potilaan ja läheisten kohtaaminen	Psykososiaalisen tukemisen haasteet
<b>"Työ on hyvin vaativaa ja päivät ovat hyvin erilaisia, kuolema on jatkuvasti läsnä." (Hautsalo 2013).</b>	Työ on vaativaa, kuolema on jatkuvasti läsnä.	Henkinen kuormitus	Työssä jaksaminen	Työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet
<b>Hoitosuhteet jäivät välillä lyhyiksi, ja se aiheutti hoitajille tunteet, etteivät kerinneet paneutua riittävästi potilaan asioihin eivätkä olla omaisten tukena. Potilaan yksilöllisiä tarpeita ei myöskään huomioitu riittävästi. (Hautsalo 2013.)</b>	Välillä potilaiden hoitosuhteet jäivät lyhyeksi. Lyhyet hoitosuhteet aiheuttivat hoitajille tunteen, etteivät he kerenneet syventyä potilaan asioihin tarpeeksi eivätkä tukea riittävästi omaisia.	Lyhyet hoitosuhteet	Potilaan ja läheisten kohtaaminen	Psykososiaalisen tukemisen haasteet
<b>Haavanhoito osoittautui hoitajien kuvauksissa osaamista vaativaksi hoitotyön alueeksi. Palliatiivisessa hoidossa tai saattohoidossa olevilla potilailla kuvattiin olevan painehaavoja, säärihaavoja, kasvainten ihosta läpi työntyviä haavoja ja leikkaushaavoja. Haavojen erilaiset hoitomuodot tuli tietää ja haavanhoidon tavoitteena pidettiin esimerkiksi haavojen eritteen vähentymistä sekä sen tuottaman hajun minimoimista. Hoidossa tuli huomioida potilaan kivunhoito, haavahoidon tarpeen arviointi ja</b>	Haavanhoito osoittautui hoitajien kuvauksissa osaamista vaativaksi hoitotyön alueeksi	Haavanhoito	Erilaiset hoitoimenpiteet	Kliinisen hoitotyön haasteet

sen toteuttaminen kivun sallimissa rajoissa. (Flinkkilä 2019.)				
<p>Hoitajan tuli osata varautua potilaan voinnin muutoksiin ja ennakoita niitä. Varautumisella tarkoitettiin esimerkiksi tilannetta, jossa kotisairaalan hoitaja meni kotiin suorittamaan toimenpiteen, jota ei ollut aikaisemmin tehnyt. Tällöin hänen täytyi varautua toimenpiteeseen huolella, jotta osasi sen suorittaa. Ennakoinnilla hoitajat tarkoittivat esimerkiksi tilannetta, jossa heidän tuli osata pyytää potilaan hoitavalta lääkäriltä lääkkeitä viikonlopun varalle. Hoitajat kokivat, että kuolevan potilaan lääkehoitoa oli ajoittain haastavaa suorittaa päivystävän lääkärin kanssa. Ennakoinnilla valmistauduttiin esimerkiksi potilaan heikkenevään vointiin ja sen tuomiin uusiin oireisiin, kuten limaisuuden lisääntymiseen. (Flinkkilä 2019.)</p>	<p>Hoitajan tuli osata varautua potilaan voinnin muutoksiin ja ennakoita niitä.</p>	<p>Varautuminen ja ennakointi</p>	<p>Erilaiset hoitotoimenpiteet</p>	<p>Kliinisen hoitotyönhaasteet</p>
<p>”Oma työ tuli osata organisoida tavalla, ettei potilaille tai läheisille välittynyt tunne, että hoitajalla oli kiire. Hoitajalla tuli olla aikaa istua potilaan vierellä tekemättä mitään hoitotoimia. Hoitajat kokivat, että kiireettömyyden tunne tuli säilyttää vuorovaikutuksessa, vaikka olisi kuormittunut muista työtehtävistä.” (Flinkkilä 2019.)</p>	<p>Omaa työtä organisoimalla oikein kiire ei välity potilaalle tai läheisille. Hoitajalla tulee olla aikaa istua potilaan vierellä. Kiireettömyyden tunne tulee säilyttää vuorovaikutuksessa, vaikka olisi kuormittunut muista työtehtävistä.</p>	<p>Kiire</p>	<p>Työssä jaksaminen</p>	<p>Työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet</p>
<p>”Kaivattiin koulutusta, joka auttaa omien tunteiden ja voimavarojen tunnistamisessa ja jonka kautta niihin voi saada tukea.” (Flinkkilä 2019).</p>	<p>Omien tunteiden ja voimavarojen tunnistamiseen tarvitaan koulutusta</p>	<p>Kuolema on jatkuvasti läsnä</p>	<p>Työssä jaksaminen</p>	<p>Työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet</p>
<p>”Omaisten tukemisessa tarvitaan vielä lisää koulutusta.” (Hautsalo 2013).</p> <p>Vuorovaikutus potilaan, perheen ja hoitajan välillä koettiin merkittävänä koulutustarvekokonaisuutena. Potilaan ja perheen psykososiaalinen, henkinen ja psyykinen tuki nousi esille. Tukea haluttiin tarjota niin potilaalle kuin hänen läheisilleen. (Flinkkilä 2019.)</p>	<p>Omaisten tukemisessa tarvitaan koulutusta.</p> <p>Vuorovaikutuksessa potilaan, perheen ja hoitajan välillä tarvitaan koulutusta.</p> <p>Psykososiaalinen, henkinen ja psyykinen tuki potilaalle ja perheelle.</p>	<p>Kuolevan hoitoon liittyvät raskaat tilanteet</p> <p>Vuorovaikutustaidot</p> <p>Potilaan ja läheisen ohjaus sairauden luonteesta</p>	<p>Potilaan ja läheisten kohtaaminen</p> <p>Vuorovaikutus</p> <p>Erilaisetsairaudet ja niiden oireenmukainen hoito</p>	<p>Psykososiaalisen tukemisen haasteet</p> <p>Kliinisen hoitotyönhaasteet</p>

<p>Sairauden kulkuun ja potilaan sekä läheisen ohjaamiseen sairauden luonteesta kaivattiin enemmän koulutusta. (Flinkkilä 2019).</p>				
<p>”Kliinisiä taitoja kuten erilaisten dreerien hoitoa ja niiden kautta tapahtuvaa lääkitystä ja ravitsemusta, kipupumppujen hoitoa, trakeostomian hoitoa eli yleensä kaikkeen tällaiseen erikoiseen hoitoon liittyvää koulutusta.” (Hautsalo 2013.)</p> <p>” Uusien tai itselle vieraampien hoitovälineistön hallitsemiseen kaivattiin koulutusta, esimerkiksi erilaiset dreerit ja epiduraalisen lääkeinfuusion käyttö. ” (Flinkkilä 2019).</p> <p>”Hoitajat kokivat tarvitsevansa tietojen päivittämistä erilaisista etenevistä sairauksista. Myös harvinaisempaa amyotrofista lateraaliskleroosia (ALS) sairastavien potilaiden perushoitoon, lääkehoitoon ja hengenahdistuksen lievittämiseen kaivattiin lisää koulutusta.” (Flinkkilä 2019.)</p> <p>Kaivattiin tietoa erilaisista syövästä ja niiden ennusteista.</p> <p>”Hoitajat kaipasivat lisäkoulutusta sairauksista, joihin liittyy pahenemisvaiheita, ja jonain kertana se tulee johtamaan kuolemaan, kuten sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan kohdalla” (Flinkkilä 2019.)</p>	<p>Kliinisiin taitoihin tarvitaan koulutusta.</p> <p>Dreerien hoito, niiden kautta lääkitys ja ravitsemus, kipupumppuhoito, trakeostomian hoitoon tarvitaan koulutusta.</p> <p>Hoitovälineistöön kuten dreerit ja epiduraalisen lääkeinfuusion käyttöön tarvitaan koulutusta.</p> <p>Erilaisista etenevistä sairauksista, ALS:n perushoito, lääkehoito, hengenahdistuksen lievittäminen koulutusta.</p> <p>Koulutusta tarvittiin erilaisista syövästä ja niiden ennusteista.</p> <p>Sairauksista, joihin liittyy pahenemisvaiheita, kuten sydämen vajaatoiminta, kaivattiin koulutusta.</p>	<p>Harvoin suoritetut toimenpiteet</p> <p>Vieraamman hoitovälineistön käyttö</p> <p>Erilaiset sairaudet, niiden eteneminen ja hoito</p>	<p>Erilaiset hoitotoimenpiteet</p> <p>Erilaiset sairaudet ja niiden oireenmukainen hoito</p>	<p>Kliinisen hoitotyön haasteet</p>
<p>”Osastolla olevat sydänpotilaat ovat monisairaita ja tämän vuoksi hoito haasteellista. Yhteneväiset hoito-ohjeet puuttuvat ja osastolla ei ole sydänsairauksiin erikoistuneita hoitajia.”(Valkonen 2020.)</p> <p>”Sydänpotilaan kotiutuessa sairaalasta on hänellä jälleen riski jäädä sairautensa kanssa yksin, mikäli jatkohoito-ohjeet sairauden hoitoon jäävät saamatta tai tieto jää vajavaiseksi. ” (Valkonen 2020).</p> <p>Terveyskeskussairaalan palliatiivinen poliklinikka ei kykene resursseista johtuen vastaanottamaan</p>	<p>Osastolla sydänpotilaat ovat monisairaita ja tämän hoito haasteellista.</p> <p>Yhtenäiset hoito-ohjeet puuttuvat eikä sydänsairauksiin erikoistuneita hoitajia ole osastolla.</p> <p>Kotiutuessa sairaalasta potilaalla on riski jäädä sairauden kanssa yksin, jos jatkohoito-ohjeet jäävät saamatta tai vajavaiseksi.</p>	<p>Monisairaat potilaat</p> <p>Erilaiset sairaudet, niiden eteneminen ja hoito</p> <p>Ammattilaisten asiantuntemuksen puute</p>	<p>Erilaiset sairaudet ja niiden oireenmukainen hoito</p> <p>Työssä jaksaminen</p>	<p>Kliinisen hoitotyön haasteet</p> <p>Työyhteisön ja työn organisoimien haasteet</p>

<p>palliativisia sydänpotilaita kuin vasta saattohoitovaiheessa. Sydänpotilaan palliativisen hoitoa antama taho on epäselvä ja paine kohdistuu avoterveydenhuoltoon.” (Valkonen 2020.)</p>				
<p>”Koulutusta, jossa käsitellään kulttuurin ja uskonnon vaikutusta kuolemaan ja saattohoidossa tehtyihin valintoihin kaivattiin. Hoitajat kaipasivat koulutuksia, joissa käsitellään kulttuurien välisiä eroavaisuuksia. Haasteena koettiin, kuinka voi keskustella toisesta kulttuurista tulevan kanssa loukkaamatta heidän tapansa nähdä maailma, mutta myös tuoda potilaalle tietoon, että kyseessä on kuolemaan johtava sairaus” (Flinkkilä 2019.)</p>	<p>Koulutusta kaivattiin kulttuurin ja uskonnon vaikutuksesta kuolemaan ja saattohoitoon sekä kulttuurien välisten eroavaisuuksien tunnistamiseen.</p> <p>Haasteena koettiin, kuinka voi keskustella toisesta tulevan kanssa loukkaamatta heidän tapansa nähdä maailma, mutta myös tuoda potilaalle tietoon, että kyseessä on kuolemaan johtava sairaus.</p>	<p>Eri kulttuureista tulevien potilaiden kohtaaminen</p>	<p>Potilaan ja perheen kohtaaminen</p>	<p>Psykososiaalisen tukemisen haasteet</p>
<p>Erityisesti lisäkoulutuksen tarve mainittiin, kun kuolevan potilaan perheessä oli lapsia. Koettiin, että hoitajan olisi tarpeellista saada lisäkoulutusta, jotta osaa kohdata ja tukea eri-ikäisiä lapsia sekä koko perhettä, vanhemman saattohoidossa. (Flinkkilä 2019.)</p> <p>Potilaan elämän loppuvaiheen hoitoon liittyviä vaativia tilanteita, joihin kaivataan koulutuksellista tukea. Vaativiksi tilanteiksi kuvattiin esimerkiksi tilannetta, jossa potilas on salannut läheisiltä sairautensa. (Flinkkilä 2019)</p> <p>Myös oman ikäisten hoito tai pienten lasten vanhempien saattohoito koettiin haastavana ja niitä toivottiin koulutuksissa käsiteltävän tapausesimerkkien kautta. (Flinkkilä 2019).</p>	<p>Lisäkoulutusta tarvitaan eri-ikäisten lasten ja perheen kohtaamiseen ja tukemiseen saattohoidossa.</p> <p>Vaativiin tilanteisiin, jossa potilas on salannut sairautensa läheisiltään tai oman ikäisten tai pienten lasten vanhempien saattohoitoon kaivattiin koulutusta.</p>	<p>Kuolevan hoitoon liittyvät raskaat tilanteet</p>	<p>Potilaan ja läheisten kohtaaminen</p>	<p>Psykososiaalisen tukemisen haasteet</p>
<p>”Lisää koulutusta tarvitaan myös lääkehoidossa.” (Hautsalo 2013).</p> <p>”Lääkehoidosta kaivattiin koulutusta ja kertausta. Uusia lääkkeitä käyttöönotettaessa tulisi hoitajien saada koulutusta, jossa ohjeistetaan lääkkeen käytössä ja kuvataan lääkkeen vaikutusta. Myös</p>	<p>Lääkehoidon koulutuksen tarve</p> <p>Uusien lääkkeiden käyttöönottokoulutusta sekä lääkkeiden vaikutusmekanismien</p>	<p>Uusien lääkkeiden käyttöönotto</p> <p>Lääkkeiden vaikutusmekanismit</p>	<p>Lääkehoito ja kivunhoito</p>	<p>Kliinisen hoitotyön haasteet</p>



<p>syvällisempää koulutusta kaivattiin lääkkeiden vaikutusmekanismien ymmärtämisestä kehossa". (Flinkkilä 2019.)</p>	<p>ymmärtämiseen tarvitaan koulutusta.</p>			
<p>Hoitajat kaipasivat koulutusta, jossa ohjataan läheisten jälkihoidon järjestämisessä. Hoitajat kokivat, että potilaan kuolemaan saakka potilasta ja perhettä hoidetaan hyvin intensiivisesti, mutta hoito loppuu potilaan kuolemaan. (Flinkkilä 2019.)</p>	<p>Läheisten jälkihoidon ohjaamisessa tarvittiin koulutusta. Potilaan kuolemaan saakka potilasta ja perhettä hoidetaan hyvin tiiviisti, mutta hoito loppuu potilaan kuolemaan.</p>	<p>Omaisten jälkihoidon järjestäminen</p>	<p>Palliativinen hoito ja saattohoito</p>	<p>Kliinisen hoitotyön haasteet</p>
<p>Osa kotisairaalassa työskentelevistä hoitajista koki tarvitsevansa lisäkoulutusta palliativisesta sedaatiosta. Koulutuksen aihealueena tulisi olla miten palliativinen sedaatio toteutetaan kotona ja mitä se vaatii omaiselta. Lisäkoulutusta kaivattiin myös sedaation indikaatioista, kuten psyykkisessä ahdistuksessa. (Flinkkilä 2019.)</p>	<p>Palliativisesta sedaatiosta kaivattiin koulutusta, miten sitä toteutetaan kotona ja mitä se vaatii omaiselta. Lisäkoulutusta myös sedaation indikaatioista kaivattiin.</p>	<p>Palliativisen hoidon aloitus ja lopetus</p>	<p>Palliativinen hoito ja saattohoito</p>	<p>Kliinisen hoitotyön haasteet</p>
<p>"Lisää koulutusta tarvitaan...kivun hoidossa..." (Hautsalo 2013).</p> <p>"Kivunhoitoon kaivattiin ker-tausta ja koulutusta esimerkiksi teemasta, miten henkisen ahdistuksen erottaa kivusta." (Flinkkilä 2019).</p>	<p>Kivunhoidon koulutuksen tarve</p>	<p>Kivun teeman tunnistaminen</p>	<p>Lääkehoito ja kivunhoito</p>	<p>Kliinisen hoitotyön haasteet</p>
<p>"Keskustelutaitoihin haluttiin saada lisäkoulutusta. Hoitajat kokivat, että joutuvat usein keskustelemaan potilaan ja perheen kanssa vaikeista tilanteista ja kaipasivat koulutusta, josta saisi tukea niihin tilanteisiin. Vaikeudeksi koettiin oikeiden sanojen löytäminen oikeaan aikaan (Flinkkilä 2019)</p>	<p>Keskustelutaitoihin tarvitaan lisäkoulutusta, miten keskustella potilaan ja perheen kanssa vaikeista tilanteista.</p>	<p>Keskustelu potilaan ja läheisten</p>	<p>Vuorovaikutus</p>	<p>Psykososiaalisen tukemisen haasteet</p>
<p>Myötätunnon, empatian ja lohduttamisen koulutusta kaivattiin.</p>	<p>Myötätunnon, empatian ja lohduttamisen koulutuksen tarve.</p>	<p>Kuolevan hoitoon liittyvät raskaat tilanteet</p>	<p>Potilaan ja läheisten kohtaaminen</p>	<p>Psykososiaalisen tukemisen haasteet</p>
<p>"Lisää koulutusta tarvitaan...palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa. Saattohoitokoulutusta on saatukin, mutta sitä tarvitaan vielä lisää." (Hautsalo 2013.)"</p> <p>"Hoitajat kaipasivat lisätietoa loppuvaiheen fyysisistä oireista, voinnin muutoksen ennakoinnista ja tunnistamisesta." (Flinkkilä 2019).</p>	<p>Palliativisen- ja saattohoidon koulutuksen tarve</p> <p>Loppuvaiheen fyysisistä oireista, voinnin muutosten tunnistamisesta ja ennakoinnista kaivattiin koulutusta.</p>	<p>Palliativisen hoidon aloitus ja lopetus</p> <p>Hoitojen lopettamisen päätöksistä ja elvytyksiellöstakeskustelu</p>	<p>Palliativinen hoito ja saattohoito</p> <p>Vuorovaikutus</p>	<p>Kliinisen hoitotyön haasteet</p> <p>Psykososiaalisen tukemisen haasteet</p>

<b>"Erialaisten kipumittareiden käyttöön olisi saatava koulutusta, että voitaisiin mitata, miten lääke on auttanut." (Hautsalo 2013).</b>	Koulutuksen tarve kipumittareiden käytöstä	Kipumittareiden käyttö	Lääkehoito ja kivunhoito	Kliinisen hoitotyön haasteet
<b>"Yhteistyön kehittäminen kotihoidon kanssa ja muiden osastojen kanssa niin, että ymmärrettäisiin mitä on saattohoito." (Hautsalo 2013).</b>	Yhteistyön kehittämisen kotihoidon ja muiden osastojen kanssa.	Yhteistyö eri toimijoiden kesken	Moniammatillinen yhteistyö	Työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet
<b>"Tilat koettiin epäkäytännöllisiksi ja ahtaiksi. Kaikille potilaille ei ole mahdollista järjestää yhdenhengen huonetta. Tämä koettiin hankalaksi, koska ei voida turvata potilaalle yksityisyyttä. Usein potilaat kaipaisivat yksityisyyttä, mutta sitä ei näissä tiloissa ole mahdollista järjestää." (Hautsalo 2013.)</b>	Tilat ovat epäkäytännölliset ja ahtaat. Yhden hengen huoneita ei pystytä järjestämään kaikille, ja näin ollen yksityisyyttä ei pystytä turvaamaan.	Tilojen epäkäytännöllisyys ja ahtaus	Työyhteisö	Työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet
<b>"Varastotilojen puute aiheuttaa ongelmia aivan jokapäiväisessä työssä, koska myös kylpyhuone toimii väliaikaisena varastotilan silloin, kun se ei ole muussa käytössä." (Hautsalo 2013).</b>	Varastotilojen puute aiheuttaa ongelmia jokapäiväisessä työssä	Tilojen epäkäytännöllisyys ja ahtaus	Työyhteisö	Työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet
<b>"Koska osasto on yhdistelmäosasto, sinne tulee välillä töihin myös toiselta osastolta hoitajia, jotka eivät ole niin motivoituneita juuri tähän työhön." (Hautsalo 2013).</b>	Yhdistelmäosastolle tulee välillä toiselta osastolta hoitajia töihin, jotka eivät ole niin motivoituneita.	Henkilökunnan vaihtelevuus	Työyhteisö	Työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet
<b>"Osasto on yhdistelmäosasto, jossa myös osasto seitsemän henkilökunta joutuu tekemään saattohoitotyötä, niin henkilöstö pitäisi saada puhaltamaan yhteen hiileen niin, että kaikilla olisi valmiudet tehdä saattohoitotyötä." (Hautsalo 2013).</b>	Yhdistelmäosaston henkilöstön pitäisi puhaltaa yhteen hiileen ja kaikilla olla valmius saattohoitotyöhön.	Työyhteisön välinen vuorovaikeus ja tiimityö	Työyhteisö	Työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet
<b>"Kaikilla hoitajilla pitäisi olla samat arvot ja periaatteet, joiden mukaan tätä työtä tehdään ja näin saataisiin työyhteisöön parempaa yhteishenkeä." (Hautsalo 2013).</b>	Yhteiset arvot ja periaatteet loisi työyhteisöön parempaa yhteishenkeä.	Työyhteisön välinen vuorovaikeus ja tiimityö	Työyhteisö	Työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet
<b>"Toiselta osastolta tuleva työntekijä ei aina välttämättä huomaa kaikkia niitä asioita mitä oma henkilöstö huomaa." (Hautsalo 2013).</b>	Toiselta osastolta tuleva työntekijä ei aina huomaa niitä asioita, jotka oma henkilöstö huomaa.	Ammattilaisten asiantuntemuksen puute	Työssä jaksaminen	Työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet
<b>"Jos työtoveri ei ole motivoitunut tähän työhön häneltä ei saa sitä tukea työhön mitä kaipaisi. Kaikki</b>	Työtoverin motivaation puutteen vuoksi oikeaa tukea työhön	Henkilökunnan vaihtelevuus	Työyhteisö	Työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet

hoitajat eivät pysty tekemään saattohoitotyötä eikä heitä pidä laittaa väkisin tälle osastolle töihin.” (Hautsalo, 2013).	ei saa. Kaikki hoitajat eivät ole saattohoitotyöhön, eikä heitä tulisi laittaa sinne töihin väkisin.			
”Henkilöstörakennetta pitäisi myös muuttaa niin, että sairaanhoitajia olisi enemmän. Sairaanhoitajia tarvitaan, koska hoidot käyvät entistä vaativimmiksi ja sen vuoksi myös osaamisen tulee olla laaja-alaisempaa.” (Hautsalo 2013.)	Henkilöstörakennetta tulee muuttaa, että sairaanhoitajia olisi enemmän. Sairaanhoitajia tarvitaan työn vaativuuden vuoksi ja osaamisen on oltava laaja-alaisempaa.	Henkilöstörakenne ja -mitoitutus	Työssä jaksaminen	Työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet
”Henkilöstömitoitutus on myös liian pieni, lomat ja ylimääräiset vapaapäivät sekä koulutukset aiheuttavat ongelmia työvuorojen suunnittelussa.” (Hautsalo 2013).	Henkilöstömitoitutus on pieni, joka vaikeuttaa työvuorojen suunnittelua.	Henkilöstörakenne ja -mitoitutus	Työyhteisö	Työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet
”Osastolta toiselle siirtyminen yksittäisiin työvuoroihin tuo työhön epävarmuutta, lisää stressiä...” (Hautsalo 2013).	Yksittäiset työvuorot eri osastoilla tuovat työhön epävarmuutta ja stressiä.	Henkilökunnan vaihtelevuus	Työyhteisö	Työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet
”Tiimityössä on myös kehitettävää. Pitäisi pystyä järjestämään aikaa säännöllisille tiimikokouksille, joissa voitaisiin pohtia yhteisiä tavoitteita ja arvioida omaa sekä osaston toimintaa rehellisesti.” (Hautsalo 2013).	Tiimikokouksia tulisi järjestää säännöllisesti, jossa pohditaan yhteisiä tavoitteita ja arvioidaan oma sekä osaston toimintaa.	Työyhteisön välinen vuorovaikutus ja tiimityö	Työssä jaksaminen	Työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet
”Työyhteisön väliseen vuorovaikutukseen haluttiin lisäkoulutusta.” (Flinkkilä 2019).	Työyhteisön vuorovaikutukseen tarvitaan koulutusta.			
”Salon kaupungissa on huomattu haasteena palliatiivisessa hoidossa erikoissairaanhoidon puolella olevan potilaan siirtyminen perusterveydenhuollon puolelle. Hoitajat kokivat, että tiedonkulku katkeaa erikoissairaanhoidopiirin ja perusterveydenhuollon välillä.” (Valkonen 2020)	Tiedonkulku katkeaa erikoissairaanhoidopiirin ja perusterveydenhuollon välillä	Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen tiedonkulku	Moniammatillinen yhteistyö	Työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet
Valkosen (2020) tutkimuksessa tuodaan ilmi, että palliatiivinen hoito yhdistetään yleensä syöpäpotilaisiin, vaikka sydän- ja verisuonisairauksia sairastavat tarvitsevat myös palliatiivista hoitoa. Palliatiivisen sydänpotilaan hoidon haasteena ovat palliatiivisen hoidon aloituksen ajankohta, hoidon ennusteen epävarmuus, epäselvyys hoitavasta yksiköstä, hoitosuunnitelman puuttuminen, kommunikoinnin vaikeus potilaan,	Palliatiivisen sydänpotilaan hoidon haasteena ovat palliatiivisen hoidon aloituksen ajankohta, hoidon ennusteen epävarmuus, epäselvyys hoitavasta yksiköstä, hoitosuunnitelman puuttuminen,	Palliatiivisen hoidon aloitus ja lopetus  Hoitoyksikön epäselvyys  Hoitosuunnitelman puuttuminen	Palliatiivinen ja saattohoito	Kliinisen hoitotyön haasteet

omaisen ja henkilökunnan välillä sekä palliatiivisen koulutuksen saaneen henkilökunnan puuttuminen.	<p>Kommunikoinnin vaikeus potilaan, omaisen ja henkilökunnan välillä</p> <p>Palliatiivisen koulutuksen saaneen henkilökunnan puuttuminen.</p>	Erilaiset sairaudet, niiden eteneminen ja hoito	Erilaiset sairaudet ja niiden oikeellinen hoito	<p>Vuorovaikutus</p> <p>Työssä jaksaminen</p> <p>Psykososiaalisen tukemisen haasteet</p> <p>Työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet</p>
”Sairaanhoitajat kertoivat, että joskus oli vain vähän aikaa kuunnella pieniä ongelmia. Lisäksi ajan puutteella oli haitallinen vaikutus potilaisiin ja se vaikutti sairaanhoitajien kykyyn luoda läheisyyttä ja luottamusta.” (Sekse 2018.)	<p>Ajan puutteen vuoksi sairaanhoitajilla ei ollut aikaa kuunnella potilaita.</p> <p>Ajanpuute vaikutti myös haitallisesti potilaisiin ja se vaikutti sairaanhoitajien kykyyn luoda läheisyyttä ja luottamusta.</p>	Ajan puute	Potilaan ja perheen kohtaaminen	Psykososiaalisen tukemisen haasteet
Sairaanhoitajat kertoivat myös vaikeuksista tarjota potilaille emotionaalista tukea muiden kliinisten ja päivittäisten tehtäviensä lisäksi.” (Sekse 2018).	Vaikeuksia tarjota potilaille emotionaalista tukea.	Ajan puute	Potilaan ja perheen kohtaaminen	Psykososiaalisen tukemisen haasteet
”Sairaanhoitajien työmäärän kasvu toi vähemmän aikaa ja enemmän stressaavia tekijöitä kohtaamisessa sekä potilaan että perheen kanssa.” (Sekse 2018).	Vähemmän aikaa ja enemmän stressaavia tekijöitä kohtaamisessa sekä potilaan että perheen kanssa	Ajan puute	Potilaan ja perheen kohtaaminen	<p>Psykososiaalisen tukemisen haasteet</p> <p>Työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet</p>
Sairaanhoitajien välittämä yleinen teema oli, että kuolemasta puhuminen sekä keskustelut kuolemasta olivat haastavia kun niitä pidettiin. (Fitch, ym. 2015).	Kuolemasta puhuminen on haastavaa.	Kuolevan hoitoon liittyvät raskaat tilanteet	Potilaan ja perheen kohtaaminen	Psykososiaalisen tukemisen haasteet
Huolehtimiseen liittyy etujen lisäksi myös tahattomia seurauksia. Näitä tahattomia seurauksia kuvattiin taakaksi, joka koettiin huolehtimisen seurauksena tai vaikutuksesta. (Fitch, ym. 2015.)	Huolehtiminen koettiin taakaksi.	Kuolevan hoitoon liittyvät raskaat tilanteet	Potilaan ja perheen kohtaaminen	Psykososiaalisen tukemisen haasteet
Osallistujat kuvasivat erityisen haastavaksi huolehtia kuolevasta potilaasta, kun potilas ei ole tietoinen ennusteestaan, tai potilas ja	Haastavaa huolehtia kuolevaa potilasta, kun potilas ei ole tietoinen ennusteestaan.	Kuolevan hoitoon liittyvät raskaat tilanteet	Potilaan ja perheen kohtaaminen	Psykososiaalisen tukemisen haasteet

perhe ovat erimieltä hoitosuunnitelmasta. (Fitch, ym. 2015).				
Hoitajat kokivat haasteeksi myös sen, kun terveydenhuollon tarjoajana et tunne oloasi mukavaksi, tai tiedät mitä voidaan sanoa, mutta kaikki tiimin jäsenet eivät ”samalla sivulla”. (Fitch, ym. 2015).	Hoitajat eivät koe oloaan mukavaksi, kun kaikki eivät ole samalla sivulla.	Ammattilaisten asiantuntemuksen puute	Työssä jaksaminen	Työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet
<p>”Haastavaa on, kun tunnet olevasi masentunut tilanteesta, kun tappaus on raskas, eikä ole aikaa istua tai puhua. Työssä on emotionaalinen taakka, ja on vaikeaa puhua siitä oman perheen tai ystävien kanssa” (Fitch, ym. 2015.)</p> <p>Sairaanhoitajat tuntevat moraalista kärsimystä, korvaava trauma, ja myötä-tunnon väsymystä hoitaessaan hengenvaarallista sairautta sairastavaa ihmistä. (Fitch, ym. 2015).</p> <p>Korkeimmasta stressistä raportoivat hoitajat, jotka viettivät enemmän ajastaan palliativisten potilaiden kanssa. (Fitch, ym. 2015).</p>	Hoitajat kokevat masentuneisuutta, eikä aikaa ole keskusteluun.	<p>Ajanpuute</p> <p>Kuolema on jatkuvasti läsnä</p> <p>Työ on stressaavaa</p>	<p>Potilaan ja läheisten kohtaaminen</p> <p>Työssä jaksaminen</p>	<p>Psykososiaalisen tukemisen haasteet</p> <p>Työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet</p>
<p>Palliativisen hoidon käyttöönottoamista ja toteuttamista ei usein tunnusteta, erityisesti keskittyen varhaiseen puuttumiseen. (Fitch ym. 2015).</p> <p>Palliativisen hoidon henkilökunta tukee käsitystä varhaisesta siirtymisestä, ja palliativisen hoidon sisällyttämistä vakavan tai hengenvaarallisen sairauden polkuun. (Fitch, ym. 2015).</p>	Palliativisen hoidon tarvetta ei tunnusteta.	Palliativisen hoidon tarpeen tunnistaminen	Moniammatillinen yhteistyö	Työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet
Haasteena pidetään myös hoitotyön aloittaneiden nuorten määrän vähenemistä sekä uusien sairaanhoitajien työssä säilyttämisen puutetta. Seuraavilla sukupolvilla palliativisessa hoidossa työskentelevillä sairaanhoitajilla on erilaiset odotukset työelämästä, erityisesti	Hoitotyön aloittaneiden nuorten määrän vähenemistä sekä uusien sairaanhoitajien työssä säilyttämisen puutetta.	<p>Hoitotyön aloittaneiden nuorten vähyys</p> <p>Uusien sairaanhoitajien työssä säilyttämisen puute</p>	Organisaatio	Työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet

työ- ja yksityiselämän tasapainosta. (Fitch, ym. 2015.)				
<b>Maailman laajuinen haaste on useimpien terveydenhuoltojärjestelmien taloudellinen rajoitus. (Fitch, ym. 2015).</b>	Taloudellinen rajoitus	Taloudellinen tuki	Organisaatio	Työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet
<b>Yksi huolenaihe oli kaksisuuntaisen viestinnän puute erikoistuneiden palliatiivisten hoitopalvelujen ja muiden palveluiden välillä. Tämän seurauksena potilaat eivät välttämättä saa kokonaisvaltaista hoitoa. (Davies, ym. 2013.)</b>	Viestinnän puute erikoistuneiden palliatiivisten hoitopalvelujen ja muiden palveluiden välillä.	Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen tiedonkulku	Moniammatillinen yhteistyö	Työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet
<b>Kaikkien maiden ammattilaiset ilmaisivat huolensa kommunikoinnista potilaiden kanssa, erityisesti dementiapotilaiden kanssa. Elämän lopussa monilla dementiapotilailla on vähemmän kykyä kommunikoida suullisesti. (Davies, ym. 2013.)</b>	Kaikkien maiden ammattilaiset ilmaisivat huolensa kommunikoinnista potilaiden kanssa, erityisesti dementiapotilaiden kanssa.	Vuorovaikutus dementiapotilaiden kanssa	Vuorovaikutus	Psykososiaalisen tukemisen haasteet
<b>Elämän lopussa monilla dementiapotilailla on vähemmän kykyä kommunikoida suullisesti. Tällä on vaikutuksia tarpeiden arviointiin ja myöhempään hoitoon, sillä monet dementiapotilaat eivät saa kattavaa kivunarviointia tai kivun hallintaa. (Davies, ym. 2013.)</b>	Tällä on vaikutuksia tarpeiden arviointiin ja myöhempään hoitoon, sillä monet dementiapotilaat eivät saa kattavaa kivunarviointia tai kivun hallintaa.	Kivun teeman tunnistaminen  Vuorovaikutus dementiapotilaiden kanssa	Lääkehoito ja kivunhoito  Vuorovaikutus	Kliinisen hoitotyön haasteet  Psykososiaalisen tukemisen haasteet
<b>Sosiaali- ja terveyshuollon rahoitus oli huolestuttavaa monissa maissa; joidenkin osallistujien mielestä tämä vaikutti palvelujen kykyyn tarjota hyvää palliatiivista hoitoa. (Davies, ym. 2013).</b>	Rahoitus oli huolestuttavaa, tämä vaikutti palvelujen kykyyn tarjota hyvää palliatiivista hoitoa	Taloudellinen tuki	Organisaatio	Työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet
<b>Resurssien puute ilmaisi huolensa. Esimerkiksi kustannusten vähentämiseksi organisaatiot mieluummin työllistävät halvempaa henkilöstöä, huolimatta siitä, että heillä ei mahdollisesti ole kokemusta tai pätevyyttä, kuten hoitoavustajat. (Davies, ym. 2013).</b>	Kustannusten vähentämiseksi organisaatiot mieluummin työllistävät halvempaa henkilöstöä, huolimatta siitä, että heillä ei mahdollisesti ole kokemusta tai pätevyyttä	Taloudellinen tuki	Organisaatio	Työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet

<p><b>Monelle osallistujalle oli epäselvää, milloin palliatiivisen hoidon pitäisi alkaa ja milloin loppua. Erityisesti syöpäpotilailla se oli erityisen ongelmallista ymmärtää, koska parantava hoito on lopetettava. (Davies, ym. 2013.)</b></p>	<p>Monelle osallistujalle oli epäselvää, milloin palliatiivisen hoidon pitäisi alkaa ja milloin loppua.</p>	<p>Palliatiivisen hoidon aloitus ja lopetus</p>	<p>Palliatiivinen hoito ja saattohoito</p>	<p>Kliinisen hoitotyön haasteet</p>
<p><b>Palliatiivisen hoidon tiedoista ja taidoista ilmaistiin huolenaihe. Ammattilaisten asiantuntemuksen puute, työntekijät, jotka eivät ole palliatiivisen hoidon asiantuntijoita, mutta työskentelevät palliatiivista hoitoa tarvitsevien potilaiden kanssa. (Davies, ym. 2013.)</b></p>	<p>Palliatiivisen hoidon tiedoista ja taidoista ilmaistiin huolenaihe. Ammattilaisten asiantuntemuksen puute.</p>	<p>Palliatiivisen hoidon aloitus ja lopetus</p>	<p>Palliatiivinen hoito ja saattohoito</p>	<p>Kliinisen hoitotyön haasteet</p>
<p><b>Ammattilaisten aika on usein rajallinen, ja tämän katsottiin estävän heitä suorittamasta tehtäviä, jotka olivat alempana prioriteetti luettelossaan tai joita pidettiin vähemmän tärkeinä. (Davies, ym. 2013.)</b></p>	<p>Ammattilaisten aika on usein rajallinen, ja tämän katsottiin estävän heitä suorittamasta tehtäviä</p>	<p>Taloudellinen tuki</p>	<p>Organisaatio</p>	<p>Työyhteisön ja työn organisoinnin haasteet</p>

Liite 4. Sairaanhoidajien koulutustarpeet

