

Kuolevan tukena

Sosiaalityö palliativisessa hoidossa

Anne-Riitta Häkkinen
Pro gradu – tutkielma
Sosiaalityö
Lapin yliopisto
2026

Lapin yliopisto

Tiedekunta: Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Työn nimi: Kuolevan tukena / Sosiaalityö palliatiivisessa hoidossa

Tekijä: Anne-Riitta Häkkinen

Koulutusohjelma/oppiaine: Sosiaalityö

Työn laji: Pro gradu -tutkielma

Sivumäärä, liitteiden lukumäärä: 57 sivua + lähteet

Vuosi: 2026

Tiivistelmä:

Tutkielman tehtävänä oli tarkastella sosiaalityön asiantuntijuutta palliatiivisessa hoidossa. Tutkimuksen tarkoituksena oli lisätä tietoa palliatiivisen hoidon sosiaalityöstä ja sen psykososiaalisesta asiantuntijuudesta ei-fyysisen kärsimyksen kohtaamisessa ja tukemisessa osana moniammatillista ja laadukasta asiakas- ja perhekeskeistä palliatiivista hoitoa. Tutkielma toteutettiin laadullisena kirjallisuuskatsauksena ja aineistoon valikoitui 20 kansainvälistä vertaisarvioitua tutkimusjulkaisua. Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin laadullista sisällön analyysiä.

Keskeisimpiä tuloksia olivat, että palliatiivinen hoito sosiaalityön kontekstina edellyttää sosiaalityöntekijältä kykyä kuoleman ja surun kohtaamiseen ja niissä tukemiseen. Sosiaalityöntekijöiden psykososiaalisessa sosiaalityössä korostui kokonaisvaltainen ja asiakas- sekä perhekeskeinen työote. Siinä terveyteen liittyvät sosiaaliset, kulttuuriset ja henkelliset tekijät on huomioitu. Sosiaalityöntekijät toimivat sillanrakentajan roolissa edistämällä yhteistyötä ja viestintää asiakkaiden ja terveydenhuollon välillä sekä myös moniammatillisen tiimin jäsenten kesken. Heidän psykososiaalinen asiantuntijuutensa näyttäytyi tuloksissa merkityksellisenä ja monipuolisena sekä palliatiivisen hoidon asiakkaille että moniammatilliselle palliatiivisen hoidon tiimille, mutta roolin toteuttamiseen liittyi haasteita.

Haasteiksi nousivat sosiaalityöntekijän roolin aliarviointi terveydenhuollon ympäristössä sekä epäselvyys ja päällekkäisyys etenkin hoitajien ja psykologien kanssa. Edellytyksiä roolin toteutumiselle olivat riittävä osaaminen, koulutus ja itsevarmuus. Osallisuutta tukivat varhainen integroituminen hoitopolkuun sekä dokumentaatio. Sosiaalisten tekijöiden tunnistaminen terveydenhuollon moniammatillisessa yhteistyössä edistää tasavertaista, oikeudenmukaista ja kokonaisvaltaista hoitoa yhteiskunnassa.

Avainsanat: sosiaalityöntekijän rooli, palliatiivinen hoito, psykososiaalinen sosiaalityö, moniammatillinen yhteistyö

Sisällys

1 Johdanto	1
2 Palliatiivinen hoito sosiaalityön kontekstina	4
2.1 Palliatiivisen hoidon kehitys.....	4
2.2 Perhe osana hoitoyksikköä ja hoidon eettiset lähtökohdat	6
2.3 Moniammatillinen yhteistyö.....	9
3 Psykososiaalinen lähestymistapa palliatiivisen hoidon sosiaalityössä	11
3.1 Psykososiaaliset tuen tarpeet palliatiivisessa hoidossa.....	11
3.2 Psykososiaalinen sosiaalityö	14
4 Tutkimuksen toteutus	18
4.1 Tutkimustehtävä ja tutkimuskysymykset	18
4.2 Aineisto ja sen kerääminen.....	19
4.3 Analyysimenetelmä	25
4.4 Tutkimuseettiset kysymykset ja tutkijan positio	29
5 Palliatiivisen hoidon erityisyydestä nousevat osaamistarpeet sosiaalityön käytännölle	32
5.1 Kuoleman ja surun kohtaaminen	32
5.2 Psykososiaalinen tuki kuolevan ja perheiden tukena	35
6 Sosiaalityöntekijän moninainen rooli moniammatillisessa palliatiivisessa hoidossa	38
6.1 Erilaiset roolit.....	38
6.2 Sosiaalityöntekijät sillanrakentajina moniammatillisessa yhteistyössä.....	43
6.3 Roolin toteuttamiseen liittyviä haasteita ja edellytyksiä moniammatillisessa yhteistyössä	47
7 Yhteenveto ja pohdinta.....	51
Lähteet.....	58

1 Johdanto

Kuolevan ihmisen hoidosta on historian saatossa käytetty erilaisia nimiä, kuten terminaalilihoito, tukihoido, palliatiivinen hoito ja elämän lopun hoito (Piili 2019,21). Sana palliatiivinen on johdettu latinan kielen sanasta *pallium*, jolla tarkoitetaan *viittaa*, ja se symboloi suojaa. Viitta vertauskuvallisesti antaa lämpöä ja turvaa kooten allensa potilaan läheiset, ja moniammatillisen tiedon, sekä taidon. (Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry 2021.) Lainaan seuraavaksi Catherine Pillingin koskettavaa runoa johdattelemaan tutkielmani aiheeseen.

Mikä tämä työ oikein minulla on? Se on liukumista huoneesta toiseen saumattomasti, yhden trauman ja sitten toisen läpi kulkemista. Se on vaimon polvistumisen seuraamista, perheensä anelemista kertomaan hänelle, mitä tehdä, itseensä vajoamista kuin toivo miehensä toipumisesta. Se on miehen kanssa pohtimista kuolemanjälkeisen elämän mahdollisuuksista, siitä, miten hänestä voisi vihdoin tulla se ihminen, joksi hän aina halusi tulla. Se on lapsi, joka tuijottaa tyhjästi eteenpäin, kohtaa vanhempansa kuoleman, juuri ja juuri teho-osastolla käymisen ikäisenä. Se on joskus välittömiä yhteyksiä, jotka syntyvät hetkinä, jotka osoittautuvat suuremmiksi kuin olisit voineet kuvitellakaan. Se on istumista tyttären surussa äitinsä menettämisestä, ainoan ihmisen, joka todella tuntee hänet, tuntee hänet täysin, kohtaamassa oman pahimman pelkonsa, joka väistämättä tulee todeksi. Se on särkyvän sydämen todistamista, pelon peittämän vihan vastaanottamista, surun pitämistä sisälläni, sekä pelätyn että toteutuneen. Se on kehon murtumisen ja murenemisen katsomista, melkein kuoleman suutelemista, vain palatakseen täydellä voimalla ja parantuakseen. Se on minun murtumistani hetkinä. jolloin siitä tulee vähän liikaa. Mikä on tämä surullinen, yksinäinen, yhteisöllinen ja kaunis työ? (Pilling 2024, 314.)

Tutkimusaiheena palliatiivisen hoidon sosiaalityö on ajankohtainen ja yhteiskunnallisesti tärkeä, koska palliatiivista hoitoa tarvitsevien määrä lisääntyy Suomessa ja maailmalla vauhdilla. Lisäksi palliatiivisen hoidon sosiaalityö on suhteellisen uusi ala. Sosiaalityön profession näkökulmasta sosiaalityön perustana olevat arvot ovat linjassa palliatiivisen hoidon arvojen kanssa. Molemmissa on tärkeää käsitellä koko ihmistä. Kokonaisvaltaisen lähestymistapa korostaa, että potilaat ovat enemmän kuin diagnoosinsa tai sairautensa. Palliatiivisessa hoidossa, kuten sosiaalityössäkin, painopiste on ihmisten hyvinvoinnissa riippumatta heidän uskonnostaan, etnisestä alkuperästään, iästä tai seksuaalisesta suuntautumisestaan (Wiebe 2014, 339). Kuitenkin Miia Kontro (2025, 84) tuoreessa tutkimuksessaan, joka tarkasteli palliatiivisen hoidon kehitystä Suomessa ja sen yhteiskunnallista vaikuttavuutta, nosti esille huolen siitä, että medikalisoitu lähestymistapa voi etäännyttää kuolemisprosessin sen inhimillisestä näkökulmasta. Tämän vuoksi ammattilaisten olisikin tärkeää löytää tasapaino elämänlaadun ylläpitämisessä ja toisaalta myös

lääketieteellisiin sekä emotionaalisiin tarpeisiin vastaamisessa. Tärkeää on varhaiset keskustelut hoitomieltymyksistä, koska niiden avulla voidaan luoda järjestelyjä potilaiden toiveiden mukaisesti.

Selvitän tutkielmassani sosiaalityön asiantuntijuutta palliatiivisessa hoidossa. Erityisesti haluan työni avulla lisätä tietoa palliatiivisen hoidon sosiaalityöstä ja sen psykososiaalisesta asiantuntijuudesta ei-fyysisen kärsimyksen kohtaamisessa ja tukemisessa, osana moniammatillista ja laadukasta asiakas- ja perhekeskeistä palliatiivista hoitoa.

Henkilökohtainen motivaationi aiheen tutkimiseen on alun perin lähtenyt liikkeelle omasta kokemuksestani läheiseni saadessa palliatiivista hoitoa sairastuttuaan parantumattomaan ALS-sairauteen. Silloin huomasin sosiaalityöntekijän puuttumisen moniammatillisesta tiimistä, vaikka palliatiivisen hoidon tulisikin olla monialaista ja kokonaisvaltaista lähestymistavaltaan. Tein tähän aiheeseen liittyen myös muutama vuosi sitten kandidaatti- tutkielmani otsikolla ”Toimijuuden ja psykososiaalisen tuen toteutuminen iäkkäällä asiakkaalla palliatiivisessa kotona toteutetussa hoidossa”.

Yhteiskunnallisesta näkökulmasta palliatiivisessa hoidossa olevat ihmiset perheineen ja etenkin ilman sosiaalisia tukiverkkoja elävät yksinasuvat ja syrjäytyneet, kuolemaan joutavaa sairauden kanssa elävät ovat yhteiskunnassamme haavoittuvassa asemassa. Heidän äänensä esille tuominen ja elämän laadun parantaminen näyttöön perustuen ja tutkimustietoa hyödyntäen on tärkeää. Myös Kontron (2025) tuore tutkimus, joka tarkasteli palliatiivisen hoidon kehitystä Suomessa ja sen yhteiskunnallista vaikuttavuutta, paljasti keskeisiksi teemoiksi palliatiivisen hoidon kehityksen ja eettiset perusteet Suomessa, roolien määrittelyn ja viestinnän tehostamisen sekä hoidon yhdenvertaisen saatavuuden ja alueellisen integraation. Tähän liittyen korostui erityisesti palliatiivisen hoidon saatavuuden parantaminen niiden henkilöiden osalta, joilla ei ole omaishoitajia. Myös yksinasuvilla henkilöillä tulisi olla tasapuolinen mahdollisuus hoitoon ja liiallista riippuvuutta sukulaisista hoidon onnistumiseksi tulisikin sen vuoksi välttää.

Palliatiivisen hoidon sosiaalityöstä Suomessa ei löydy vertaisarvioituja tieteellisiä julkaisuja tai kirjallisuutta. Palliatiivisen hoidon moniammatillisuutta ja kokonaisvaltaisuutta käsittelevät suomalaiset tieteelliset julkaisut keskittyvät lääkäreiden ja hoitajien kautta keskustelemaan moniammatillisesta palliatiivisesta hoidosta, ikään kuin hoitotieteen näkökulmasta käsin. Kansainvälisestikin aihe on saanut suhteellisen vähän näkyvyyttä, vaikka moniammatillisen työn tärkeyttä korostetaankin kokonaisvaltaisessa palliatiivisen

hoidon lähestymistavassa, sekä Suomessa että kansainvälisesti. Palliatiivisen hoidon sosiaalityön roolia on kansainvälisessä kirjallisuudessa kuvailtu kuitenkin hyvin tärkeäksi ja monipuoliseksi (Watts 2014, 282, 284). Tästä huolimatta Kontron (2025, 87) tutkimus nostaa esille, että tutkimuskirjallisuus viittaa palliatiivisen hoidon psykososiaalisten, emotionaalisten ja hengellisten ulottuvuuksien aliarvioituun alueeseen. Hän tuo lisäksi esille, kuinka sosiaalityöntekijöillä on keskeinen rooli näiden tarpeiden täyttämässä, mutta heitä ei ole edelleenkään riittävästi tunnustettu politiikassa ja käytännössä. Heidän asiantuntemukseensa ja osaamiseensa liittyvä perhedynamiikan hallinta, surun valmennus ja potilaiden edunvalvonta ovat mainittu vain lyhyesti virallisissa suosituksissa, eikä niitä ole tunnustettu riittävästi. Lisätutkimuksen tarpeeksi Kontro (2025) esittää sosiaalityöntekijöiden roolin syvyyden selvittämisen moniammatillisissa tiimeissä ja heidän virallisen integroitinsa palliatiivisen hoidon politiikkaan.

Tutkielmani etenee seuraavasti: Toinen ja kolmas luku sisältävät tutkielman teoriaosuu- den. Ensiksi toinen pääluke tarkastelee palliatiivisen hoidon kontekstia, johon sisältyy ensimmäisenä alalukuna palliatiivisen hoidon kehityksen kuvaaminen. Toinen alaluke käsittelee perhettä osana hoitoyksikköä ja palliatiivisen hoidon etiikkaa. Kolmannessa alaluvussa kuvaan moniammatillista yhteistyötä. Seuraava kolmas pääluke keskittyy teoreettisen viitekehykseen kuuluvien käsitteiden avaamiseen eli psykososiaaliseen lähestymistapaan palliatiivisessa hoidossa. Tarpeellista on kuitenkin ensimmäisessä alaluvussa kuvailla ensin psykososiaalisia tarpeita palliatiivisessa hoidossa yleisesti ja vasta sen jälkeen siirtyä varsinaiseen teoreettisena viitekehyksenä tutkielmassani toimivan käsitteen, eli psykososiaalisen sosiaalityön määrittelyyn. Neljännessä luvussa kuvaan tutkimuksen toteutusta alkaen tutkimustehtävästä ja siihen liittyvistä tutkimuskysymyksistä. Seuraavaksi on kuvattu aineiston keruuta ja valittua aineistoa sekä jatkaen analyysimenetelmän esittämiseen. Neljännen luvun viimeisenä alalukuna tarkastelen tutkielman eettisiä kysymyksiä ja tutkijan positiota. Viidennessä ja kuudennessa luvussa eli niin sanotussa empiirisessä osiossa esitellään tutkimustulokset ja seitsemäs luku sisältää tutkielman yhteenvedon ja pohdinnan. Lopuksi esittelen tutkielmassani käyttämäni lähteet.

2 Palliativinen hoito sosiaalityön kontekstina

2.1 Palliativisen hoidon kehitys

Maailman terveysjärjestön (WHO 2025) mukaan palliativisella hoidolla tarkoitetaan ihmiskeskeistä lähestymistapaa, jonka tarkoituksena on lievittää kärsimystä palliativisen hoidon tarpeen varhaisen tunnistamisen, arvioinnin ja hoidon avulla niillä henkilöillä ja heidän perheillään, jotka kohtaavat hengenvaaralliseen sairauteen liittyviä ongelmia. Eurooppalainen palliativisen hoidon yhdistys luonnehtii palliativista hoitoa kokonaisvaltaiseksi, monitieteiseksi ja aktiiviseksi hoidoksi niille potilaille, joiden sairaus ei enää reagoi parantavaan hoitoon (Piili 2019, 21). Suomen palliativisen hoidon yhdistys (SPHY, 2025) tiivistää hoidon tavoitteeksi potilaan ja hänen läheistensä elämänlaadun turvaamisen tukemalla potilasta hänen voimavarojensa ja toiveidensa mukaan mahdollisimman aktiiviseen elämään.

Elämänlaadun kannalta hoidon aloittamisen oikea-aikaisuudella, laadulla ja riittävyydellä onkin suuri merkitys, koska palliativisen hoidon kesto voi vaihdella päivistä jopa vuosikymmeneen riippuen parantumattoman sairauden kestosta (Syöpäjärjestöt 2025). Lähelle kuolemaa sijoittuvaa palliativisen hoidon viimeistä vaihetta kutsutaan saattohoidoksi, joka jatkuu myös kuoleman jälkeen läheisten tukemisena (SPHY, 2025).

Kiinnostus kuolevan potilaan hoitamiseen maailmalla käynnistyi Dame Cicely Saundersin johdolla Isossa-Britanniassa 1960-luvulla Hospice-liikkeen myötä. Liikkeen tavoitteena oli inhimillistä hoitoa oireita lievittävän hoidon avulla, liian pitkälle viedyn ja siten kärsimystä lisäävän lääketieteellisen hoidon sijaan. (Anttonen 2016, 16.) Iso-Britannian on myöhemminkin arvioitu olevan palliativisen hoidon johtava maa kansainvälisen elämän viimeisten vaiheiden laatua tarkastelevan tutkimuksen mukaan (The 2015 Quality of Death Index).

Suomessa ilmestyi vuonna 1980-luvulla ensimmäinen kuolevan ihmisen hoitoa koskeva ohje, niin sanottu Terminaalihoito-ohjeistus (1982) ja kaksi saattohoitokotia aloittivat toimintansa. Palliativisen hoidon edistämiseksi perustettiin Palliativisen hoidon yhdistys vuonna 1995, joka myös julkaisi palliativisen hoitotyön asiantuntijakriteerit vuonna 2011. Kriteerien avulla haluttiin turvata eettisesti korkeatasoinen hoito kaikille parantumattomasti sairaille potilaille. (Anttonen 2016, 16.)

Väestörakenteen ikääntymiseen liittyen, palliatiivisen hoidon tarve kasvaa Euroopassa. WHO:n arvion mukaan palliatiivisen hoidon potilaista noin 35 prosenttia sairastaa parantumatonta syöpää ja loput 65 prosenttia jotain muuta kroonista parantumatonta sairautta. (WHO 2025.) Näitä sairauksia syövän lisäksi ovat, muistisairaudet, keskushermostosairauksista multippeliskleroosi ja liikehermosoluja rappeuttava amyloτροφινen lateraaliskleroosi eli ALS, muut etenevät lihas- ja hermosairaudet, maksan- ja munuaisten sairaudet, sekä sydämen vajaatoiminta (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä-hoitosuositus 2019). Kuitenkin on arvioitu, että palliatiivista hoitoa saa vain 14 prosenttia sitä tarvitsevista maailmanlaajuisesti (WHO 2025).

Reilu kymmenen vuotta sitten (2015) Suomi sijoittui pohjoismaista huonoiten kansainvälisessä elämän viimeisten vaiheiden laatua tarkastelevassa tutkimuksessa ja kahdeksankymmenen maan joukossa vasta kahdenneksikymmenenneksi. Haasteiksi nousivat silloin palliatiivisen hoidon laatu, henkilöstön erityisosaaminen tarjota palliatiivista hoitoa ja henkilöstön saatavuus. Hoidon laatua arvioitiin esimerkiksi sen mukaan, saiko potilas läheisineen psykososiaalista tukea, oliko riittävää kivunlievitystä saatavilla ja oliko kansallista linjausta elvytyskiellon käyttämisestä. Potilastyytyväisyyttä käytettiin myös yhtenä arvioinnin perusteena. Arvioinnissa tuli esille, että Suomessa oli liian vähän palliatiivista hoitoa tuntevia sosiaalityöntekijöitä ja psykologeja, mutta palliatiiviseen hoitoon erikoituneita hoitajia ja lääkäreitä oli riittävästi. (The 2015 Quality of Death Index.)

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laatua ja saatavuutta onkin viime vuosina Suomessa parannettu. Palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisen ja laadun parantamisen suositus ilmestyi vuonna 2019. Suositus painotti sitä, kuinka palliatiivinen hoito on ihmisoikeus ja tarpeenmukainen palliatiivinen hoito ja saattohoito on järjestettävä kaikille sitä tarvitseville diagnoosista riippumatta eri terveydenhuollon tasoilla ja sosiaalihuollon yksiköissä. Hoidon porrastaminen hoidon vaativuuden mukaisesti tapahtuu kolmiportaiseen malliin mukaisesti: Palvelujen järjestäminen perustasolla, erityistasolla ja vaativalla erityistasolla. Suosituksessa korostettiin lisäksi osaamisen ja moniammatillisen yhteistyön, sekä psykososiaalisen ja eksistentiaalisen tuen vahvistamisen tärkeyttä terveydenhuollon eri yksiköissä ja sosiaalihuollon yksiköissä. (Saarto & Finne-Soveri 2019, 184.)

Kehittämishankkeita laadun ja saatavuuden parantamiseksi onkin nyt toteutettu kaikilla hyvinvointialueilla vuosina 2021-2024. Näiden hankkeiden myötä uudet rakenteet ja kehittyneemmät toimintamallit ovat jääneet osaksi hyvinvointialueiden toimintaa. Palliatiiv-

visten keskusten ja kotisairaaloitten määrää on lisätty sekä saattohoidon osaamista kehitetty. Näiden hankkeiden avulla on haluttu varmistaa kaikille palliatiivista hoitoa tarvitseville oikea-aikainen ja yhdenvertainen hoito, huolenpito ja hoiva elämän loppuvaiheessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2025.)

Kansainvälisesti palliatiivisen hoidon yhteisinä arvoina ja periaatteina voidaan pitää kokonaisvaltaista ja monialaista lähestymistapa, sekä hoidon integrointia muuhun hoitoon sairauden varhaisessa vaiheessa. Vaikka palvelut vaihtelevat eri maissa, niin yhteistä on keskittyminen potilaiden elämänlaadun parantamiseen kivun ja ahdistavien oireiden hallinnalla, sekä sopeutumaan sairauteen, luopumiseen ja lähestyvään kuolemaan. Kuitenkaan unohtamatta tukea potilasta elämään mahdollisimman aktiivista elämää kuolemaan asti. Kuolema halutaankin nähdä normaalina elämään kuuluvana prosessina, jota ei kiihdytetä eikä viivytetä. Hoidolla halutaan vahvistaa jäljellä olevaa elämää, tavoitteena säilyttää paras mahdollinen elämänlaatu loppuun saakka. (Piili 2019, 21.)

2.2 Perhe osana hoitoyksikköä ja hoidon eettiset lähtökohdat

Parantumaton vakava sairaus ja siihen liittyvänä väistämätön elämästä luopuminen aiheuttavat asianosaisella ja hänen läheisillään monenlaisia tunteita, joiden käsittelyyn he tarvitsevat usein ulkopuolista tukea. Kärsimystä on laadultaan kuvailtu fyysiseksi, psykososiaaliseksi ja eksistentiaaliseksi (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä-hoitosuositus 2019). Hoidossa tulisikin keskittyä fyysisten oireiden hallinnan lisäksi, vastaamaan sosiaalisiin, hengellisiin ja psykologisiin tarpeisiin kärsimyksen lievittämiseksi (SPHY 2025).

Palliatiiviseen hoitoyksikköön kuuluu hoitoa saavan henkilön lisäksi hänen perheensä (Hall ym.2011). Perheen merkitys korostuu erityisesti kotihoidon onnistumisessa, koska kotihoitoa haluava on usein riippuvainen perheen halusta ja kyvystä auttaa hoidossa virallisten tahojen lisäksi. Läheiset voivat perushoidon lisäksi auttaa henkisissä, sosiaalisissa ja taloudellisissa tuen tarpeissa sekä yhteydenpidossa terveyspalveluihin ja terveydentilaa koskevien tietojen käsittelyssä. Myös kotisairaaloiminnan mahdollistuminen vaatii usein epävirallisen hoitajan asiakkaan kotiin, jolloin hänelle voidaan siirtää vastuuta tehtävistä, joista sairaalassa vastaavat hoitotyön ammattilaiset. Kotisairaaloiminnassa samassa taloudessa asuvalle siirtyy enemmän vastuuta ja hoitoon sitoutumista kuin sairaalassa hoidettavalle. (Lämsä ym. 2021, 8–13.)

Kotona elämän lopun hoidon onnistuminen ja mahdollisen toivotun kotona tapahtuvan kuoleman saavuttaminen vaativat onnistuakseen moninaisia tuen keinoja ja riittävän turvalliset olosuhteet sekä tuen asiakkaan kanssa samassa taloudessa eläville läheisille ja omaishoitajille. Sosiaaliset olosuhteet ja laajemmat tukiverkostot vaikuttavat kotikuoleman mahdollistumiseen. Näihin kuuluvat läheisten ja ystävien osallisuus, hoitajien mahdollisuus läsnäoloon ja kotiin tuotavien palvelujen riittävyys. (Rosenberg ym. 2017, 362.)

Palliativinen hoito pyritäänkin järjestämään aina ensisijaisesti siellä, missä ihminen asuu tai missä häntä hoidetaan muutenkin. Hoitoa tarjoavat sekä julkiset että yksityiset palveluntuottajat, joita ovat: ympärivuorokautisen palveluasumisen yksiköt, yhteisöllisen asumisen yksiköt, kotihoidon yksiköt, terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastot. Eri-tyistason palliativisesta hoidosta vastaa kotona asuvilla kotisairaala ja laitoksissa saattohoitokodit, sairaalat ja asumispalveluyksiköt. Palliativinen hoito jatkuu potilaan kuoleman jälkeenkin, sisältäen vainajan arvokkaan ja kunnioittavan kohtelun, sekä omaisten tukemisen kuoleman jälkeen. (THL.)

Koti tilana, jossa hoito toteutetaan, on usein nähty lisäävän ihmisen autonomiaa, koska se mahdollistaa henkilökohtaisemman ja yksilöllisemmän hoidon kuin sairaala. Kotia ympäristönä voidaan pitää terapeuttisena, johtuen sen vapauden tunnetta usein lisäävästä vaikutuksesta. Sairauden kokemuksella on myös todettu olevan yhteys paikkaan, jossa hoito toteutetaan. (Fjose ym. 2018, 4.) Kotia on määritelty palliativisen hoidon yhteydessä myös hyvinvoinnin lähtökohtana, jossa suhteilla ja kokemuksella, paikkaan kiinnittymisellä, mukavuuden ja turvallisuuden tunteella on merkitystä. Lisäksi kotiin ympäristönä on liitetty monenlaisia merkityksiä, kuten voimaantuminen, itsensä kanssa sovinnon tekeminen ja suhteiden merkitykset toisten, asioiden, toimintojen ja paikkojen kanssa. (Saarnio ym. 2015, 312–313.)

Palliativisessa hoidossa on tärkeää kunnioittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja toiveita elämän lopun hoidosta myös silloin, kun hoidettava ei enää pysty omaa tahtoaan itse ilmaisemaan. Tämän toteutumisen tueksi on käytössä elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma, jossa on hyvissä ajoin mietittynä hoitolinjaukset ja suunnitelmat. Näin halutaan varmistaa potilaan toiveiden mukainen hoito, antaen sekä lääkäreille että hoitajille toimintaohjeet muuttuviin tilanteisiin. Hoitosuunnitelman tekee lääkäri yhdessä potilaan ja tarvittaessa hänen läheistensä kanssa. Hoitosuunnitelmaan on kirjattuna potilaan toiveet ja hoitotahto, lääketieteellinen tilanne ja ennuste, hoitolinjaukset, hoidon tavoit-

teet ja rajaukset eli ne toimenpiteet, joista on enemmän haittaa kuin hyötyä. Lisäksi suunnitelma sisältää läheisten näkemykset, hoitopaikan, konsultoivan tahon yhteystietoineen ja toimintaohjeet tilanteen äkillisen huononemisen varalle. Myös lääkkeelliset ja lääkkeettömät hoidot sekä apuvälineet, joiden avulla oireita voi helpottaa tulee selvittää suunnitelmasta. Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelman tulee olla kaikkien potilasta hoitavien ammattilaisten saatavilla ja sitä tulee päivittää tilanteen muuttuessa. (THL.)

Palliativisessa hoidossa on tärkeää ymmärtää ja tiedostaa eettiset kysymykset ja moraaliset ongelmat, joiden voidaan nähdä nojaavan teoreettisena kehyksenä toimivaan hoidon etiikkaan. Etiikka pohjautuu klassiseen deontologiseen lähestymistapaan. Sen periaatteita ovat 1. autonomia eli yksilölle annetaan vapaus tehdä omat valinnat, 2. oikeudenmukaisuus eli oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon edistäminen yksilöiden keskuudessa sekä 3. hyvyys eli tehdä toiselle hyvää ja toimia hänen etujensa parhaaksi. Päämääränä kaikessa tulee olla potilaan etu. Ammattilaisilta vaaditaankin hyviä eettisiä-, kommunikointi- ja suhdetaitoja kliinisten taitojen lisäksi. Lisäksi laadukkaaseen viestintään kuuluu, että hoitoa antavat ammattilaiset tunnustavat ja käsittelevät eettiset kysymykset olemalla myös tietoisia moraalisisista ongelmista, jotka voivat tulla eteen etenkin päätöksentekoon liittyen. Palliativisessa hoidossa olevan ihmisen kohdalla, voi ajatus täysin itsenäisestä ja tietoisesta subjektista muuttua sairauden edetessä, jolloin tulee huomioida ihmisen monimutkaisuus ja toimijuuden mahdollisuudet ihmissuhteiden ohella kokonaisvaltaisesti (De Panfilis ym. 2019, 1–2.)

Yleisin päätöksenteon tapa palliativisessa hoidossa on jaettu päätöksenteko, johon asiakkaan lisäksi voivat osallistua hänen toivomuksestaan perheenjäsenet, tärkeät ihmiset ja hoitohenkilökunta. Tarkoituksena on ennen varsinaista tietoa päätöksentekoa jakaa tietoa osallistujien kesken, jonka pohjalta yhteinen päätös asiakkaan ja lääkärin kanssa voidaan lopulta tehdä. Lähtökohtaisesti päätös aktiivisten hoitojen lopettamisesta ja siirtymisestä palliativiseen hoitoon tehdään yhteisymmärryksessä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. Laissa ei ole määräyksiä aktiivisen hoidon lopettamisesta, vaan päätös nojaa lääkärin ammattitaitoon ja osaamiseen arvioida tilanne lääketieteellisesti potilaan edun mukaisesti, johon liittyy kärsimystä pitkittävästä hoidosta luopuminen tilanteessa, kun parantavia hoitoja sairauteen ei enää ole. (Pahlman 2015, 205–207.)

Asianmukaisella ja oikea-aikaisella päätöksenteolla onkin nähty olevan suuri merkitys lievittämässä kärsimystä ennaltaehkäisemällä haitallisia ja kärsimystä pitkittäviä hoitoja (Piili 2019, 26). Riittävän varhaisessa vaiheessa tehty ennakoiva hoitosuunnitelma ja

saattohoitopäätös luovat pohjan palliatiiviselle hoidolle sekä siirryttäessä saattohoitoon (Sosiaali- ja terveysministeriö 2026). Ennakoivaa hoitosuunnitelma mahdollistaa yksilöä määrittelemään tavoitteensa ja mieltymyksensä myös sairauden siinä vaiheessa, kun osallistuminen päätöksentekoon on vaikeutunut ja rajoittunut. Sen eettisenä perustana voidaanankin pitää itsemääräämisoikeutta, yksilön kunnioittamista hallinnan säilyttämistä elämän loppuun asti. (Lehto ym.2019, 337–338.) Lisäksi kirjallisella tai suullisella hoitotahdon ilmaisulla voi henkilö jatkaa itsemääräämisoikeuttaan sairauden edetessä ja erityisen tärkeää tämä on vastaan tulevissa vaikeissa hoitopäätöksissä (Pahlman 2015, 203–204).

Perhesuhteet ja sen dynamiikka muuttuvat, kun erilaisia arjen tehtäviä ja vastuuta siirtyy sairastuneelta perheenjäsenille ja riippuvuus toisten tuesta lisääntyy (Lämsä 2021, 15). Joillekin perheenjäsenille suurempi vastuun ottaminen on vaikeaa kokiessaan menevänsä toisen tontille tai alueelle, juuri itsenäisyyden ja ihmisarvon suhteen (Fjose 2018, 6–7).

2.3 Moniammatillinen yhteistyö

Palliatiivisessa hoidossa moniammatilliseen tiimiin kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten lisäksi muitakin toimijoita, kuten seurakunnan-, järjestöjen- ja vapaaehtoisuustyöntekijöitä. Potilaskeskeisessä palliatiivisessa hoidossa myös asiakkaalla ja hänen läheisillään on aktiivinen rooli, kuten esimerkiksi juuri edellisessä luvussa käsitellyssä hoitoa koskevassa päätöksenteossa. (Kesonen ym. 2024, 110.)

Moniammatillisuutta voidaan kuvata eri ympäristöissä ja lainsäädännössä hyvin moninaisin eri käsittein, kuten monialainen, monitieteinen ja monitoimijainen. Myös rajatyön käsitettä on käytetty 1980-kuvulla, etenkin monitoimijuudesta puhuttaessa. Sillä on haluttu kuvata kuinka arkisissa käytännöissä yhteistyössä toimivien ammattilaisten toimivaltaa ja työskentelyaluetta on määritelty sekä miten ammattilaisen että asiakkaan asiantuntijuus on yhteistyössä huomioitu. (Mönkkönen & Kekoni 2020, 215–217.) Moniammatillisen yhteistyössä eri tiedon alat yhdistyvät asiakaslähtöisessä päätöksentekoprosessissa, kun eri koulutuksen saaneet ammattihenkilöt muodostavat niin sanotun moniammatillisen tiimin toteuttaakseen yhteisöllistä asiantuntijuutta yhdessä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. Asiantuntijuus ilmenee eri toimijoiden välisissä vuorovaikutustilanteissa, kun osataan kuunnella asiakkaan lisäksi toisia ammattilaisia, mutta myös perustellusti argumentoida omia näkemyksiä tilanteesta. Parhaimmillaan saavutetaan yhteisen keskustelun lopputuloksena moniammatillinen kokonaisvaltainen ymmärrys tilanteesta. (Isoherranen 2002, 146–147.)

Moniammatillisen yhteistyön ideaalimallissa hallinto ja toimintamallit tukevat moniammatillista yhteistyötä ja sen onnistumista tukee myös ammattilaisten asenne ja arvostus toista ammattiryhmää kohtaan. Asiantuntijan roolin muotoutuminen tiimissä perustuu ammattilaisen ammatti- identiteettiin ja koulutukseen. (Arajärvi ym. 2021, 48.)

Toimivien rakenteiden ohella moniammatillisen yhteistyön onnistumiseen tarvitaan johdolta käsin yhteistyön mahdollistajan roolia, jossa yhteistyöhön sitoudutaan ja sille annetaan henkilökohtainen tuki, kiinnostus ja tarvittavat resurssit. Lisäksi yhteistyötä edistäviksi tekijöiksi on tunnustettu myönteinen asenne yhteistyöhön, toisen työn arvostus, avoin keskusteluilmapiiri ja aika yhteistyölle sekä yhteiset tavoitteet ja toisen ammattilaisen työn sisällön tuntemus. (Hujala ym.2019, 592.)

Palliativisessa hoidossa yhteistyön sujuminen vaatii ammattilaisilta oman substanssi-osaamisen ohella vahvaa palliativisen hoidon osaamista ja tuntemusta omista sekä muiden ammattilaisten vastuista ja rooleista (Kesonen ym.2024, 110). Käytännössä kuitenkin eri ammattikuntien ajatukset, kokemukset ja näkemykset toisten asiantuntijuudesta usein vaihtelevat (Arajärvi 2024, 31). Sosiaalityöntekijällä, niin kuin muillakin moniammatillisen tiimin ammattilaisilla, tulisi vuorovaikutustilanteissa olla taitoja, kykyjä ja strategioita tuottaa asiantuntijaroolinsa kussakin tilanteessa (Isoherranen 2002, 148).

Viitekehyksenä systeemiteoriasta johdettu biopsykososiaalinen malli sopii moniammatilliselle yhteistyölle terveydenhuollossa ja terveydenhuollon sekä sosiaalihuollon välillä. Siinä moniammatillisuutta ja terveyttä tarkastellaan rakennelmana, koostuen keskenään dynaamisessa vuorovaikutuksessa olevista biologisista, psykologisista ja sosiaalisista tekijöistä ilman eri tieteenalojen välistä vastakkaisasettelua. Systeemiteoreettisessa suuntauksessa ajatuksena on, että järjestelmän tai systeemin eri osat ovat yhteydessä ja vaikuttamassa toisiinsa mahdollistaen tunnistaa laajemmin ihmisen tilanteeseen vaikuttavia tekijöitä. Biopsykososiaalinen malli korostaa psykologisen ja sosiaalisen ulottuvuuden huomioimista hoidossa ja ihmisen holistisuuden rakentamassa hyvinvointia pelkän lääketieteellisen ajattelun sijaan. (Arajärvi 2024, 29–31.)

Moniammatillisen yhteistyön tärkeyttä korostetaan yksilöllisessä ja kokonaisvaltaisessa palliativisessa hoidossa. Kesosen ja kumppaneiden tutkimuksessa (2024) kuvattiin moniammatillista yhteistyötä ammattilaisten näkökulmasta erityistason palliativisessa hoidossa ja sen mukaan moniammatillinen yhteistyö näyttäytyy asiakkaan yksilöllisistä tar-

peista lähtevänä, eri ammattien osaamisen yhdistämisenä ja moniammatillisen tiimin ammatilliset rajat ylittävänä kommunikaationa ja kollegiaalisuutena. Saattohoitoon siirtymisen vaiheessa moniammatillinen yhteistyö tiivistyy entisestään. Samalla herkkyyks työssä korostuu, koska asiakkaan sekä läheisten tilanne on muuttunut ja tuen tarpeet samalla lisääntyneet.

3 Psykososiaalinen lähestymistapa palliativisen hoidon sosiaalityössä

3.1 Psykososiaaliset tuen tarpeet palliativisessa hoidossa

Tieto hengenvaarallisen tai vakavan sairauden parantumattomuudesta ja palliativiseen hoitoon siirtymisestä tuo lähestyvän kuoleman todelliseksi, joka koettelee terveyttä, tavoitteita, järkevää toimintaa ja yhteistyötä. Tässä uudessa ja vaikeassa elämäntilanteessa haastetaan ihmisen psyykkistä kestävyyttä ja resilienssiä eli muutosjoustavuutta. (Seppänen ym. 2020, 365.) Totuttu arki täyttyy epätietoisuudella ja huolella tulevasta, joka voi aiheuttaa ihmiselle ja hänen läheisilleen jopa psyykkisen kriisin (Saukkonen ym. 2017, 196). Psykososiaalisia haasteita voi lisätä sairauden hallintaa edistävien taitojen ja tietojen vähyys (Marcus 2016, 1).

Psykososiaalisen tuen tarvetta lisäävät emotionaalinen ahdistus ja kärsimys, mielialan lasku ja tyytymättömyys, hermostuneisuus ja sekavuus, sosiaalisen tuen puute ja yksinäisyys, sekä toivottomuus ja suuri kuoleman halu (Stow 2019, 409). Eksistentiaalinen ahdistus liittyy kuoleman kohtaamiseen, uhkaamalla yksilön olemassaolon mielekkyyttä. Se voi sisältää merkityksettömyyden kokemusta, syyllisyyttä, sosiaalista eristäytyneisyyttä ja mahdollisia ristiriitoja oman identiteetin sekä ympärillä olevan maailman välillä. Epävarmuuden kuoleman jälkeisestä elämästä on nähty lisäävän ahdistusta ja siksi kristilliseen sanomaan liittyä uuden elämän toivo ja ateistinen näkemys kaiken päättymisestä voivat tuoda helpotusta olotilaan. (Seppänen ym. 2020.) Kotisairaala käsittelevässä tutkimuksessa (Lämsä ym. 2021, 15) tuotiin esille sitä, kuinka huolet lisääntyvät sairastavalla ja hänen läheisillään vastuun sekä tehtävien siirtyessä enemmän läheisille. Tämä riippuvuus läheisten tuesta saattaa lisätä syyllisyyttä asiakkaalla perhesuhteiden dynamiikan muuttuessa ja toisaalta myös samanaikaisesti olla kaipuuta heidän suuremmasta tuestaan.

Moniammatillisessa biopsykososiaalisessa hoidossa viestinnällä on suuri merkitys. Viestinnän heikkous voi näyttäytyä siten, että potilaan ongelmiin ei vastata riittävillä selviyksillä tai ennakoita tulevaisuudennäkymistä ja mahdollisuuksista vaillinaisesti. Joskus hoidon tarkoitus on voinut hämärtyä ja jopa hävitä kokonaan eri osapuolten kiistellessä hoidon linjauksista. Viestinnän haasteita lisäävätkin ajoittain myös asiakkaan ja läheisten vaatimukset, haastavat lääkäri -potilassuhteet sekä eri osallistujien voimakkaat tunteet tilanteessa. (Marcus 2016, 1–2.) Riittävä tiedonsaanti vakavasta sairaudesta edistää selviytymistä ja turvallisuuden tunnetta palliatiivisen hoidon asiakkailla ja heidän perheillään (Fjose 2018, 1–2). Lisäksi säännöllinen yhteydenpito ammattilaisen ja asiakkaan välillä sekä riittävien terveyspalvelujen saatavuus lisäävät turvallisuuden tunnetta ja luottamusta (Lämsä ym. 2021, 19). Silloin kun asiakkaan voimavarat ovat vähissä, on erityisen tärkeää kuulla kaikkia asiakkaan kysymyksiä. Näin hänelle voi syntyä kokemus autetuksi tulemisesta. Tuen tulee sisältää tiedon välittämistä ja tilanteen selkiyttämistä sekä tilanteiden ennakointia. Tarvitaan riittävästi aikaa avoimen ja luottamuksellisen dialogin rakentamiseksi asiakkaan ja ammattilaisen välillä sekä tunnistamaan kannattelevat suhteet asiakkaan ja hänen läheistensä elämässä. Tällaisen hyvän yhteyden turvin voidaan tukea asiakasta läheisineen kohtaaman yksi elämän haastavimmista kokemuksista. (Sepänen ym. 2020, 366.)

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon aikana psykososiaaliset tarpeet muuttuvat sairauden edetessä. Siirtymävaiheissa diagnoosin saamisesta kuolemaan saakka korostuvat ahdistuksen ja oireiden hallinta (Marcus 2016, 1–2). On huomattu, että nuoremmilla esiintyy enemmän psykososiaalisia oireita ja ristiriitoja kuin vanhemmilla ihmisillä. Sairaudella on nuoremmilla enemmän vaikutusta eri elämän alueen rooleihin kuin iäkkäämmillä, kuten vaikka vanhemman tai työntekijän rooleihin. (Valdes-Strauber ym. 2013.) Toisaalta palliatiivisessa hoidossa olevilla iäkkäämmillä ja gerontologisen sosiaalityön asiakkailla voi olla haasteita ikääntymiseen liittyen myös psyykkisellä puolella kuten muistisairautta ja liikuntarajoitteisuutta. Lisäksi heillä voi yhtä hyvin esiintyä niin kuin toki nuoremmillakin alkoholiongelmia, yksinäisyyttä ja sosiaalista eristäytyneisyyttä. Myös taloudellista hyväksikäyttöä voi olla. Tärkeänä psykososiaalisessa työotteessa voidaan pitää asiakkaiden ja asiantuntijoiden välistä tasavertaisuutta, yhdenvertaisuutta ja yhteistä näkemystä tavoitteista sekä tarvittavista tukitoimista. Tärkeää on osata tukea asiakkaan yksilöllistä tilannetta huomioiden sairauksien tuomat rajoitteet toimintakykyyn. Lisäksi sosiaalityöntekijältä vaaditaan empatiakykyä ja kykyä osata kunnioittaa asiakkaan itsemääräämiso-

keutta, johon liittyy asiakkaan tekemät omat ratkaisut elämänsä suhteen. Ikäihmisten sosiaalisuudessa psykososiaalisella työllä tarkoitetaan laaja-alaista, asiakaslähtöistä ja yksilöllistä sosiaalisuutta. (Ollikainen 2025.)

Perhe- ja ystävyysuhteet vaikuttavat ihmisen hyvinvointiin elämän loppupuolella erityisesti, koska silloin sairaudet ja erilaiset pelot saattavat lisätä syrjään jäämistä ihmissuhteista. Joskus ihmissuhteet ovat valmiiksi rikkoutuneet eivätkä ne kuoleman läheisyydessä useinkaan automaattisesti korjautu. Kuitenkin myös uusia suhteita voi syntyä etenkin vertaisuudesta ja osalla ihmissuhteet voivat muuttua sekä syvemmiksi että merkityksellisemmiksi. Yksinäisyyteen vetäytyminen saattaa joillakin olla myös tietoista ja toivottua osana omaa kuoleman prosessia. (Seppänen ym.2020, 363–365.)

Haastavaan elämäntilanteeseen sopeutumiseen vaaditaan sairastuneelta ja hänen läheisiltään resilienssiä, johon vaikuttavat yksilöllisten tekijöiden ohella aikaisemmat kokemukset ja vuorovaikutussuhteet läheisten kanssa. Perhesuhteiden toimivuus, kyky sopeutua vaativaan tilanteeseen ja ongelmanratkaisukyky ovat tekijöitä, joilla on merkitystä sopeutumiseen. Olemassa olevia voimavaroja ja selviytymiskeinoja vahvistamalla voidaan tukea asiakasta ja hänen läheisiään palliatiivisen hoidon aikana. (Saukkonen ym. 2017, 195–196; Seppänen ym.2020, 365.)

Elämänlaatua parantavilla psykososiaalisilla interventioilla, palveluilla ja toimenpiteillä voidaan auttaa psykososiaalisista ongelmista ja haasteita kärsivää ihmistä ja hänen perhettään. Kokonaisvaltaiseen palliatiiviseen työhön tulisi aina kuulua psykososiaalisia keskusteluja ja neuvontaa, joissa on mahdollista puhua hoidon odotuksista, tavoitteista ja muista hoitoa saavaa ja perhettä mietityttävistä asioista. (Marcus 2016, 1–2.) Hoitoeettiseen lähestymistapaan palliatiivisessa hoidossa kuuluu myötätuntoisen ja ymmärtäväisen hoidon lisäksi totuuden kertominen ja toivon ylläpitäminen, myös hengellisten tarpeiden huomiointi ja hoidettavan autonomian tukeminen mahdollisimman pitkälle on tärkeää (De Panfilis ym. 2019, 7). Ihminen toivoo eheään minäkuvaan liittyen saada olla sellainen kuin on, tunnustettu ja kokonainen. Muihin mieltymyksiin palliatiivisessa hoidossa kuuluvat oireiden hallinnan ohella psykososiaalinen hyvinvointi, osallisuus ja halu elää merkityksellistä ja mielekästä elämää loppuun saakka. Tärkeänä pidetään myös itsemääräämisoikeuden toteutumista ja sosiaalisia suhteita. (Sandsdalen ym. 2015, 415.) Erityisesti sellaiset interventiot, joissa keskistytään tukemaan ihmisarvoon liittyviä psykososiaalisia ja eksistentiaalisia ongelmia, pidetään tarpeellisina vakavasti sairailta syöpäpotilailla (Houmann ym. 2014, 449). Tuen ja tarpeiden kartoituksessa arvioidaan psykologis-

ten kykyjen lisäksi asiakkaan tilanteeseen vaikuttavat sosiaaliset tekijät, kuten perhesuhteet ja muut ihmissuhdeverkot sekä toimeentulo. Oleellista on myös tutkia sitä, miten yksilö on vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa ja mitkä asiat siinä parantavat tai heikentävät hänen hyvinvointiaan. (Ollikainen 2025.)

3.2 Psykososiaalinen sosiaalityö

Psykososiaalinen käsitteenä on vakiintunut osaksi sosiaalityön tutkimusta ja keskustelua. Se voidaankin nähdä yhtenä sosiaalityön perusorientaatioista ja jopa sosiaalityölle ominaislaadun antavana käsitteenä. Monitulkintaisen luonteensa vuoksi on tarpeen ymmärtää se ajassa ja paikassa muuntautuvana kontekstisidonnaisena käsitteenä, saaden työmuotona monenlaisia painotuksia. (Granfelt & Kiuru 2023, 163.) Psykososiaalisessa sosiaalityössä keskeistä on asiakkaan kokonaisvaltainen kohtaaminen, hyödyntäen sekä psykologista että sosiaalista tietoa asiakkaan tuen ja hoidon suunnittelussa (Ollikainen 2025). Granfeltin ja Kiurun (2023, 176) mukaan lähestymistapana psykososiaalinen ohjaa meitä sosiaalityössä keskittymään siihen miten psykologista tietoa ja psykoterapeuttista osaamista on tarkoituksenmukaista huomioida sosiaalityön tehtävissä. Lisäksi on tärkeää osana kokonaistilanteen jäsenystä pyrkiä ymmärtämään tunnekokemuksia, mikä edellyttääkin työntekijältä kykyä sensitiivisesti kohdata asiakkaan henkilökohtaisen elämän kysymyksiä sekä vastaanottaa vaikeita tunteita kuten surua vihaa, häpeää ja syyllisyyttä.

Psykososiaalisen sosiaalityön juuret ulottuvat amerikkalaiseen case workin tapauskohtaiseen traditioon, jonka edelläkävijänä voidaan pitää Mary Richmondia. Hän esitti jo vuonna 1917 julkaistussa teoksessaan *Social Diagnosis* sosiaalityön perustehtävän olevan yksilön persoonallisuuden kehittämisen, kehittämällä yksilön ja ympäristön välistä vuorovaikutussuhdetta. Lisäksi psykososiaalisen sosiaalityön on nähty saaneen vaikutteita myös systeemiteoriasta siten, että vaikuttamalla sosiaalityön keinoin yhteen systeemin osaan vaikutetaan samalla yksilön kokonaishyvinvointiin. (Ollikainen 2025.)

Psykososiaalisessa työskentelyorientaatioissa konkretisoituvat asiakkaan ja työntekijän luottamukseen perustuva vuorovaikutussuhde sekä yritys huomioida psykologian osuutta sosiaalityön tietoperustassa. Tärkeää on pyrkimys ymmärtää asiakkaiden tilanteita ja kokemuksilleen antamia merkityksiä, jotta sen kautta voi muodostua perusta välittävälle asiakkaan kokonaistilanteeseen kohdistuvalle työskentelyorientaatiolle. (Granfelt &

Kiuru 2023, 166.) Kuitenkin *Talentia*-lehden artikkelissaan Ollikainen (2025) toi esille kuinka yleisenä työotteena pidetyn psykososiaalisen sosiaalityön toteutuminen jää konkreettina tasolla epäselväksi, johtuen juuri käsitteen monitulkinnallisuudesta ja laajuudesta. Myös psykososiaalisen sosiaalityön asiantuntijuutta moniammatillisella nuorisopsykiatrian poliklinikalla tutkineiden Arajärven ja kumppanien (2021) mukaan tavoitteet hoitotyölle nuorisopsykiatrian kontekstissa muodostuvat ajoittain liikaa psykiatrisen hoidon näkökulmasta, eikä sosiaalisia tekijöitä saateta huomioida. Terveyssozialityöntekijältä vaaditaankin moniammatillisessa yhteistyössä vahvaa ammatti-identiteettiä ja taitoa perustella psykososiaalisen työnsä asemaa, jotta sosiaalinen puoli psykososiaalisesta työtoteesta ei jäisi liian vähälle huomiolle.

Eri ammattiryhmillä korostuu psykososiaalisessa työssä eri piirteet, mutta yleisesti viitataan yksilön ja sosiaalisen ympäristön väliseen vuorovaikutukseen, jossa tavoitteena on usein muutos yksilön ajatuksissa, toimintatavoissa ja sosiaalisessa tilanteessa. Lähtökohdiana voidaan pitää näkemystä, jonka mukaan ihminen on ymmärrettävissä ainoastaan elämänyhteyksissään. Tätä kokonaisuutta sosiaalityöntekijän tulisi osata hahmottaa jäsentämällä elämäntilanteen eri osa-alueiden välisiä suhteita. Työn ytimenä on nähty olevan yhdessä kokemisen ja tekemisen myötä syntyvää yhteistä ymmärrystä eli jaettua asiantuntijuutta. Sosiaalityön toiminnallisena lähtökohdiana voidaan pitää juuri Mary Richmondin (1917) ihminen sosiaalisessa tilanteessa analyysiä, jonka kautta voi rakentua vähitellen kokonaisvaltainen ymmärrys tilanteesta. (Granfelt & Kiuru 2023, 165.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2023) mukaan on ollut epäselvyyttä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelujen sisällöissä ja etenkin rajanvedossa psykososiaalisten hoitojen ja sosiaalihuollon psykososiaalisen työn välillä. Tätä rajanvetoa on yritetty selvittää mielenterveys- ja päihdelainsäädännön uudistuksen yhteydessä (HE 197/2022 vp). Sen mukaan sosiaalihuollon interventiossa keskitytään yksilön, perheen ja yhteisön sosiaalisen hyvinvoinnin, turvallisuuden, toimintakyvyn ja osallisuuden edistämiseen tai elämäntilanteen ja erilaisten ongelmien selvittämiseen. Terveysministeriön intervention ensisijaisena tarkoituksena on enemmän hoito tai lääkinällinen kuntoutus suoriutumisen ja toimintakyvyn tukemiseksi, vaikka niihin kuuluisikin potilaan muun elämäntilanteen tarkastelua ja sosiaalisia taitoja edistävää kuntoutusta. Granfeltin ja Kiurun (2023, 166) mukaan sosiaalisen tilanteen merkitys korostuu psykososiaalisessa työssä. Psykososiaalisen työn peruselementtejä on luottamukseen perustuva vuorovaikutussuhde ja siksi terapia-sanaa

yritetään yhdistää siihen, vaikka työntekijällä ei olisi terapeutin koulutusta. Psykososiaalista työtä voidaan pitää sosiaalityölle luonteenomaisena työskentelyotteena, jossa sosiaalityöntekijällä tulee hyvien vuorovaikutustaitojen lisäksi olla sekä ymmärrystä kohdeilmästä että tuntemusta palvelujärjestelmästä. Lisäksi taustaorganisaatio vaikuttaa paljon siihen, kuinka psykososiaalista työtä voidaan eri konteksteissa toteuttaa.

Psykososiaalisella tarkoitetaan sekä psyykkiset että sosiaaliset tekijät huomioon ottavaa. Psykososiaalinen tuki voidaan mieltää yhdeksi psykososiaaliseksi menetelmäksi, jolla halutaan tukea yksilön omia voimavaroja ja hänelle ominaisia selviytymiskeinoja. Psykososiaalinen tuki esimerkiksi äkillisesti järkyttävissä tilanteissa pitää sisällään terveydenhuollon akuutin kriisityön ja sosiaalihuollon sosiaalityönä ja sosiaaliohjauksena annetun välittömän tuen, Psykososiaaliseen tukeen voidaan nähdä kuuluvan sekä psykososiaaliset hoitomenetelmät että sosiaalihuollon psykososiaaliset työmenetelmät. Psykososiaalisten hoitomenetelmien tavoitteena on edistää potilaan terveyttä, toimintakykyä ja hyvinvointia. Hoitomenetelminä tavallisesti käytetään psykoedukaatiota eli koulutusellista terapiaa, psykoterapioita ja niiden tekniikoihin perustuvia hoitoja sekä perhepohjaista hoitoa. Näiden menetelmien avulla halutaan vaikuttaa ihmisen käyttäytymiseen, tunteiden hallintaan ja tiedon käsittelyyn. Näitä hoitoja voivat antaa kyseiseen menetelmään koulutetut sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset tai psykoterapeutit. (STM 2023.)

Sosiaalihuollon psykososiaalisilla työmenetelmillä tarkoitetaan sosiaalihuollon asiakkaalle annettua psykososiaalista tukea, jolla halutaan vahvistaa tietoja ja taitoja psykososiaalisen hyvinvoinnin edistämiseksi, eikä kyse ole mielenterveyden oireiden tai häiriön hoidosta. Psykososiaalinen hoito taas määritelmällisesti tarkoittaa erilaisia terveydenhuollon monimuotoisia toimia, joilla halutaan edistää potilaan toimintakykyä ja hyvinvointia. Näihin toimiin kuuluvat arjen psykososiaalinen tuki, omahoidon tuki ja spesifi psykoterapia ja erilaiset hoitomenetelmät. Terveystuollon menetelminä psykososiaalisten hoitomenetelmien sisältö tulee kirjata potilasasiakirjoihin ja niitä voidaan soveltuvin osin käyttää myös sosiaalihuollon ammattilaisten työmenetelminä. (STM 2023.)

Sosiaalityön eettinen sitoumuksemme on vastustaa eriarvoistumiskehitystä ja puolustaa heikoimmassa asemassa olevien oikeuksia. Sosiaalityön tuleekin holistisen ja humanistisen ihmiskäsityksen mukaisesti kohdistaa voimavaransa haavoittuvassa tilanteessa elävien ihmisten kokonaisvaltaiseen tukemiseen. Haavoittuvuudesta käsitteenä on viime

vuosina puhuttu paljon sekä sosiaalityön kansainvälisessä että kansallisessa tutkimuksessa. Käsitteenä se tavoittaa sekä yhteiskunnalliseen eriarvoisuuteen liittyvän haavoittuvuuden että yksilopsykologiseen haavoittuvuuden. Sosiaalityössä huomio erityisesti kiinnittyy pelkän yksilön tai ryhmän ominaisuuden ohella haavoittaviin tilanteisiin ja palvelujärjestelmän haavoittaviin käytäntöihin. Eikä kukaan ole suojattu haavoittavilta tilanteilta ja tapahtumilta elämässään. Psykososiaalinen lähestymistapa saa monenlaisiin elämäntilanteisiin kohdistuvana ja useissa sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävissä toteutuvana työskentelytapana erilaisia painotuksia. (Granfelt & Kiuru 2023, 163–164.)

Psykososiaalinen tuki on osa palliatiivisen hoidon kokonaisvaltaista hoitoa, jonka tavoitteena on ylläpitää ja parantaa elämänlaatua sekä vähentää ja ehkäistä kärsimystä. Palliatiivisessa hoidossa fyysisten tarpeiden lisäksi on erityisen tärkeää huomioida psyykkiset, sosiaaliset, eksistentiaaliset, henkiset sekä hengelliset tarpeet, unohtamatta läheisten tukemista. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä-hoitosuositus 2019.) Psykososiaalisen tuen antamisessa voidaan tärkeänä lähtökohtana pitää kohtaamista, kuuntelemista, tiedon antamista ja tarpeiden kartoittamista sekä tuen riittävyyden arviointia ja seuranta. Tuki on yksilöllisistä tarpeista lähtöisin olevaa keskustelutukea. (Saarto ym.2022, 25–35.)

Psykososiaalisella tuella autetaan potilaita ja heidän läheisiään sopeutumaan sairauden mukanaan tuomiin muutoksiin ja ehkäisemään ja lievittämään siitä johtuvaa kuormitusta. Riittävä ja oikea-aikainen psykososiaalinen tuki voi lisätä elämänlaatua ja vähentää kärsimystä, sekä auttaa läheisiä sopeutumaan muuttuvaan tilanteeseen. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä-hoitosuositus 2019.) Tukikeskustelujen aiheet voivat liittyä esimerkiksi kotona selviytymiseen, psyykkiseen kuormittumiseen, taloudelliseen tilanteeseen, läheisten hoitokysymyksiin, hengellisiin ja henkisiin kysymyksiin sekä ihmissuhteisiin. Tukeen kuuluu myös kuoleman jälkeiseen elämään liittyvistä asioista ja tunteista keskustelua. (Saarto ym. 2022.) Psykososiaalisen sosiaalityön ytimenä voidaan pitää kokonais-tilanteen arvioinnin ohella psykologista ymmärrystä ihmisen käyttäytymisestä ja persoonallisuudesta (Arajärvi ym. 2020, 358–369).

4 Tutkimuksen toteutus

4.1 Tutkimustehtävä ja tutkimuskysymykset

Tutkittavasta ilmiöstä ei voi ottaa kaikkea haltuun, vaan aina vain rajatusta näkökulmasta käsin. Näkökulman käsite ja paradigma ovat lähellä toisiaan. Yksinkertaistettuna voidaan puhua erilaisista tavoista ja näkökulmasta tarkastella todellisuutta ja siitä saadun tiedon luonnetta, sekä tiedon tuottamisen mahdollisuuksia. Tutkijana katsettani ja valintojani ohjaa näkökulma koko tutkimusprosessin ajan. Tiedostan, että elementtejä eri näkökulmista voi myös yhdistää. (Jokinen 2021.)

Tässä tutkielmassa näkökulmakseni sopisi konstruktionistisen ja faktanäkökulman yhdistelmä, koska toisaalta kiinnostuksen kohteenani on aiheeseen liittyvät tosiasiat ja erialiset asiasiantilat ja tässä tulen käyttämään tutkimuskohteesta kertovia tekstejä aineistona (Jokinen 2021). Olen kiinnostunut niistä tiedoista, joita valitsemani lähteet välittävät kertomastaan asiasta.

Toisaalta näkökulmaani voi pitää konstruktiivisena, koska mielenkiintoni on myös kulttuurisissa merkityksenannoissa, joissa todellisuutta rakennetaan ja todellisuutta voidaan tehdä ymmärrettäväksi myös erilaisilla puhetavoilla, joilla on myös erilaisia seurauksia. Konstruktionismissä nähdään, että kieli aktiivisesti tuottaa todellisuutta, eikä vain heijasta sitä. Siinä puhujat ja kirjoittajat tekevät monia valintoja tuottaessaan todellisuudesta tietynlaisen kuvan (Jokinen 2021).

Tutkielmani tutkimustehtävänä on lisätä tietoa palliatiivisen hoidon sosiaalityöstä ja sen psykososiaalisesta asiantuntijuudesta ei-fyysisen kärsimyksen kohtaamisessa sekä tukemisessa osana moniammatillista ja laadukasta asiakas- ja perhekeskeistä palliatiivista hoitoa.

Tutkimuskysymykseni ovat:

1. Millaisia osaamistarpeita palliatiivisen hoidon erityisyydestä nousee psykososiaaliseen sosiaalityöhön?
2. Miten sosiaalityöntekijän psykososiaalinen asiantuntijuus näyttäytyy osana moniammatillista palliatiivista hoitoa?

Tutkimuskysymykseni ovat luonteeltaan melko laajoja muodoltaan, mutta antavat siten mielestäni valitsemalleni aineistolle enemmän mahdollisuuksia tutkimustehtäväni mukaiseen tiedon tuottamiseen ja samalla myös minulle tutkijana tai ”arvoituksen ratkaisijana” luovempaan aineiston analyysiin ja tulkintaan. Tutkimuskysymyksillä on merkittävä rooli siihen, mihin suuntaan katseeni aineistossa, sekä siihen mistä näkökulmasta sitä katson.

4.2 Aineisto ja sen kerääminen

Tutkimusmenetelmänäni on laadullinen kirjallisuuskatsaus ja tutkimustehtäväni selvittämiseksi sekä tutkimuskysymyksiini vastaamiseksi näen sen aineistonkeruutapana parhaiten soveltuvan tavoitteeseeni. Halusin tutkimukseni avulla löytää tietoa ja tuottaa tietoa suomalaiseen sosiaalityön tutkimukseen palliativisen hoidon sosiaalityöstä kansainvälisestä tutkimuksesta. Kirjallisuuskatsauksella yleisesti halutaan juuri nostaa esiin tutkimuksien tuottamasta tiedosta teemoja, jotka ovat liitettävissä useisiin tutkimuksiin, ja samalla halutaan osallistua ilmiöön liittyvään keskusteluun analysoimalla ja arvioimalla löydettyä tietoa (Ronkainen 2026).

Aineistoni koostuu pääasiassa kansainvälisistä vertaisarvioituista tieteellisistä tutkimusartikkeleista vuosilta 2019–2026. Keräsin aineiston eri tiedonhakukoneita käyttäen, kuten Luc-Finnan kansainvälisten artikkelien hakua. Hain artikkeleita erilaisilla hakutermeillä ja rajasin haun aikavälille 2019–2026 julkaistuihin vertaisarvioituihin, koko tekstin omaaviin artikkeleihin. Esimerkiksi seuraavilla hakusanoilla olen tieteellisiä julkaisuja hakenut eri hakukoneista: Social work AND palliative care OR treatment OR support ja psychosocial support AND social work AND palliative care. Aineistonkeruun eri tietokannoista ja tehdyt rajaukset on esitetty seuraavasta taulukossa 1.

Taulukko1. Aineistonkeruu

Tietokanta	Hakusanat	Tehdyt rajaukset
LUC-Finna Kansainväliset E-aineistot	social work AND palliative care OR treatment OR support	Julkaisuvuosi 2019–2026 Kokoteksti Vertaisarvioitu Sosiaalitieteet Verkossa saatavilla
LUC-Finna Kansainväliset E-aineistot	psychosocial support AND social work AND palliative care	Julkaisuvuosi 2019–2026 Kokoteksti Vertaisarvioitu Sosiaalitieteet Verkossa saatavilla
LUC-Finna	palliativinen hoito JA sosiaalityö	Julkaisuvuosi 2019-2026 Kokoteksti Vertaisarvioitu
EBSCO Academic search elite	psychosocial support AND social work OR social workers or social work practice OR social services) AND (palliative care OR terminal care or end of life care OR hospice care	Julkaisuvuosi 2019-2026 Kokoteksti Vertaisarvioitu
Finna.fi-tietokanta	sosiaalityö JA palliativinen hoito	

Tein erilaisilla hakuyhdistelmillä hakuja LUC-Finnasta ja LUC-Finnan kansainvälisestä aineistosta. LUC-Finnassa käytin hakusanoina palliativinen hoito JA sosiaalityö. Osumia sain vain kolme kappaletta, joista mikään ei täyttänyt hakukriteereitä. Finna.fi-tietokannasta löytyi hakusanoilla palliativinen hoito ja sosiaalityö 15 lähdetä. Mikään niistäkään eivät vastanneet hakukriteereitä eli vertaisarvioitua ja kokotekstin sisältävää artikkelia aikaväliltä 2019–2026. Opinnäytetöitä oli palliativinen hoito ja sosiaalityö -teemalla muutamia julkaistu. LUC-Finnan kansainvälisellä haulla sain lopulta runsaasti hakukriteerit täyttäviä julkaisuja, hakusanoilla social work OR socialworker AND palliative care OR treatment OR support. Runsaan hakutuloksen vuoksi ja lähteiden tuoreutta hakien rajasin

hakua vielä ajanjaksolla 2019–2026 julkaistuihin. Siitä huolimatta näillä hakusanoilla tuloksia tuli huomattava määrä, 2 028 971 kpl. Päätin rajata hakuani vielä kattamaan vain sosiaalitieteisiin kuuluvat julkaisut, jotta hakutulos kohdentuisi oikein. Tämä haku tuotikin tulokseksi huomattavasti pienemmän määrän, yhteensä 761 719 lähdettä.

Tein LUC-Finnan kansainvälisiin E-aineistoihin vielä uuden haun hakusanoilla psychosocial support AND social work AND palliative care. Lisäksi rajasin hakua aikaisempien hakurajausten mukaisesti vertaisarvioituihin ja kokoteksteihin, aikavälillä 2019–2026 julkaistuihin, sosiaalitieteisiin kuuluviin lähteisiin. Näin sain yhteensä 5547 lähdettä.

Suomalaisia tieteellisiä artikkeleita ei aiheesta ole julkaistu, lukuun ottamatta viime vuonna (2025) ilmestynyttä Miia Kontron tutkimusta, joka tarkasteli palliatiivisen hoidon kehitystä Suomessa ja sen yhteiskunnallista vaikuttavuutta. Se paljasti keskeisiksi kehittämisen teemoiksi Suomessa palliatiivisen hoidon kehityksen ja eettiset perusteet, roolien määrittelyn ja viestinnän tehostamisen sekä hoidon yhdenvertaisen saatavuuden ja alueellisen integraation. Tähän liittyen korostui erityisesti palliatiivisen hoidon saatavuuden parantaminen niiden henkilöiden osalta, joilla ei ole omaishoitajia. Kuitenkin yksinasuvilla henkilöillä tulisi olla tasapuolinen mahdollisuus hoitoon, jonka vuoksi liiallista riippuvuutta sukulaisista tulisi hoidossa välttää.

Kontron kirjallisuuskatsaus (2025) nosti alituttuiksi alueeksi palliatiivisen hoidon psykososiaaliset, emotionaaliset ja henkiset ulottuvuudet. Sosiaalityöntekijöitä, joilla on keskeinen rooli näihin tarpeisiin vastaamisessa, ei edelleenkään tunnusteta riittävästi politiikassa ja käytännössä. Heidän panoksensa kuten perhedynamiikan hallinta, suruneuvonnan tarjoaminen ja potilaiden puolustaminen mainitaan lyhyesti virallisissa suosituksissa, mutta niistä puuttuu merkittävä tunnustus. Lisätutkimuksia tarvitaan, jotta voidaan tutkia sosiaalityöntekijöiden roolien syvyyttä monitieteisissä tiimeissä ja edistää heidän virallista integroituaan palliatiiviseen hoitopolitiikkaan.

Tutkimuksen aineistoksi valitsin sellaisia kansainvälisiä vertaisarvioituja artikkeleita, jotka perustuvat eri näkökulmista tehtyihin tutkimuksiin palliatiivisen hoidon sosiaalityöstä ja sen tarpeesta sekä asiantuntijuuden osa-alueista, rooleista ja tehtävistä. Valitun aineiston analyysin ja tulkinnan avulla haluan tuottaa suomalaiseen tutkimukseen lisää tuoretta tietoa sosiaalityön asiantuntijuudesta ja sen osa-alueista palliatiivisessa hoidossa. Valitusta aineistossa on käsitelty keskeisiä tutkimustehtävän ja tutkimuskysymysten kan-

nalta oleellisia palliatiivisen hoidon teemoja, jotka erityisesti nähdään kuuluvaksi sosiaalityön ja psykososiaalisen sosiaalityön asiantuntijuuteen. Seuraavassa taulukossa 2 olen esitellyt tutkielmani aineistoon valitut tutkimukset ja artikkelit.

Taulukko 2. Aineisto

Julkaistu	Tekijät, vuosi ja maa	Tutkimuksen tarkoitus
1. Sibling Issues in Disability: A Thematic Analysis of Sibling, Parent & Expert Perspectives	Ting Guan & Karlynn Brintzenhofeszoc & Alyssa Middleton & Shirley Otis-Green & Tara Schapmire & Makeeta Rayton & Krista Nelson & Michael L. Grignon & Brad Zebrack 2024, Yhdysvallat	Onkologian sosiaalityöntekijöiden nykyisen käytännön roolin määrittäminen ja osallistuminen palliatiiviseen hoitoon Yhdysvalloissa.
2. Results of a nationwide hospice and palliative care social work job analysis	Barbara Head & Bonika Peters & Alyssa Middleton & Chuck Friedman & Neil Guman 2019, Yhdysvallat	Ajankohtaisten ja relevanttien työtehtävien tunnistaminen saattohoidon- ja palliatiivisen sosiaalityön työntekijöiltä.
3. Existential Social Work in Coping with Death and Grief	Ridvan Temiz 2025, Turkki	Eksistentiaalisen näkökulman käyttö suuruun ja sosiaalityön käytäntöjen korostaminen, jotka auttavat yksilöitä hallitsemaan tätä prosessia.
4. Social Work End-of-Life Care Interventions for Patients and Their Families in Hospitals	Felicity Moon & Fiona McDermott 2021, Australia	Kuolevien potilaiden ja heidän perheidensä sosiaalityön interventioiden laadun tutkiminen.
5. E-CARE as core competencies for palliative social workers: A systematic review	Hong Yao & Wang Jingyue & Zhu Rui & Yaile Hou 2025, Kiina	Palliatiivisen hoidon sosiaalityöntekijöiden ydinosaamisten tunnistaminen.
6. High-quality patient-centered palliative care: Interprofessional team members' perceptions of social workers' roles and contribution	Arden O'Donnell & Judith Gonyea & Taylor Wensley & Megan Nizza 2024, Yhdysvallat	Edistyneiden palliatiivisten sosiaalityöntekijöiden panosten ymmärtäminen moniammatillisessa yhteistyökäytännössä heidän kollegoidensa näkökulmasta.
7. How social workers are positioned and constructed as contributors within national palliative care policies in Sweden: A policy analysis	Axel Ågren & Bodil Holmberg 2024, Ruotsi	Sosiaalityöntekijöiden asemoitumisen analysoiminen palliatiivisen hoidon osallistujina Ruotsin kansallisen tason politiikoissa.

8. The Role of Social Workers in Palliative Care: A Review of Prerequisites and Practical Implementation	Madallah Agabin Alanazi & Abdulrahman Mohammed Naih Alotaibi & Mansou Abdulrahman Alsulaiman Mainsour & Abdulmalek Abdullah Alabdulwwahab & Sultan Mohammed Alharti & Abeer Mohammed Oraydan & Ogab Quwayshi Dukhi Alotaibi & Jassem Radi Saleh Alhazoom & Khaled Qun-aifith Juathen Alshammari & Murdhi Mubarak Hamad Al-Hassenh & Jamal Shinan Bandar Alotaibi & Saif Theyab Mohamed Alotaibi & Majid Hamdan Oil Alotaibi & Turki Grais Turki Alotaibi 2024, Saudi-Arabia	Sosiaalityöntekijöiden merkityksellisen osallistumisen edellytysten selvittäminen palliativisessa hoidossa ja polkujen sekä strategioiden tunnistaminen heidän panoksensa optimoimiseksi.
9. “We are caring for the whole person”: A qualitative study of social work’s role in palliative cancer care	Ting Guan & Arden O’Donnell & Shameem varikkodan & Sadaf Sedaghatshoar & Karlynn BrintzenhofeSzoc 2026, Englanti	Sosiaalityöntekijöiden erityisten roolien kuvaileminen palliativisen syöpähoidon toimintaympäristöissä.
10. Social Workers as Leaders for Facilitating Trauma-Informed Palliative Care in the Outpatient Palliative Care Clinic	Jennifer DiBiase 2023, Yhdysvallat	Avohoidon palliativisen hoidon klinikoiden kasvun tunnistaminen tilaisuutena, jossa palliativisen hoidon sosiaalityöntekijät voivat korostaa kliinistä osaamista ja ottaa johtavan roolin traumatietoisien käytäntöjen toteuttamisessa vakavan sairauden alkuvaiheessa.
11. Creating a Seat at the Table: How Family Meetings Elucidate the Palliative Care Social Work Role	Danielle Jonas & Caitlin Scanlon & Lauren Schmidt & Jori Bogetz 2020, Yhdysvallat	Potilaiden ja perheiden hoitoon keskittyminen perhetapaamisten yhteydessä ja palliativisen hoidon sosiaalityöntekijän keskeisen roolin korostaminen perheen valmistelussa.
12 Exploring the Perceptions and Experiences of Social Workers in Providing Palliative Care Services to Patients and Families: A Qualitative Study in Saudi Arabian Healthcare Facilities	Ahmed Munawir Alshammari & Hamed Alharbi Abdullah & Fahad Ayidh Alraseede & Avidh Alraseedi Thabet & Nassar Alraseedi Mubarak & Abdullah Kaiyed Aldhafeeri 2024, Saudi-Arabia	Sosiaalityöntekijöiden käsitysten ja kokemusten selvittäminen palliativisen hoidon tarjoamisesta potilaille ja perheille Saudi-Arabian terveydenhuollon laitoksissa.
13. Social Work and Palliative Care in Romania and Italy: A comparative perspective	Luminita Iosif & Violeta Bigu 2024, Italia	Sosiaalityöntekijän roolin selvittäminen palliativisessa hoidossa.

14. Social work in hospice and palliative care in Europe: Findings from an EAPC survey	Karl W. Bitschnau & Pam Firth & Maria Wasner 2020, Itävalta	Palliativisen hoidon sosiaalityön jatkokehitykselle pohjan luominen Euroopassa, tuottamalla perustietoa aiheesta.
15. Foundations of Social Work Practice in Paediatric Palliative Care From the Perspective of the Patient, the Family and the Multidisciplinary Team: A Systematic Review	M. Elena Cuartero-Castañer & Ana J. Cañas-Lerma & Sara Bagur & Sebastia Verger 2026, Espanja	Sosiaalityön teoreettisten perusteiden tunnistaminen lasten palliativisessa hoidossa tietoviitekehityksen kehittämiseksi tulevia interventioita varten.
16. Sitting with silence: hospital social work interventions for dying patients and their families	Felicity Moon & Lucinda Fraser & Fiona McDermott 2019, Australia	Sosiaalityöntekijöiden tuen ja interventioiden kuvaaminen elämän loppuvaiheessa sairaalassa.
17. Top Ten Tips Palliative Care Clinicians Should Know About Psychosocial and Family Support	Jill P. Farabelli & Sharon M. Kimberly & Terry Altilio & Shirley Otis-Green & Heather Dale & Dana Dombrowski & J. Russell Kieffer & Victoria Leff & Julia L. Schott & Andrea Strouth & Christopher A. Jones 2020, Yhdysvallat	Mahdollisuuksien ja perusteiden tunnistaminen palliativisen sosiaalityön integroinnille laadukkaana, henkilökeskeisen, perhekeskeisen ja kulttuurisesti yhdenmukaisen hoidon tarjoamisessa vakavasti sairaille.
18. "What about your social worker?" Professionals' and families' perceptions of social work in children's palliative care: A Qualitative study	Balma Soraya Hernandez Moscoso & Josep Maria Torralba Rosello 2025, Espanja	Perheiden käsitysten tarjoaminen lasten palliativisen hoidon sosiaalityöstä; syvälinen tarkastelu sosiaalityöntekijän roolista lasten palliativisessa hoidossa, keskittyen heidän taitoihinsa ja interventiomahdollisuuksiinsa.
19. Defining Core Competencies and a Call to Action: Dissecting and Embracing the Crucial and Multifaceted Social Work Role in Pediatric Palliative Care	Danielle Jonas & Arika Patheau & Nicholas Purol & Caitlin Scanlon & Stacy Remke 2022, Yhdysvallat	Palliativisen hoidon sosiaalityöntekijän ydinosuusalueiden määrittelyn ensimmäisen julkaisun esittelemine.
20. Advance care planning: Opportunities for Clinical Social Work Leadership	Shirley Otis-Green & Duncan Thomas Lael & Anne Walling & Codle Lieto & Jennie Kung & Christopher Pietras & Neil Wenger 2019, Yhdysvallat	Kliinisten sosiaalityöntekijöiden erilaisten ennakkohoidon suunnittelun roolien ja resurssien korostaminen terveydenhuollossa ja yhteisössä.

Taulukosta on nähtävissä se, kuinka palliatiivisen hoidon sosiaalityön tutkimus on painottunut tässä aineiston valinnassa Yhdysvaltoihin, vaikka pyrinkin valitsemaan mahdollisimman laajasti ja monipuolisesti tutkimuksia eri maista, jos sisältö vastasi vain aiheeseeni muuten. Tutkielmaani valituista kahdestakymmenestä tutkimuksesta kahdeksan on tehty Yhdysvalloissa. Muut tutkimukset jakautuvat maittain seuraavasti: kaksi Espanjasta, kaksi Australiasta, kaksi Saudi-Arabiasta, yksi Itävallasta, yksi Italiasta, yksi Turkista, yksi Ruotsista, yksi kiinasta ja yksi Englannista. Aineiston joissakin tutkimuksissa toistui samat tekijät, kuten australialaisessa tutkimuksessa Felicita Moon ja Fiona McDermott sekä yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa Shirley Otis-Green ja Daniel Jonas. Pääsääntöisesti tutkimuksissa oli monta tekijää, ainoastaan yhdessä aineistoni tutkimuksessa oli tekijöitä vain yksi. Tutkimuksista osa oli määrällisiä ja osa laadullisia tutkimuksia.

4.3 Analyysimenetelmä

Analyysimenetelmänä kirjallisuuskatsauksessani käytin laadullista sisällön analyysiä. Se on toimiva menetelmä tutkimukseeni, jossa aineiston keruuta on ohjannut tutkimustehävä tutkimuskysymyksineen. Laadullisessa sisällönanalyysissä keskitytään Jaana Vuoren (2021) mukaan niihin asioihin, teemoihin ja aiheisiin, joista aineisto välittää tietoa. Sisällönanalyysiä ja teemoittamista rinnastetaan usein toisiinsa, mutta koska aineistoni koostuu teksteistä haastattelujen sijaa, niin käytän sisällönanalyysiä nimeämään analyysitapaani tutkielmassani.

Laadullista tutkimusta yleensä on usein ajateltu toteutettavan aineistolähtöisesti eli induktiivisesti, eikä niinkään teorialähtöisesti eli deduktiivisesti. Kuitenkin tutkimuksen hahmottaminen ainoastaan induktiivisena jättää huomioimatta sen kuinka laadullista aineistoa kuitenkin tutkija puhuttaa jostain tietystä näkökulmasta käsin. Voidaankin puhua analyysivetoisuudesta, kun haluaa tuoda esille sitä, kuinka tutkimuksessa aineisto on keskeisessä roolissa, mutta kuitenkin aineiston analysoinnissa peilataan teoriaan, paradigmaan tai menetelmään. (Juhila 2021.) Yleisesti laadullista analyysiä määritellään aineiston tiivistämisenä ja jalostamisena käsitteelliseen tai teoreettiseen muotoon (Günther ym. 2021). Jaana Vuoren (2021) mukaan laadullisessa sisällönanalyysissä tutkija alkuun ikään kuin analyysiprosessin työvaiheena hahmottaa ja nimeää aineistosta löytämiään element-

tejä, jolloin puhutaan koodauksesta. Voidaan erottaa siis aineistolähtöinen ja teorian ohjaama koodaus tai käytännössä myös niiden yhdistelmä. Aineistolähtöisessä koodauksessa etsitään avoimin mielin aineistosta tutkijaa kiinnostavia asioita tutkittavasta ilmiöstä, jotka laajuudeltaan voivat olla hyvin vaihtelevia. Teorian ohjaamassa koodauksessa taas tutkijan valitsee teoreettisen ymmärryksensä pohjalta häntä kiinnostavia asioita aineistosta. Tärkeää on välttää yksityiskohtiin juuttumiselta etsimällä leisimpiä johtopäätöksiä aineiston sisäisen vertailun avulla, jolloin huomiota kiinnitetään aineistossa sekä löydettyihin yhtäläisyyksiin että eroavaisuuksiin eri yksiköiden kesken. Koodauksen jälkeen siirrytään vasta varinaiseen analyysiin, jossa tavoitteena tehdä koodauksen pohjalta johtopäätöksiä kertoen sisällöstä yleisimmin kiinnostavia asioista. Koodaustapanani tai erottelutapani tutkielmassani toteutin yhdistelmää eli annoin mahdollisuuden myös aineistosta nouseville ”yllättävillekin” asioille, jotka olivat ehkä teoreettisen ymmärrykseni ulkopuolellakin, jos niissä vain oli löydettävissä keskinäistä yhdenmukaisuutta.

Tutkielmassani teoreettinen ymmärrykseni psykososiaalisesta sosiaalityöstä ohjasi sisällön analyysissä etsimään aineistosta kiinnostavia teemoja, joita yhdistin yleisemmiksi luokiksi. Aineistostani nousseet teemat jaoin sekä pääluokkiin että ylä- ja alaluokkiin. Eri luokat ovat nähtävissä seuraavassa taulukossa 3.

Taulukko 3. Aineiston ala-, ylä- ja pääluokat

Alaluokat	Yläluokat	Pääluokat
Osallistuminen kuoleman prosessiin	Kuoleman ja surun kohtaaminen	Palliativisen hoidon erityisyydestä nousevat osaamistarpeet sosiaalityön käytännölle
Surun ja menetyksen psykososiaalinen ulottuvuus	Psykososiaalinen tuki kuolevan ja perheen tukena	
Surun muodot, surun riskitekijöiden tunnistaminen		
Eksistentiaalinen, kulttuurinen ja hengellinen tuki		
Eksistentiaalinen sosiaalityö, merkityksen rakentuminen		
Kulttuuristen ja hengellisten tarpeiden huomioiminen		
Elämän loppuvaiheen Päätöksenteko, oikeudelliset kysymykset ja osallisuus		
Trauma-informoitu palliativinen hoito		

<p>Kokonaisvaltaisen hoidon tuki</p> <p>Psykososiaalisten ja emotionaalisten tarpeiden tunnistaminen</p> <p>Lasten palliativisen hoidon erityispiirteet</p> <p>Potilas- ja perhekeskeinen työote: Potilaan ja perheen puolustaminen sekä oikeuksien edistäminen, sairaskokemuksen, perhedynamiikan, kulttuuristen ja hengellisten tekijöiden arviointi</p> <p>Viestinnän ja päätöksenteon tuki, vaikeiden keskustelujen tukeminen</p> <p>Vuorovaikutustaidot ja konfliktien rataiseminen</p> <p>Terapeuttisen liiton rakentaminen</p> <p>Traumatietoinen työote</p> <p>Palveluiden, resurssien ja käytännön järjestelyjen koordinoija, elämän loppuvaiheen käytännöt ja siirtymätilanteet</p> <p>Tiimin toimivuuden ja hyvinvoinnin vahvistaminen</p> <p>Roolin aliarviointi ja epäselvyys: lääketieteellisen mallin hallitseva asema,</p> <p>Rakenteelliset, hierarkkiset ja ammatilliset esteet,</p> <p>Roolien päällekkäisyys muiden ammattiryhmien kanssa</p> <p>Osaaminen, koulutus ja itsevarmuus</p> <p>Selkeä roolin määrittely ja varhainen integroituminen hoitopolkuun</p> <p>Työhyvinvointi ja dokumentointi</p>	<p>Erilaiset roolit</p> <p>Sosiaalityöntekijät sillanrakentajina moniammatillisessa yhteistyössä</p> <p>Roolin toteuttamiseen liittyviä haasteita ja edellytyksiä moniammatillisessa yhteistyössä</p>	<p>Sosiaalityöntekijän moninainen rooli moniammatillisessa palliativisessa hoidossa</p>
--	---	---

Aineistoni kaksi pääluokkaa olivat: 1) Palliatiivisen hoidon erityisyydestä nousevat osaamistarpeet sosiaalityön käytännölle ja 2) Sosiaalityöntekijän moninainen rooli palliatiivisessa hoidossa. Palliatiivisen hoidon erityisyydestä nouseviin osaamistarpeisiin kuuluivat kahtena yläluokkana kuoleman ja surun kohtaaminen, ja psykososiaalinen tuki kuolevan ja perheen tukena. Alaluokkina tähän pääluokkaan kuuluivat lisäksi osallistuminen kuoleman prosessiin, Surun ja menetyksen psykososiaalinen ulottuvuus, Surun muodot, surun riskitekijöiden tunnistaminen, Eksistentiaalinen, kulttuurinen ja hengellinen tuki, eksistentiaalinen sosiaalityö, merkityksen rakentuminen, Kulttuuristen ja hengellisten tarpeiden huomioiminen, elämän loppuvaiheen päätöksenteko, oikeudelliset kysymykset ja osallisuus sekä traumainformoitu palliatiivinen hoito.

Toiseen pääluokkaan eli sosiaalityöntekijän moninaiseen rooliin palliatiivisen hoidon moniammatillisessa yhteistyössä yläluokkina kuuluivat erilaiset roolit ja sosiaalityöntekijät sillanrakentajina moniammatillisessa yhteistyössä sekä roolin toteuttamiseen liittyviä haasteita ja edellytyksiä moniammatillisessa yhteistyössä

Alaluokkina tähän edeltävään teemaan sisältyivät kokonaisvaltaisen hoidon tuki, psykososiaalisten ja emotionaalisten tarpeiden tunnistaminen, potilas- ja perhekeskeinen työote, viestinnän ja päätöksenteon tuki, vaikeiden keskustelujen tukeminen, traumatietoinen työote, palveluiden ja resurssien sekä käytännön järjestelyjen koordinoija, elämän loppuvaiheen käytännöt ja siirtymätilanteet, lasten palliatiivisen hoidon erityispiirteet. ja tiimin toimivuuden ja hyvinvoinnin vahvistaminen ja sillanrakentajana toimiminen moniammatillisessa tiimissä. Lisäksi haasteisiin ja edellytyksiin roolin toteuttamiseksi yläluokan alaisuudessa aiheina olivat roolin aliarviointi ja epäselvyys, lääketieteellisen mallin hallitseva asema, rakenteelliset ja hierarkkiset ja ammatilliset esteet, roolien päällekkäisyys muiden ammattiryhmien kanssa, osaaminen, koulutus ja itsevarmuus, selkeä roolin määrittely ja varhainen integroituminen hoitopolkuun ja työhyvinvointi ja dokumentointi.

Analyysivaiheessa kirjoittaessani huomasin yläluokkien erilaiset roolit ja sosiaalityöntekijät sillanrakentajina moniammatillisessa tiimissä välillä päällekkäisyyttä. Välillä oli vaikea erottaa, kumpaan yläluokkaan löydetty alaluokat lopulta kuuluivat, kun ne toisaalta sopivat kuuluviksi molempiin luokkiin.

4.4 Tutkimuseettiset kysymykset ja tutkijan positio

Tutkimukseni on tutkimusmenetelmältään laadullinen kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsauksen aineisto eroaa empiirisen tutkimuksen tietystä ilmiöstä ketovasta aineistosta siinä, että ne ovat valmiita tutkimusjulkaisuja, joista tehdään sisällön analyysiä (Ronkainen 2026). Aiheena palliatiivisen hoidon sosiaalityö on sensitiivinen ja eettisen herkkä, jonka olen tiedostanut tutkijana koko tutkimusprosessin ajan, etenkin tekstiä kirjoittaessani sen merkitys on korostunut, että kuinka asiat olen halunnut ilmaista. Aineistona ovat valmiit tutkimusjulkaisut, joita tutkimukseeni olin valinnut vertaisarvioituista artikkeleista, joten tässä suhteessa olen voinut tutkijana luottaa niiden tekemisessä toteutuneen hyvät tieteellisen käytännön ja eettisen käytännön periaatteet (HT).

Omassa tutkielmassani olen pyrkinyt noudattamaan hyvän tieteellisen käytännön (HTK) periaatteita ja menettelytapoja. Peruseriaatteita ovat eurooppalaisen tutkimuseettisen ohjeistuksen mukaisesti rehellisyys, luotettavuus, arvostus ja vastuunkanto. Menettelytavat voidaan jakaa tieteellisen toiminnan kahdeksaan alueeseen 1) toimintaympäristöön, 2) koulutukseen, ohjaukseen ja mentorointiin, 3) tieteellisen työn tekemiseen, eettisyyteen ja ennakkointiin, 4) tutkimusaineistojen käsittelyyn, hallintaan ja yhteistyöhön, 5) tekijyyteen, julkaisemiseen ja viestintään sekä lopuksi 8) asiantuntija- ja arviointitehtäviin. (TENK 2023, 12.)

Luotettavuuteen kuuluu tieteellisen toiminnan laatu suunnittelussa, menetelmissä, analyseissä ja voimavarojen käytössä (TENK 2023, 13). Tutkimusprosessini luotettavuutta on tukenut osallistumiseni koko tutkimusprosessin ajan yliopiston järjestämään pro gradu- tutkielmaseminaariin, jossa olen saanut keskustella ohjaajani sekä muiden opiskelijoiden kanssa prosessin eri vaiheista. Rehellisyyttä tutkimusprosessissani olen halunnut osoittaa tuomalla tekstissäni esiin avoimesti lukijalle näkyväksi eri tutkimusprosessin vaiheet, tutkimusideasta tutkimustulosten tulkintaan. Arvostus periaatteena koko tiedeyhteisöä kohtaan on kulkenut ohjenuorana tutkielmassani, lisäksi vastuullisuuteen kaikessa pyrkiminen koko tutkimusprosessini ajan on ollut periaatteenani. (ks. TENK 2023, 13.)

Suhde tutkimusaiheeseen on lähtenyt subjektiivisista kokemuksistani, kuuluessani palliatiivista hoitoa saavan perheeseen. Kokemukseni sosiaalityöntekijän puuttumisesta ja sen tarpeen havaitsemisesta on alussa ohjannut tutkimusprosessiani. Se on vaikuttanut sekä aiheen että näkökulman ja jopa tutkimuskysymystenkin valintaan. Tästä minun on

täytynyt olla tietoinen, jotta en ole antanut sen vaikuttaa tutkijan positiooni epäeettisellä tavalla.

Tutkijan positiolla tarkoitetaan tutkijan suhdetta tutkittaviin ja tutkimuksen kohteeseen sekä tutkijan tietoisesti valitsemaa roolia, voidaan myös puhua tutkijan paikantumisesta (Ronkainen ym. 2014, 70–74). Tutkijan positioni reflektiivinen hahmottaminen onkin ollut tärkeää, ettei tutkimusprosessini kiinnittynyt subjektiivisiin kokemuksiini, vaikuttaen siten tulosten tulkintaan ja valintoihini tutkimuksen eri vaiheissa. Työssäni olen ymmärtänyt olevani tutkijana erillinen tutkijasubjekti omaelämäkerrallisesta historiastani ja henkilökohtaisista kokemuksistani, jotta pystyin eettisesti kestäväällä tavalla toimimaan ja ajattelemaan ammatillisesta tutkijan roolista käsin (Ronkainen ym. 2014, 70–74). Tiedostin sen, kuinka oma positioni oli osa tutkimuksen näkökulmaa ja myös tutkimustietoa.

Työssäni aikaisemmat tutkimukset o myös ohjasivat tutkimuskysymykseni ja tehtäväni asettamista. Keräämäni aineisto analysointivaiheessa pyrki keskustelemaan teoreettisena viitekehyksenä toimivan aikaisemman tutkimustiedon kanssa. Tämä lisäsi tiedeyhteisön läsnäoloa tutkimuksessani ja auttoi hallitsemaan liiallista subjektiivisuutta, kun samalla tutkimuksessani suhteutin tutkimukseni tuloksia aiempaan tutkimukseen (Ronkainen ym. 2014, 70–74). Olen lisäksi työssäni pyrkinyt avoimesti tuomaan esille tekemäni valinnat esimerkiksi aineiston keruuvaiheen ja mitä valitsin aineistoon ja millä kriteereillä. Lisäksi aineiston analyysivaiheessa kuvasin prosessia tuomalla näkyviin aineistosta löytämäni pääluokat sekä ala- ja yläluokat.

Katsoin omassa työssäni aineistoa tietyistä näkökulmasta, johon valitsemani tutkijan positio vaikutti. Näkökulman valinta onkin tärkeä, koska se rajaa sitä mitä minun on mahdollista nähdä (Ronkainen ym. 2014, 74–78). Näkökulmani omassa työssäni oli tarkastella sosiaalityön asiantuntijuutta ja tehtäviä palliatiivisessa hoidossa psykososiaalisen sosiaalityön kautta. Suhteeni tutkimukseni aiheeseen on tuoda näkyvämmäksi asiantuntijuuteen liittyvää sosiaalityöntekijän tärkeää roolia, eli toimia ikään kuin puolestapuhujan roolista” ja “asianajajan roolista ” käsin. Haluan tuoda esille tutkimuksessani heidän moninaista ja tärkeää rooliaan moniammatillisessa palliatiivisen hoidon tiimissä. (kts. Ronkainen ym. 2014, 74–78.)

Suhteeni aineistoon eli tieteellisiin kansainvälisiin artikkeleihin on ollut utelias ja informaatiota hakeva aineiston kautta, teoreettisen viitekehykseni ohjaamana. Toisaalta annoin aineiston nostaa esille myös mahdollisia uusia “näkyvämpiä” teemoja. Koen,

että tutkimukseni ammatillinen tavoite on perustella sosiaalityöntekijä merkityksellistä roolia ja asiantuntijuutta psykososiaalisen sosiaalityön kautta moniammatillisessa palliatiivisen hoidon tiimissä. Toisaalta tavoitteena on tuoda selkeää sosiaalityöntekijän tehtävä- ja roolikuvausta perustuen tieteellisen yhteisön kanssa käytyyn vuoropuheluun.

5 Palliativisen hoidon erityisyydestä nousevat osaamistarpeet sosiaalityön käytännölle

5.1 Kuoleman ja surun kohtaaminen

Palliativisen hoidon ja elämän loppuvaiheen kontekstista nousee aineistosta erityisiä aiheita, jotka vaikuttavat sosiaalityöntekijän rooliin, osaamistarpeisiin ja tehtäviin palliativisessa hoidossa. Näiden kuolemaan liittyvien peruskäsitteiden tuntemus nousee aineistosta myös edellytykseksi perheiden tukemiseen (Farabelli ym. 2020, 282). Erityisiä aineistosta nousevia teemoja palliativisen hoidon ja elämän lopun ympäristössä ovat kuolema, suru, posttraumaattinen stressihäiriö ja päätöksenteko. Palliativisessa hoidossa ja elämän lopun hoidossa korostuu, myös kuolevien ja heidän perheidensä haavoittuvuus (Moon ym. 2019, 444). Kuten aikaisemmin tutkielmani teoriaosuudessa Granfeltin ja Kiurun (2023, 163–164) tutkimus määritteli sosiaalityössä huomion kiinnittyvän pelkän yksilön tai ryhmän ominaisuuden lisäksi myös haavoittaviin tilanteisiin ja palvelujärjestelmän haavoittaviin käytäntöihin, saa psykososiaalinen työskentelytapa monenlaisiin elämän tilanteisiin kohdistuvana palliativisessa hoidossa ja erityisesti kuoleman läheisyydessä erityiset painotukset. Sosiaaliseen haavoittuvuuteen liittyen myös terveyden sosiaalisten tekijöiden tunnistamisella on vaikutusta hoidon oikeudenmukaisuuteen ja tasa-arvaisuuteen (Guan ym. 2024, 1314–1315).

Sosiaalityöntekijä osallistuu kuoleman prosessiin, joka sisältää kuolemaan valmistautumista helpottavia tuen muotoja, kuolemanprosessiin liittyvän päätöksenteon ja elämän loppuvaiheen tilanteeseen liittyvien oikeudellisten asioiden ohjausta ja tukea. Kuoleman kohtaamiseen liittyy elämän merkityksen ja kuoleman merkityksellisyyden etsimistä ja surun tukemista. (Moon & McDermott 2021, 283.) Päätös palliativiseen hoitoon siirtymisestä kuuluu lääkärille, mutta tärkeänä pidetään sitä, että heti diagnoosin saamisen jälkeen asiakas tapaisi sosiaalityöntekijän. Hänen roolinaan on auttaa asiakkaan tilanteen esittämisessä keskusteluja varten ja myös tiedottamisessa asiakkaalle sekä hänen perheelleen mahdollisista vaihtoehdoista sairauden kulun aikana. Sosiaalityöntekijän mukaan ottaminen varhaisessa vaiheessa hoitoprosessiin mahdollistaa kokonaisvaltaisten käytäntöjen toteuttamisen aloittamisen riittävän ajoissa, sekä myös myöhemmin palliativisen hoidon aikana. (Alanazi ym. 2024, 3086–3087.)

Suru liittyy läheisesti vakavaan sairauteen, väistämättömään lähestyvään kuolemaan ja menetykseen. Suru voi ilmetä eri kohdissa sairauden kulkua ja läheisen menettäminen aiheuttaa yleensä täysin normaaleja surureaktioita, mutta myös ajoittain reaktiot voivat esiintyä hyvin monimutkaisina ja pitkittyneinä (Farabelli ym. 2020, 283). Tarpeiden tunnistamisen kannalta on sosiaalityöntekijän hyvä ymmärtää suruprosessia ja surun eri muotoja, merkityksen ja tarkoituksen löytämistä, voimaantumisen merkitystä ja oman näköisen elämän elämisen tärkeyttä (Temiz 2025, 137). On potilaiden ja perheiden kannalta tärkeää, että sosiaalityöntekijöillä on asiantuntemusta surun arvioinnista, surureaktioiden normalisoinnin tukemisesta ja ennakoivasta tuen tarjoamisesta myös kuoleman jälkeen (Farabelli ym. 2020, 283). Elämän loppuvaiheen toimenpiteet voivat olla hyvin ahdistavia. Hoidettava perheineen tarvitsee usein intensiivistä emotionaalista ja psykososiaalista tukea monenlaisten tarpeiden täyttämiseksi surusta, oikeudellisten ja taloudellisten järjestelmien ohjaukseen (Moon ym.2019, 454). Sopeutumiseen, psykososiaalisiin tarpeisiin ja tilanteessa selviytymiseen vaikuttavat myös henkilön ikä. Iäkkäämmillä henkilöillä kuolema on luonnollinen elämän kulkuun liittyvä tapahtuma, mutta lapsen kuolema ei sitä samalla tavalla ole ja vaikuttaakin usein sitä kautta myös menetyksen kokemukseen ja surureagoointiin. Tuki ja kommunikointi kuolemassa olevan lapsen tai kuolevan läheisenä olevan lapsen kanssa on nähty lisäävän stressiä ammattilaisilla ja perheillä, johon palliatiivisen hoidon sosiaalityöntekijät yhteistyössä monitieteisen tiimin kanssa pyrkivät vastaamaan kliinisellä tuella ja ohjauksella (Farabelli ym.2020, 281).

Kuoleman fyysiseen todellisuuteen liittyen sosiaalityöntekijät korostavat perheen huolia läheisensä kivun laadusta ja oireiden hallinnasta. He käyttävät tähän apunaan dokumentaatiota ilmaistessaan oireiden hallitsemattomuuden vaikutuksesta perheeseen, kuten sosiaalityöntekijän kirjauksessaan kuvaama perheen ahdistus siitä, kun se on nähnyt sellaisia yskänkohtauksia, ettei hoidettava pysty hengittämään. Tai teho-osaston monimutkaisessa lääketieteellisessä ympäristössä sosiaalityöntekijät ottavat roolia edistämällä elämän loppuvaiheen toimenpiteiden koordinoitua, kuten esimerkiksi sosiaalityöntekijä voi esittää potilaan perheen toiveen hengitysjärjestelmän ylläpidon koneellista poistamisen viivyttämisestä siihen saakka, että hoitoa saavan perheenjäsenen ehtisi matkustaa paikalle elämän lopussa. (Moon & McDermott 2021, 283–284.) Sosiaalityöntekijät määrittävätkin itsensä ensisijaisesti kuoleman ja kuoleman tunne- ja psykososiaalisista puolista (Moon ym.2019, 454).

Posttraumaattisen stressihäiriön tunnistaminen ja sen vaikutusten ymmärtäminen ihmisen selviytymiskeinoihin ja sopeutumiseen palliatiivisessa ja elämän lopun hoidossa kuuluu sosiaalityöntekijän osaamistarpeisiin. Sosiaalityöntekijöillä on koulutuksensa ansiosta asiantuntemusta posttraumaattisesta stressihäiriöstä (DiBiase 2023). Palliatiivisessa hoidossa olevilla henkilöillä on usein kertynyt kokemuksia erilaisista vakavan sairauden hoitotoimenpiteistä kuten tehohoidosta, syövän loppuvaiheen hoidoista ja hemodialyysistä. Joskus nämä hoidot ja etenkin sairaalan tehohoito sisältävät myös elämää ylläpitäviä hoitoja, johtaan usein jopa viikkoja tai kuukausiakin kestäväan tunneperäiseen sekavuuteen ja ahdistukseen hoidettavalla. On tavallista, että potilaat tulevat riippuvaisiksi näistä vaikeasti siedettävistä ja arkea haittaavista elämää pidentävistä hoidoista. Usein fyysinen ja emotionaalinen epämukavuus kietoutuvat yhteen, aiheuttaen stressiä henkilön olemassa oleville selviytymiskeinoille. Sosiaalityöntekijät, jotka toimivat vahvuuksiin perustuvasta näkökulmasta, ymmärtävät, että henkilö voi myös järjestäytyä oman traumaattisuutensa ympärille. (DiBiase 2023, 296–298.)

Elämän lopun hoidon päätöksentekoon liittyen korostuu tietoon perustuva päätöksenteko ja siihen liittyvänä vakavasti sairaiden tai kroonisesti sairaiden sekä heidän perheidensä tärkeinä pitämien asioiden tunnistaminen, jossa sosiaalityöntekijöitä pidetään asiantuntijoina selvittämään näitä prioriteetteja (Farabelli ym. 2020, 283). Myös ennakoivan hoitosuunnitelman laatiminen asiakkaan kanssa syntyy yhteisten keskustelujen kautta, joihin olisi hyvä osallistua kaikkien niiden henkilöiden, jotka ovat mukana myös päätöksenteossa. Asiakkaan lisäksi tavallisesti osallistujia ovat asiakkaan nimeämät sijaispäättäjät ja perheenjäsenet lääkärin ja asiaan kuuluvan muun henkilökunnan lisäksi. Keskustelujen avulla halutaan saada selville asiakkaan arvot, mieltymykset ja vakaumukset sekä tunnistamaan korvaava päätöksentekijä siinä vaiheessa, kun ei asiakas enää itse jaksa tai pysty kommunikoimaan. Suunnitelma tulisi dokumentoida, jotta se olisi kaikkien hoitoon osallistuvien tiedossa. (Otis-Green ym. 2019, 309.)

Psykososiaalisen sosiaalityön luonteeseen jo edellä teoriaosuudessa (kts. Granfelt & Kiuru 2023, 163) liitetty ajatus työn kontekstisidonnaisuudesta, ajassa ja paikassa muuttuvasta sekä monitulkinnallisuudesta sopivat hyvin perustelemaan työn luonnetta myös palliatiivisen hoidon ja elämän lopun kontekstissa. Kuten sairaalan sosiaalityöhön elämän lopussa keskittynyt Moonin ja McDermottin tutkimus (2021) tuo esille sitä, kuinka hautajaisiin ja hautausasioihin sekä hengelliseen tukeen käytettiin aikaa enemmän kuin surun

riskitekijöiden tunnistamiseen. Vaikka heidän tutkimuksessaan kuolleen henkilön tiedoista kuitenkin paljastui, että näyttöön perustuvan psykososiaalisen surun riskin tunnistamisella ja tuen lisäämisellä sekä koulutuksella oli yhteys perheen saamaan tukeen. (Moon & McDermott 2021, 276–283.) Palliatiivisen hoidon ja elämän lopun hoidon työympäristöllä näyttääkin olevan merkitystä siihen, mikä näkökulma tai lähestymistapa painottuu enemmän sosiaalityöntekijän työssä.

5.2 Psykososiaalinen tuki kuolevan ja perheiden tukena

Sosiaalityöntekijät haluavat ymmärtää sairautta ihmisen ainutlaatuisessa psykososiaalisessa kontekstissa. Heidän työskentelyssään ”punaisena” lankana kulkee koulutuksen ja opetuksen myötä muodostunut ymmärrys sosiaalisen kontekstin vaikutuksesta ihmisen elämään. Lisäksi toisten huomioiminen ja vuorovaikutuksessa luottamusta lisäävä reagoititapa sekä yksilöiden autonomian etusijalla pitäminen ohjaavat työskentelyä (DiBiase 2023, 296–298). Myös Granfelt ja Kiuru (2023,166) aikaisemmin suomalaisessa tutkimuksessaan kuvasivat sitä, kuinka psykososiaalisessa työskentelyorientaatioissa pyritään ymmärtämään asiakkaiden tilanteita ja kokemuksilleen antamia merkityksiä muodostaen sen kautta kokonaistilanteen huomioiva ja välittävä työskentelyorientaatio.

Sosiaalityöntekijät tukevat perheitä surussa. Psykososiaalinen tuki sisältää psykologisen, sosiaalisen ja emotionaalisen tuen (Temiz 2025, 137). Tärkeää on alkuun arvioida surun muotoja ja ilmenemistä, sekä tunnistaa surun riskitekijöitä oikeanlaisen tuen ja koulutuksen toteuttamiseksi. Psykososiaalisen surun riskin tunnistamisen ja tuen lisäämisen sekä koulutuksen antamisen perheelle on nähty parantavan perheen saamaa tukea. (DiBiase 2023; Moon & McDermott 2021.) Tähän sisältyy myös ennakoiva surun ja menetyksen neuvonta ja ohjaus (Guan ym. 2026). Lisäksi kokonaisvaltaisen biopsykososiaalisen sosiaalityön tulisi ottaa ihmisen fyysinenkin keho huomioon, joka esimerkiksi voi näyttäytyä ahdistuksena saattohoidossa olevan läheisen fyysisistä oireista (Moon & McDermott 2021, 276).

Yksilöiden olemassa oleville selviytymiskeinoille stressiä voi aiheuttaa emotionaalinen ja fyysinen epä mukavuus, jotka useilla ovat yhteen kietoutuneita. Traumainformoidussa näkökulmassa sosiaalityöntekijät auttavat asiakkaitaan selviytymään traumaattisesta stressistä ja sen pysyvistä vaikutuksista luomalla yhdessä uusia strategioita ja korosta-

malla vahvuuksia, koska he ymmärtävät yksilöiden riskin jäädä olemaan oman traumaattisuutensa ympärille. (DiBiase 2023, 296–298.) Sairaalassa työskentelevät sosiaalityöntekijät kehittivät traumaattisista ja ahdistavista kuolemaan johtaneista olosuhteista syntyneille potilaan ja perheen kokemuksille emotionaaliseksi tueksi ”hiljaisuudessa” istumisen taidon. Tähän taitoon liittyy kyky istua hiljaa ja rauhallisena menetyksen, kuoleman, kivun sekä pelon ja yksinäisyyden keskellä. Tämä läsnä oleva istuminen kärsimyksen keskellä yhdessä potilaiden ja perheiden kanssa auttaa ymmärtämään oikeasti merkitykselliset asiat elämän lopussa, sekä kuulemaan potilaan toiveita. (Moon ym. 2019, 450.) Myös terapeutisissa istunnoissa potilailla on mahdollisuus jakaa sosiaalityöntekijöille hoitoihin kuuluvien interventioiden emotionaaliset, fyysiset ja ihmissuhteisiin vaikuttavat tekijät. Osa näistä tekijöistä voi ilmentyä myös traumana saattaen ohjata sitä, kuinka he jatkossa osallistuvat terveydenhuoltoonsa. Onkin tärkeää, että palliatiivisen hoidon sosiaalityöntekijät luovat mahdollisuuksia potilaille ja heidän tukijoilleen integroida omat tarinansa sekä omiin että yhteisiin kertomuksiin paranemista helpottavalla tavalla. (DiBiase 2023, 301.)

Kuoleman prosessiin ja suruun liittyvät eksistentiaaliset haasteet ja merkityksen sekä tarkoituksen etsiminen ovat palliatiivisen hoidon sosiaalityöntekijän hyvä ymmärtää psykososiaalisen tuen tarjoamisessa. Merkityksen löytämisen ja tarkoituksen löytämisen kautta ihminen saa voimaa kulkea omaa polkuaan surun läpi ja sosiaalityöntekijä voi olla tukena ohjaamassa häntä itse luotua tarkoituksellista elämää kohti (Temiz 2025, 137). Sosiaalityöntekijät luovat sellaista yhteyttä, joka johtaa syvempiin keskusteluihin psykososiaalisista tarpeista ja aiheista, kuten eksistentiaalinen ahdistus ja hoidon tavoitteet (Farabelli ym. 2020, 283). Yhtenäisyyden ja hyväksynnän tunteen on koettu lisääntyvän potilaiden ja perheiden kanssa todistamalla kipua istuen hiljaisuudessa heidän kanssaan, verrattuna esimerkiksi sairaalakontekstissa toteutettuihin tyypillisiin nopeitempisiin ja tehtäväkeskeisiin hoitotoimenpiteisiin (Moon ym.2019, 450).

Eksistentiaalinen lähestymistapa sosiaalityöntekijän menetelmänä voi myös auttaa selviytymään eksistentiaalisista haasteista surun aikana. Sen on todettu olevan Temizin (2025, 137) mukaan korvaamaton sosiaalityön menetelmä, sekä arviointi että interventiovaiheessa tarjoten monipuolisia tulkintoja asiakkaiden tarpeista ja kokemuksista. Sen tuoma näkökulma rikastuttaa yksilöiden ymmärrystä kokonaisvaltaisessa kontekstissa, tuoden arvokkaita ulottuvuuksia merkityksestä, kuolemasta, eristäytymisestä ja vapaudesta. Tarvitaan myös kykyä aktiivisesti kuunnella ja myös tulkita kuulemaansa,

jotta potilaat kokevat tullessa aidosti kuulluiksi ja sosiaalityöntekijät voivat välittää heidän tarpeitaan muulle henkilökunnalle puolustaen tarvittaessa heitä (Moon ym. 2019, 451).

Psykologisten, kulttuuristen ja hengellisten tarpeiden arviointi sekä tulkinta ovat sosiaalityöntekijän asiantuntijuuteen liittyvää osaamista ja toteuttamaa tukea (Farabelli ym. 2020, 283). Myös sosiaalityöntekijöiden erikoisosaaminen ja koulutus mielenterveysongelmista kärsivien vakavasti sairaiden psykososiaaliseen arviointiin sekä interventioihin on tärkeää hyödyntää palliatiivisen hoidon käytännöissä. Nämä aikaa vievät integroidut interventiot kuten tietoisuustaito, kognitiivinen käyttäytymisterapia ja ohjatut mielikuva-harjoitukset voivat vähentää masennusta ja ahdistusta sekä potilailla että heidän omaishoitajillaan (Farabelli ym. 2020, 282). Lisäksi Guan kumppaneineen (2026, 14) liittävät kokonaisvaltaiseen biopsykososiaaliseen tarpeiden kartoittamiseen vahvasti mukaan arvioinnin tapahtuvan hengellisen arvioinnin avulla. Tukeen tunnistetaan kuuluvaksi yksilö- ja perheneuvonnan tarjoaminen, potilaan ja perheen psykoedukaatio, resurssien tunnistaminen ja asiakkaiden ohjaaminen eteenpäin resurssien ulottuville. Iosif kumppaneineen (2024, 165–166) korostaa sitä, kuinka sosiaalityöntekijät auttavat potilaita ja heidän perheitään sairauden aiheuttamien muutosten hallinnassa auttamalla tunnistamaan muutosten hallintaa vaikeuttavia ongelmia. Tähän kuuluu myös ohjausta, neuvontaa ja tukea diagnoosin hyväksymisestä hoitoon pääsyyn.

Sosiaalityöntekijät tukevat potilaita perheineen hoitoon liittyvässä päätöksenteossa ja myös arvioivat asianosaisten ymmärrystä hoidosta sekä auttavat selkeyttämään heidän mieltymyksiään, arvojaan ja hoitotavoitteitaan (Guan ym. 2024, 1314–1315). Potilasta tuetaan tekemään valintoja siitä, kuinka hän viimeiset hetkensä haluaisi elää ja varmistetaan asianmukaisen suhteen olemassaolo asiantuntijoihin (Iosif ym. 2024, 165–166). Yhteisessä päätöksenteossa ja hoidossa pyrkivät sosiaalityöntekijät osallistamaan potilasta ja perhettä, sekä vahvistamaan heidän äänensä kuulemista (Guan ym. 2024). Sosiaalityöntekijät myös saattavat neuvotella lääketieteellisistä toimenpiteistä päätöksentekoon liittyen ja lisäksi tutkia kuolemaan valmistautumista sekä siihen liittyvää tunne-elämän sopeutumista. Oleellista olisi varmistaa keskustelujen jälkeen, että esimerkiksi palliatiiviseen hoitoon siirtyminen hyväksyttiin perheessä. (Moon & McDermott 2021, 283.)

Sosiaalityöntekijät voivat ohjata ihmisiä valitsemaan riittävän ajoissa itselleen sijaispäättäjän, kun hoidettava itse ei enää pysty puhumaan asioistaan. Sijaispäättäjien vastuulla on

tuoda esiin hoidettavana olevan toiveita ja mieltymyksiä sekä puhumaan hänen puolestaan. Hänen täytyisikin siksi saada riittävästi tietoa näistä tärkeistä asioista sairastavalta etukäteen. Vaikeita päätöksiä tehdessä, kun sijaispäättäjää pyydetään tekemään päätös hoidettavana olevan puolesta, voi sosiaalityöntekijän tuki sijaispäättäjälle olla merkityksellistä. (Otis-Green ym. 2019, 311.) Yksilön elämän merkityksen ja hoidon tavoitteiden täyttymisen on todettu liittyvän myös parempaan hoitoon sekä hoidon tuloksiin (Farabelli ym. 2020, 283).

Palliativisen hoidon sosiaalityöntekijöillä on tiedot ja taidot arvioida myös käytännön tarpeita sekä yhteisön resurssien tarvetta, kuten päivittäisten toimintojen tukeminen, ruoka, asuminen ja kuljetuspalvelu (Farabelli ym. 2020, 283). Kuten Saarto kumppaneineen (2022) aikaisemmin teoriaosuudessa psykososiaalisesta tuen tarpeita käsittelevässä luvussa määrittivät, että psykososiaalinen tuki ja tukikeskustelujen aiheet voivat vaihdella ollen hyvin moninaisia, niin aineistosta tämä nousee vahvasti myös esiin. Aiheet voivat tarpeiden mukaisesti liittyä taloudelliseen tilanteeseen tai kotona selviytymiseen kuoleman prosessin ohella, sekä psyykkiseen kuormittumiseen tai aiheisiin kuoleman jälkeisestä elämästä tai yleensäkin tilanteeseen liittyviin tunteisiin.

6 Sosiaalityöntekijän moninainen rooli moniammatillisessa palliativisessa hoidossa

6.1 Erilaiset roolit

Aineiston tutkimuksista kuvastuu sosiaalityöntekijän monipuolinen ja vivahteikas rooli moniammatillisessa palliativisessa hoidossa. Rooliin kuuluvissa tehtävissä korostuu kokonaisvaltaisen hoidon tukeminen, psykososiaalisten ja emotionaalisten tarpeiden tunnistaminen, potilas - ja perhekeskeinen työote, potilaan- ja perheen puolustaminen sekä oikeuksien edistäminen, sairaskokemuksen, perhedynamiikan, kulttuuristen ja hengellisten tekijöiden arviointi. Heidän osaamisaluettaan on toimia myös viestinnän- ja päätöksenteon tukena, sekä vaikeiden keskustelujen tukena. Lisäksi työskentely sisältää traumatietoisien työotteen ja käytännön asioista huolehtimisen.

Ympäristöllä, jossa sosiaalityöntekijät työskentelevät elämän lopun hoidossa kuolevien ihmisten keskuudessa on aineiston perusteella myös merkitystä heidän työtehtäviinsä ja rooleihinsa. Aineistosta nousi hiukan eri näkökulmista painottuen selkeitä yhteisiä teemoja sosiaalityön roolista, osaamisesta ja siihen liittyen tehtävistä moniammatillisessa tiimissä. Palliatiivisen hoidon sosiaalityötä Euroopassa käsittelevä tutkimus (Bitschnau ym. 2020) paljastaa myös hyvin kirjavan kuvan sosiaalityöstä, jonka syyksi arvioidaan sosiaalityön hyvää sopeutumiskykyä ja tarkoitusta toimia mahdollisimman joustavasti asiakkaiden tarpeiden mukaan. Eri Euroopan maiden välillä ilmenee kuitenkin merkittäviä yhtäläisyyksiä ja malleja, mutta myös eroja tehtävien välillä. Näkyvimpiä tehtäviä Euroopassa ovat moniammatilliseen tiimiin ja potilaaseen sekä perheeseen liittyvät tehtävät. (Bitschnau ym. 2020, 662.) Guanin ja kumppanien (2026, 24) tutkimuksessa palliatiivisesta syöpähoidosta korostuu sosiaalityöntekijöiden monitahoiset roolit, osoittaen heidän kykyään tarjota kokonaisvaltaista hoitoa syöpäpotilaille, perheille ja terveydenhuollon tarjoajille hoidon laadun parantamiseksi.

Yao kumppaneineen (2025) ovat kuvanneet sosiaalityöntekijän ydinosaisuuksia, joita ovat etiikka, koordinointi, arviointi, resurssien kohdentaminen ja koulutus. ”*He toimivat monialaisina koordinaattoreina, viestinnän fasilitaattoreina ja kouluttajina, jotka käsittelevät psykososiaalisia, emotionaalisia ja ympäristöön liittyviä haasteita samalla, kun he navigoivat systeemisten resurssien rajoitusten kanssa.*” (Yao ym. 2025, 1.) Moon kumppaneineen (2019, 456) taas korostaa yleisesti sairaalaympäristössä vallitsevan biolääketieteellisen näkökulman sijaan sosiaalityöntekijöiden psykososiaalista näkökulmaa työskentelyssä ja samalla heidän muuta henkilöstöä parempaa soveltuvuuttaan edistämässä viestintää potilaiden, perheiden ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä. Bitschnau ja kumppanitkin (2020) nimeävät sosiaalityöntekijän ydintehtäviksi emotionaalisen tuen tarjoamisen potilaalle ja perheelle, asiakkaan ja perheen tiedon tarpeiden välittämisen, potilaan ja perheen jäsenten neuvomisen, sekä moniammatillisen tiimin sosiaalisen näkökulman edistämisen ja moniammatilliseen tiimiin osallistumisen. Lisäksi palliatiivisen hoidon sosiaalityöntekijöillä on koulutuksensa myötä asiantuntemusta toteuttaa laadukasta, ihmiskeskeistä ja perhekeskeistä sekä kulttuurisesti yhdenmukaista hoitoa (Fara-belli ym. 2020, 284).

Sosiaalityöntekijöillä on keskeinen rooli osana kokonaisvaltaista hoitoa psykososiaalisen tarpeiden huomioimisessa ja edelleen tuen ja resurssien tarjoamisessa potilaille ja perheille palliatiivisessa hoidossa. He tarjoavat laajasti palveluitaan kuten psykososiaalista

arviointia ja neuvontaa, resurssien hallintaa ja hoidon koordinoitua sekä surun tukea. (Alshammari ym. 2024, 2657.) Sosiaalityöntekijät pitävät osana kokonaisvaltaista hoidon edistämistä tärkeimpinä tehtävinään potilaiden ja heidän perheidensä psykososiaalisten huolenaiheiden hoitamisen ohella laajempien sosiaalisten tarpeiden täyttämistä, sekä hoitosuunnittelun edistämistä ja surunvalmennuksen tarjoamista. Kokonaisvaltaista sosiaalityötä ohjaa henkilö ympäristössään näkökulma mahdollistaen laajemman kuvan huomioimisen asiakkaiden tarpeiden arvioinnissa. Asiakkaat elävät sosiaalisessa kontekstissa, jossa ympäristötekijöillä on merkittävä vaikutus heidän olosuhteisiinsa. (Alanazi ym. 2024, 3083.) He huolehtivat taloudellisten asioiden neuvonnasta ja potilaan ohella myös koko perheyksikön psykososiaalisesta arvioinnista. Lisäksi käytännön-, hengellisten - ja hautausasioiden hoitamisessa sosiaalityöntekijät ovat korvaamattomia avun tarjoajia. (Moon & McDermott 2021, 283.) Sosiaalityöntekijät tarjoavat tukeaan ja neuvojaan myös ennakkohoidon suunnittelussa, aktiivisen hoidon lopettamispäätöksissä ja elinluovutusasioissa (Moon ym. 2019, 454).

Lasten palliatiivisessa hoidossa sosiaalityöntekijän osaamistarpeet kuvastuvat aineistosta hyvin samankaltaisina kuin aikuisilla, joitakin painotuseroja on kuitenkin havaittavissa. Työssä painottuvat ihmissuhteet ja työ perheen kanssa, välittämiseen liittyvät käytännöt, kulttuuristen näkökulmien huomiointi ja monitieteiden työ (Cuartero-Castañer ym. 2026). Jonaksen ja kumppanien (2022, 742) mukaan edellytyksenä lasten palliatiivisen hoidon sosiaalityön käytännössä toimimiselle ovat vahva pätevyys psykososiaalisessa arvioinnissa, viestinnässä, monimutkaisissa hoidon - ja päätöksenteon tavoitteiden määrittelyssä, käytännöllisissä resurssien arvioinneissa ja vaikuttamisessa, lapsen kehityksessä ja suruhoidossa sekä koko perheen hoidossa. Tärkeänä nousee lisäksi monitieteisen käytännön osaaminen, johtajuuden ja tieteellisen kehityksen roolit. Lisäksi systeemipohjaisen ja ekologisen viitekehyksen ylläpidon kautta interventioiden ohjaaminen kattaa myös vakavan sairauden prosessin ja oireiden, sekä arvioinnin että hallinnan ymmärtämisen tärkeyden. Lisäksi keskeisinä osaamisalueina lasten palliatiivisen hoidon sosiaalityöntekijöillä pidetään taitoa nimetä tunteita, taito ilmaisun mallintamiseen ja kyky osata istua ja olla vahvojen tunteiden kanssa, joita potilailta ja perheeltä nousee. Hernandez Moscoso ja Toralba Boselio (2025, 132–133) tutkimuksen mukaan sosiaalityöntekijöitä pidettiin ratkaisevan tärkeinä juuri psykososiaalisin tarpeisiin vastaamisessa, perheiden autonomian edistämässä ja resurssien ohjauksessa. Heidän monipuolisia roolejaan ja asemaansa terveydenhuollon yhdistämisessä sosiaaliin ja ihmissuhteisiin liittyviin sekä kulttuuriin tekijöihin pidettiin merkityksellisinä lasten palliatiivisessa hoidossa.

Sairaalaympäristössä tehdyn tutkimuksen (Moon ym.2019) mukaan palliatiivisen hoidon sosiaalityöntekijät käsittelevät yllättäen systeemi-teoreettisesti eli järjestelmäteorian puitteissa elämän lopun teemoja, jolloin sairaalajärjestelmällä on vaikutusta kliiniseen hoitoon. Sosiaalityöntekijän roolina on silloin tarkastella ja käsitellä näitä eri järjestelmiä ja jänniteitä, joita niiden välillä syntyy. He toimivat kanavana kuolevan, läheisten ja terveydenhuoltoryhmän välillä henkisen - ja psykososiaalisen tuen sekä asianajon rooleissa. He eivät tämän tutkimuksen mukaan suuntautuneet tehtäviinsä tai kriisitoimiin perinteisen surun- ja menetyksen teorioiden pohjalta, vaan emotionaalista tukea integroitiin yleisiin interventioihin sairauden vaiheissa, korostuen etenkin sairauden siirtymävaiheisiin liittyen. Tukea saattoi olla esimerkiksi potilaan ja perheen puolesta puhuminen saada yhden hengen huone, jonka koettiin edistävän potilaan ja perheen sopeutumista sairaalaympäristöön ja yksityisyyden ja ihmisarvoon liittyvien tarpeiden täyttymistä. (Moon ym.2019, 449–454.)

Edelleen voidaan siis nähdä sitä, kuinka ympäristö vaikuttaa sosiaalityöntekijöiden tapaan työskennellä ja työn painotuksiin palliatiivisen- ja elämän lopun hoidossa, mutta samanaikaisesti sillä on vaikutusta myös sosiaalityön asiakkaina olevien ihmisten psykososiaalisen tuen tarpeisiin. Kuten Jonaksen ja kumppanien (2022, 744) mukaan sosiaalityöntekijöiden tärkeänä roolina potilaiden ja perheiden hoidossa lääketieteellisessä ympäristössä on auttaa heitä tunnistamaan lääketieteen kulttuurin rooli heidän kokemuksissaan ja miten se on vuorovaikutuksessa heidän oman kulttuurinsa kanssa. Tähän liittyy etenkin Yhdysvalloissa vallalla oleva lääkärin erehtymättömyyttä korostava rooli, joka johtaa sellaisiin viestintämalleihin, joissa asiakkaat eivät uskalla kyseenalaistaa lääketieteellisiä suosituksia.

Sosiaalityöntekijöiden mielestä heidän alaansa on keskittyä tunteelliseen, psykososiaaliseen ja psykologiseen tukeen, johon ei lääkäreillä eikä hoitajilla ole aikaa. Eräässäkin sosiaalityöntekijän kommentissa omasta työstään korostui asiakkaiden ja perheiden kaikenlaisten tunteiden sallimisen ja tunnistamisenkin tärkeys, jotta heille tulisi kokemus tunteiden oikeutuksesta, kuten surun, vihan ja väsymyksen tunteiden sekä uupumuksen tunteiden kohdistumisesta koko prosessia kohtaan. (Moon ym.2019, 452.) Farabelli kumppaneineen (2020, 283–284) tutkimuksessaan kuvaa tätä psykologisesti turvallisen ympäristön edistämisenä, jossa tunteet, ajatukset, kysymykset ja erilaiset mielipiteet voi jakaa ja ilmaista, kokien sen hyväksyttynä ja turvallisenä. Palliatiivisen hoidon sosiaali-

työntekijät auttavatkin potilaita monenlaisissa tarpeissa, jotka painottuvat etenkin psykososiaaliseen ahdistukseen, masennukseen ja monimutkaiseen lääketieteelliseen päätöksentekoon ja suruun.

Moon ja kumppanit (2019, 4454–455) ovat arvioineet yhtenä syynä suru - ja menetysteorioiden vähäiselle käytölle sairaalaympäristössä olevan potilas- ja perhekohtaamisten tyyppillisesti lyhytaikaisempi luonteen, jolloin keskittyminen terapeutiseen osallistumiseen on vaikeampaa. Kuitenkin tästä huolimatta sosiaalityöntekijät määrittävät omaa rooliaan ensisijaisesti kuoleman tunne- ja psykososiaalisista puolista. Psykososiaalista arviointia toteutetaan potilas- ja perhekeskeisestä näkökulmasta, sisältäen sekä potilaan nykyisen ja toivotun elämänlaadun arviointia, että selviytymistaitojen arviointia, jota sosiaalityöntekijät pitävät esimerkiksi Headin ja kumppanien (2019) tutkimuksessa yhdestä tärkeimmistä tehtävistään (Head ym. 2019).

Moniammatillisessa tiimissä sosiaalityöntekijän roolissa korostuu potilas- ja perhekeskeinen työote, johon läheisesti liittyy perheen puolustaminen ja oikeuksiensa edistämien. Sosiaalityöntekijöiden mukaan heidän roolinaan on toimia potilaiden, perheiden ja terveydenhuoltotiimin välisenä välittäjänä vastatakseen potilaiden ja perheiden tarpeisiin. Vaikuttamistyössä heillä on tavoitteena tuoda potilaan ja perheen mieltymyksiä ja näkökulmia muulle hoitotiimille elämän lopun hoidossa edistämään näin potilas - ja perhekeskeistä hoitoa. (Moon ym. 2019, 451–452.) sosiaalityöntekijät yleensä tunnistavat lääketieteelliset kulttuuriset normit ja pystyvät auttamaan potilaitaan navigoimaan niiden odotusten mukaisesti saadakseen yksilöllisiin tarpeisiin kohdistuvaa hoitoa. Perheet hyötyvät niin sanotun johtajan nimeämisestä kohdatessaan monimutkaisia ja elämää rajoittavia sairauksia. Sosiaalityöntekijän roolissa kokonaisvaltaisen hoidon puolestapuhujana korostuu keskittyminen elämänlaatuun ja elämään sairauden ulkopuolella, johon liittyy potilaiden ja perheiden kannustaminen ja voimaannuttaminen ilmaisemaan tarpeitaan ja puhumaan etenkin silloin kun hoitosuunnitelmat eivät vastaa heidän hoitotavoitteitaan. (Jonas ym. 2022, 744.) Sosiaalityöntekijöillä onkin vahva rooli ennakkohoidon suunnittelussa ja etenkin siihen liittyvien keskustelujen edistämisessä (Farabelli ym. 2020, 280–281). He puolustavat potilaita ja perheitä heidän mieltymystensä huomioimisessa, edistämällä siten päätöksentekoa ja viestintää (Alshammari ym. 2024, 2657).

Sosiaalityöntekijät tuovat tiimiin osaamista ja taitoa erilaisten tarpeiden tulkintaan, tarjoten tietoa tekijöistä, jotka ovat vaikuttamassa asiakkaan elämänlaatuun ja terveyteen kuuluvassa päätöksenteossa. Asiakkaan puolustaminen ja esteiden vähentäminen toivottuihin

lopputuloksiin pääsemiseksi, kuuluvat tärkeänä osana sosiaalityöntekijän rooliin moniammatillisessa yhteistyössä. (Otis-Green ym. 2019, 312–314.)

6.2 Sosiaalityöntekijät sillanrakentajina moniammatillisessa yhteistyössä

Sosiaalityöntekijöillä on palliatiivisen hoidon moniammatillisessa yhteistyössä merkityksellinen rooli edistämässä yhteistyötä ja siten myös sekä ammatillista että ei-ammattillista hoitoa. Heillä on osaamista yhteistyösuhteiden edistämisessä lääketieteen ammattilaisten kanssa. Lisäksi hyvä yhteistyösuhte on välttämätön sosiaalityön mahdollisuuksien lisääntymiseksi palliatiiviseen hoitoon ja siten myös käytäntöön vaikuttamiseksi. Sosiaalityöntekijöistä puhutaankin sillanrakentajina terveydenhuollon henkilöstön, asiakkaiden ja heidän läheistensä, epävirallisten hoitajien ja surevien perheenjäsenten välillä. (Alanazi ym. 2024, 3082–3084; Yao ym. 2025, 163) Myös Jonas kumppaneineen (2020, 1688) korostaa sosiaalityöntekijöiden merkityksellistä roolia edistämässä lääketieteellisissä järjestelmissä, lääketieteellisen mallin siirtymisessä kohti perhekeskeistä hoitoa tukemalla terveydenhuollon tiimejä optimoimaan kumppanuuttaan potilaiden ja perheiden kanssa. O'Donnellin ja kumppanien tutkimuksen (2024, 5–7) mukaan moniammatillisen tiimin muut jäsenet arvostavatkin sosiaalityöntekijöiden taitoa tukea tiimin hyvinvointia ja jäsenten vuorovaikutusta potilaiden kanssa sekä osallistujien omien tunnereaktioiden käsittelyä vaikeissa päätöksissä. Myös osana potilaan ja palliatiivisen hoidon tiimin välisen yhteisen sävelen löytämistä ja yhteistyön edistämistä sosiaalityöntekijät ylittävät perinteisiä roolirajojaan sairaalaympäristössä, jossa perinteisesti saattaa vallita eristäytyneet ja ei-luottamukselliset suhteet eri ammattiryhmien välillä.

Hyvän yhteistyön kautta ei-lääketieteellisten ongelmien hoito edistyy, kuten oireiden psykososiaalisten esteiden käsittely, hoitojen pitkäaikaisten taloudellisten seurauksien ja perhekontekstin ratkaiseminen. Hyvän yhteistyön avulla sosiaalityöntekijöillä on mahdollisuus pyrkiä puolustamaan palliatiivisen hoidon varhaista integrointia asiakkaiden hoitoon. (Alanazi ym. 2024, 3082–3084.) Sosiaalityöntekijän asiantuntemus ja osaaminen ryhmätyö- ja viestintätaidoissa vahvistaa moniammatillisen tiimin välistä yhteistyötä (Otis-Green ym. 2019, 311; Yao ym. 2025, 163; Guan ym. 2026). Lisäksi yhteistyö mahdollistaa sosiaalityöntekijöitä toimimaan välittäjinä asiakkaiden ja moniammatillisen palliatiivisen hoidon tiimin välillä, joka on ensiarvoisen tärkeää erityisesti haastavien asia-

kas- lääkärikeskustelujen mahdollistamisessa sekä niiden asiakkaiden tarpeiden huomiointiseksi, joille lääketieteellinen termistö on vieraampaa (Alanazi ym. 2024, 3082–3084). Palliativisessa hoidossa sosiaalityöntekijät edistävät ryhädynamiikkaa ja parempia yhteistyökäytäntöjä, ryhädynamiikan ja monimutkaisten hoitojärjestelmien koulutuksen avulla. Heidän omistamien kykyjen, kuten konfliktien sovittelu, viestintä ja kokonaisvaltainen potilaiden- ja perheiden tarpeiden arviointi, avulla he soveltuvat hyvin asemoitumaan lääketieteellisen kulttuurin ja yksilöllisten potilas- ja perhetarpeiden välisen kuilun tasoittajina. He pyrkivät voimaannuttamaan perheitä toimimaan tehokkaina kumppaneina terveydenhuoltotiimin kanssa. (Jonas ym. 2022, 744.)

Sillanrakentajan rooli näyttäytyy myös potilaan- ja palliativisen hoidon tiimin välisen terapeutin liiton rakentamisessa ja ylläpitämisessä sekä arvioimalla että edistämällä hoitoa, joka keskittyy potilaan sairauskokemukseen. Sosiaalityöntekijät luovat tilaa vaikeiden terveydenhuollon keskustelujen aloittamiselle, käsittelylle ja uudelleen käynnistämiseksi sekä auttavat säätelemään emotionaalisesti kuormitettujen keskustelujen tahtia ja intensiteettiä, vahvistaen näin resilienssiä tiimissä. Sosiaalityöntekijät tarjoavat jatkuvuutta ja yhteyttä sairaalokokemuksen aikana, joka tukee terapeutista suhdetta palliativisen hoidon tiimiin ja samalla tukee koko tiimin hyvinvointia. (O'Donnell ym. 2024, 1; Guan ym. 2026.) Lisäksi heidän kykynsä sovittaa konflikteja, puolustaa potilaan autonomiaa ja vähentää elämän loppuvaiheen keskustelujen leimautumista sekä resilienssin edistäminen jatkuvalla koulutuksella etenkin resurssirajoitteisissa olosuhteissa, tuovat moniammatilliseen yhteistyöhön korvaamatonta psykososiaalista osaamista. Myös valmius navigoida monimutkaisissa ekosysteemeissä tiimin yhteenkuuluvuuden edistämisen ja muiden mainittujen taitojen lisäksi kuuluvat sosiaalityöntekijöiden merkitykselliseen osallistumiseen moniammatillisessa yhteistyössä. (Yao ym. 2025, 163.)

Eryteisesti palliativisen hoidon sosiaalityöntekijöiden asiantuntemukseensa perustuva johtajuus monimutkaisiin psykososiaalisiin tarpeisiin vastaamisessa on tärkeää sellaisten potilaiden ja perheiden neuvonnassa sekä ohjauksessa, joilla ahdistuksen suuruus vaikeuttaa käsittelemään sairauteen liittyvää tietoa tai tehdä päätöksiä. Sosiaalityön laadukas arviointi auttaa tiimiä ymmärtämään paremmin potilaan ja perheen dynamiikkaa, tietomieltymyksiä ja aikaisempia lähestymistapoja tärkeitä päätöksiä kohtaan sekä sitä, miten he jakavat keskenään tietoa perhedynamiikan näkökulmasta. (O'Donnell ym. 2024, 4.) Sosiaalityöntekijät voivat toimia moniammatillisessa tiimissä kanavana muistuttamassa hoi-

totavoitteiden ohjaavasta merkityksestä hoitopäätöksissä. He selvittävät keskusteluin asiakaan mieltymyksiä erilaisiin elämänlaadun kannalta tärkeisiin teemoihin, kuten mitkä asiat tuovat elämään merkitystä ja iloa sekä millaiselta näyttää hyvä päivä. Hyödyllisiä keskustelun aiheita ovat myös toiveet hoidon saamisen paikasta, hengellisen vakaumuksen merkityksestä hoidossa ja hoitolinjauksista elämän lopussa eli siitä kuinka kuolla mahdollisimman hyvin. Tarpeellista on keskustella elämän jälkeisestäkin elämästä kuten hautausvaihtoehdoista ja toiveesta sen ja hautajaisten suhteen. (Otis-Green ym. 2019, 311.) Sosiaalityöntekijöiden osallistuminen ennakkohoidon suunnitteluun ja elämän loppuvaiheeseen liittyviin keskusteluihin lisää näiden keskustelujen dokumentaation tiheyttä potilastietoihin ja samalla tiedon välittymistä koko moniammatillisen tiimin ydinjäsenille, edistämään ennakkohoidon suunnittelun keskustelujen ohjaavaa merkitystä hoidossa. (Farabelli ym. 2020, 280–281.)

Kokonaisvaltaisten käytäntöjen korostamisella ja toteuttamisella sosiaalityöntekijät tuottavat merkityksellistä osallistumistaan palliatiivisessa hoidossa. Kun puhutaan transformatiivisesta sosiaalityöstä palliatiivisessa hoidossa, sillä tarkoitetaan sosiaalityöntekijöiden roolia välittäjinä toimimisesta asiakkaiden ja yhteiskunnan välillä. Kokonaisvaltaisessa hoidossa sosiaalityöntekijöiden ensisijaisena haasteena on edistää kulttuurisesti herkkää käytäntöä sisältäen monimuotoisuuden, monikielisyyden ja eri hengellisten suuntausten huomioimisen. Lisäksi myönteisten yhteiskunnallisten muutosten edistäminen potilaiden ja perheiden parissa, johon liittyy esimerkiksi tasa-arvoista palvelusuunnittelua syrjäytyneille ryhmille ja julkisia keskusteluja palliatiivisen hoidon eriarvoisuuden poistamiseksi. (Alanazi ym. 2024, 3084.) Ainutlaatuisena teemana liittyen arvoihin ja käytäntöön sosiaalityöntekijän asiantuntemuksessa pidetäänkin sosiaalista oikeudenmukaisuutta, erityisesti sosiaalisen epäoikeudenmukaisuuden tunnistamista ja haastamista, joita voidaan pitää sosiaalityön ammatin eettisinä periaatteina (Jonas ym. 2022, 741–742). Sosiaalityöntekijöitä toimii resurssina tiimeille, jotka etsivät keinoja eriarvoisuuden vähentämiseksi marginalisoitujen väestöjen keskuudessa, joilla esiintyy lisäksi kohtuuttoman paljon altistumista traumaattisille kokemuksille ja epätasa-arvoista mahdollisuutta päästä sosiaalisiin resursseihin (DiBiase 2023, 296–298). Sosiaalityöntekijät ovat soveltuvia eettisten sitoumustensa vuoksi kehittämään tietoisuutta sorron lähtökohdista terveydenhuoltojärjestelmissä ja yhteiskunnassa laajemmin. he voivat tunnistaa nämä epäoikeudenmukaiset käytännöt ympäristössä muille, kuten terveydenhuoltotiimin jäsenille ja samanaikaisesti pitää järjestelmää vastuullisena pyrkiä purkamaan tällaiset

sortojärjestelmät. Sosiaalityöntekijät auttavat näiden lääketieteellisesti vakavien sairauksien jälkivaikutusten ja niihin liittyvien traumojen lievittämisessä. (Jonas ym. 2022, 741–742.)

Sosiaalityöntekijöiden asiantuntemus traumatietoisen palliatiivisen hoidon johtajina moniammatillisissa palliatiivisen hoidon tiimeissä näkyy esimerkiksi avohoidon palliatiivisen hoidon klinikalla siinä, kuinka he auttavat koko tiimiä tunnistamaan nykyisen tai aiemman trauman ilmenemistä, soveltaen traumatietoista näkökulmaa kliinisessä tilanteessa sekä ohjaten tiimi- ja traumatietoista hoitoa. (DiBiase 2023, 296–298.) He voivat tarjota traumatietoisen biopsykososiaalis-hengellisen näkökulman, jota ohjaavat hoidon jatkuvuus ja erinomaiset kliiniset - ja vuorovaikutustaidot (Jonas ym. 2020, 1688). Jonas kumppaneineen (2022, 741) puhuukin siitä, kuinka lasten palliatiivisen hoidon sosiaalityöntekijöillä on velvollisuutenaan täyttää kulttuuriset pätevyyden vaatimuksensa palliatiivisessa hoidossa. Tähän kuuluu kulttuurinen nöyryys antaa palvelujen tarjoajille mahdollisuus vuorovaikutukseen asiakkaiden kanssa ja avoimuus ainutlaatuiselle monimuotoisuudelle riippumatta yhteiskunnallisista ennakkoluuloista ja vaikutteista, mitkä saattavat kannustaa toimimaan toisin. Sosiaalityöntekijät voivat toimia johtajina kulttuurisen nöyryyden ja reagoitavan harjoittamisessa mallintamalla kliinisiä taitojaan ja menetelmiään luottamuksen rakentamiseen monitieteisen tiimin jäsenille. (Jonas ym. 2022, 741.)

Kokonaisvaltaisessa palliatiivisessa hoidossa huomioidaan sekä lääketieteelliset että psykososiaaliset tarpeet ja ymmärretään kuinka ne ovat kietoutuneet erottamattomasti toisiinsa. Sosiaalityöntekijöiden alueeseen kuuluu edustaa potilaan ja perheen psykososiaalisia tekijöitä moniammatillisessa yhteistyössä ja heidän roolinsa tiimissä on välttämätön osa perhekeskeistä, tavoitteellista ja traumatietoista hoitoa. (Jonas ym. 2020, 1691.) Farabelli kumppaneineen (2020, 280) nostavat esille terveyden sosiaalisten määräävien tekijöiden lisääntyvän tunnistamisen korostavan palliatiivisen hoidon tiimin sosiaalityöntekijöiden merkitystä, lisäämällä ymmärrystä ja kykyä puuttua suureen joukkoon ihmisen elämänlaatuun vaikuttaviin tekijöihin. Lisäksi he kehittävät monialaista hoitoa edistäviä interventioita, joissa teoreettisena suuntautumisena korostuu ihminen ympäristössään lähestymistapa (Moon ym. 2019, 444). Heidän luonnollinen läsnäolonsa, emotionaalinen keskustelutukensa ennen kuolemaa ja sen jälkeen, sekä käytännön tukensa välittyvät erityisasiantuntemuksena tiimissä (Ågren & Holmberg 2024). Sosiaalityöntekijät lasten pal-

liatiivisessa hoidossa, omaavat johtajuutta vakavan sairauden käsittelyssä ja elämän loppuvaiheen ongelmien selvittelyssä. he omaavat myös akateemisen roolin ja siihen liittyen vastuun tarjota muodollista ja epämuodollista koulutusta sekä ohjausta moniammatillisille oppijoille. Tätä roolia on lasten palliatiivisenhoidon tiimillä ja myös institutionaalisella tasolla mahdollisuus kannustaa ja tukea. (Jonas ym. 2022, 745.)

6.3 Roolin toteuttamiseen liittyviä haasteita ja edellytyksiä moniammatillisessa yhteistyössä

Palliatiivisessa hoidossa ja sen moniammatillisessa yhteistyössä sosiaalityöntekijän roolin toteuttamiseen liittyy sekä haasteita että edellytyksiä. Aineistosta nousi selkeitä teemoja, jotka liittyivät sosiaalityöntekijän roolin toteuttamisen haasteisiin ja edellytyksiin moniammatillisessa terveydenhuollon ympäristössä. Haasteita aiheuttivat roolin aliarviointi ja epäselvyys, lääketieteellisen mallin hallitseva asema, rakenteelliset ja hierarkkiset esteet, ammatilliset esteet, roolien päällekkäisyydet muiden ammattiryhmien kanssa. Edellytyksinä roolin laadukkaalle toteuttamiselle nousivat riittävä osaaminen ja koulutus, selkeä roolin määrittely, varhainen integroituminen hoitopolkuun, työhyvinvointi, dokumentointi ja organisaatiotasolta luodut edellytykset.

Sosiaalityöntekijöiden ja lääketieteen ammattilaisten välisessä yhteistyössä esiintyvien haasteiden syyksi on usein esitetty palliatiivisen hoidon lääketieteellisen mallin hallitsemattomuutta, jolloin sosiaalityö ja psykososiaaliset tarpeet nähdään toissijaisina lääketieteeseen ja klinisiin tarpeisiin nähden. Sosiaalityöntekijöiden taitoa ja osaamista ei myöskään tällöin hyödynnetä, eikä heidän kapasiteettiaan hoidon tarjoamisessa arvosteta riittävästi. (Moon ym. 2019; Ågren & Holmberg 2024; Alanazi ym. 2024;) Alanazin ja kumppanien tutkimuksen (2024, 3084) mukaan asiakkaiden kokonaisvaltaisten tarpeiden arviointiin moniammatilliset tiimikokoukset ovat soveltumattomia, koska niissä lääketieteellisen mallin fyysinen painotus ei anna riittävästi tilaa asiakkaan psykososiaalisten tarpeiden käsittelyyn, marginalisoiden sosiaalityön roolia etenkin akuuttihoito- ja sairaalaympäristössä, jossa lääkäreillä ja hoitajilla on koordinoivia rooleja enemmän. Saattohoitoympäristöissä taas sosiaalityöntekijöiden nähtiin toimivan näkyvämmiin tiimeissä johtamassa ja koordinoimassa

Yhteistyön sujuvuuteen aiheuttaa haasteita myös sosiaalityöntekijän roolin epäselvyys ja päällekkäisyydet muiden moniammatillisen tiimin ammattilaisten kanssa. Tähän on yhtenä ja merkittävänä syynä pidetty palliatiivisen hoidon sosiaalityöntekijöiden päivittäisessä työssään toteuttamien selkeästi määriteltyjen roolikuvausten, sekä tehtävien että taitojen puuttumista (Head ym. 2019). Lisäksi roolien päällekkäisyyttä ja samankaltaisuutta muiden ammattiryhmien, kuten sairaanhoitajien ja psykologien kanssa, on pidetty merkittävänä, vaikeuttaen siten eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä ja myös tuottaen samalla hämmennystä asiakkaille sekä heidän läheisilleen elämän loppuvaiheessa (Bitschnau ym. 2020; Ågren & Holmberg 2024;). Moonin ja kumppanien (2019, 448–452) tutkimuksessa tuli lisäksi esiin, kuinka potilaiden ja perheiden emotionaalisiin tarpeisiin vastattiin kaikkien tiimin jäsenten osalta ja etenkin surunhoidon järjestämisessä sosiaalityön sekä palliatiivisen hoidon hoitajan roolien päällekkäisyys näkyi selkeänä. Eräskin tutkimukseen osallistunut sosiaalityöntekijä kuvasi ilmiötä monimutkaisena ja hankalana, kun oli epäselvää kumpi vastaa surun hoidosta, koska ei ole tarkoituksenmukaista sekä sosiaalityöntekijän että hoitajan sitä tehdä samanaikaisesti.

Palliatiivisen hoidon kontekstiin liittyvä kuoleman läheisyys ja siihen liittyvä sensitiivisyyden tarve työskentelyssä saattoivat aiheuttaa epävarmuutta ja tunnetta osaamattomuudesta sosiaalityöntekijöiden keskuudessa. Moonin ja kumppanien (2019, 448–453) Kliinissä sairaalaympäristössä työskentelevät sosiaalityöntekijät kokivat, henkilökohtaisesta kokemuksistaan ja altistumisestaan kuolemalle riippumatta, itsensä valmistautumattomiksi työskentelyyn kuolevien potilaiden ja heidän perheidensä kanssa. Elämän loppuvaiheen hoitotilanteiden monimuotoisuus jopa järkytti monia ja he saattoivat kokea, ettei akateeminen koulutus ollut valmistanut heitä kohtaamaan sitä todellisuutta millaista on työskennellä kuolevien ja heidän perheidensä parissa.

Sosiaalityöntekijöiden olisi selkeästi viestitettävä terveydenhuollon ympäristön moniammatillisessa yhteistyössä biopsykososiaalisen mallin arvosta palliatiivisessa hoidossa, jossa jokaisella ammattilaisella on oma tärkeä roolinsa yhteistyössä. Lisäksi oman ammatillisen roolin ja panoksen määrittäminen on tärkeää, ettei päällekkäisyyttä sairaanhoitajien ja psykologien roolien kanssa olisi niin paljon. (Alanazi ym. 2024, 3084.) Ågren ja Holmberg (2024) vetoavat tutkimuksessaan myös sosiaalityöntekijöiden pitkän psykososiaalisen tietämyksen historiaan, jonka käsitteen merkitykset olisi tunnustettava paremmin moniammatillisen yhteistyön hierarkioissa ja rakenteissa. Rakenteellisten ja hierarkisten esteiden todettiin Hernández Moscoson ja Torralba Rosellón tutkimuksen (2025, 132–133) mukaan haittaavan sosiaalityöntekijöiden integroitumista moniammatillisiin

tiimeihin. Tämän vuoksi poliittisia muutoksia pidetään oleellisina keinoina roolin tärkeyden tunnustamiselle ja vahvistamiselle sekä siten samalla myös sosiaalityöntekijöiden osallistumiselle palliatiivisen hoidon kaikkiin eri osa-alueisiin.

Sosiaalityöntekijöiden edellytyksenä merkitykselliselle osallistumiselle palliatiivisessa hoidossa tunnistettiin Alanazin ja kumppanien (2024, 3081–3082) tutkimuksessa toimivan kahdella tasolla, joita ovat yksilölliset sosiaalityöntekijän valmiudet ja kontekstuaaliset tekijät. Edellytyksiksi tunnistettiin kokonaisvaltaisten ja transformatiivisten käytäntöjen toteuttaminen, yksilöllisten valmiuksien parantaminen koulutuksen avulla, yhteistyösuhteiden edistäminen lääketieteen ammattilaisten kanssa, sosiaalityön roolin ja ydinosaamisten selkeä määrittäminen, heidän panostensa arviointi ja dokumentointi potilas- ja asiakastietojärjestelmiin, työtyytyväisyyden edistäminen ja työuupumuksen ehkäiseminen, vertaistuen tarjoaminen, hallittavien tapausmäärien varmistaminen ja palliatiivisen hoidon varhaisen käyttöönoton edistäminen asiakkaiden sairauden vaiheissa. Näillä esiin nostetuilla edellytyksillä viitataan siis tilanteeseen tai tilaan, jollainen tarvitaan sosiaalityöntekijöiden tehokkaalle osallistumiselle palliatiivisessa hoidossa, jossa heidän tietonsa ja taitonsa hyödynnetään tehokkaasti tärkeänä osana moniammatillista hoitoa. Edelliseen liittyen myös Jonas ja kumppanit (2022, 745) korostavat omassa lasten palliatiivisen hoidon sosiaalityötä koskevassa tutkimuksessaan sosiaalityöntekijöiden hyväksymien osaamisten määrittämisen tärkeyttä selventämässä heidän rooliaan lasten palliatiivisen hoidon moniammatillisessa tiimissä, auttaen näin luomaan perustan heidän tärkeälle panokselleen, sekä koulutus - ja johtajuuspotentiaalin että kliinisten taitojen ja tietojen arvostukselle ja ymmärrykselle tiimien olennaisina jäseninä. Tämä ymmärrys voi edistää sosiaalityön tehtävien luomista ja laajentamista tiimeissä sekä samalla tukea moniammatillisten tiimien yhtenäisyyttä ja kestävyyttä. Myös rekrytointitarpeiden ja standardien suhteen sosiaalityöntekijän merkitys ja arvo tulevat näkyvämmiksi. (Jonas ym. 2022, 745.)

Vaikka moniammatillisessa yhteistyössä eri ammattikuntien väliset erot lähestymistavoissa ja painopisteissä usein saattavat haastaa yhteistyötä, niin Moonin ja kumppanien (2019) tutkimuksen mukaan sosiaalityöntekijät kokevat moniammatillista työtä ohjaavan kuitenkin yhteinen tavoite tarjota laadukasta hoitoa. Myös tiimin yhteenkuuluvuus ja harmonia on tärkeää, eikä kyseessä nimenomaan ole mikään kilpailullinen prosessi eri ammattikuntien kesken. Päinvastoin tiimityöskentelyä pidetään tärkeänä ja yhteisessä lä-

hestymistavassa kaikki työskentelevät potilaan parhaaksi osallistumalla omalla asiantuntemuksellaan ymmärryksen prosessiin, jossa ei haittaa, vaikka välillä asiantuntemuksen tasot limittyvät keskenään tai ovat jopa päällekkäisiä. Jonaksen ja kumppanienkin (2022, 745) mukaan edellytyksenä toimivalle tiimille lasten palliatiivisessa hoidossa pidetään juuri yhtenäistä tiimifilosofiaa, tiivistä viestintää, korkeaa tiimisitoutumista ja hyviä ihmissuhteita. Viestinnän avoimuus voi lisätä keskustelua jäsenien välillä johtaen siten kokemukseen kuulluksi tulemisesta tiimissä ja parempaan ymmärrykseen eri jäsenten vastuista ja rooleista tiimissä. Moniammatillisen koulutuksen avulla muut ammattilaiset voivat saada tärkeää tietoa sosiaalityön roolista, mutta samalla myös omasta roolistaan lasten terveydenhuoltotiimissä. Selkeiden roolikuvausten yhtenä tärkeänä hyötynä pidetään niiden mahdollisuutta tehdä sosiaalityöstä näkyvämpää muille palliatiivisen hoidon ammattilaisille edistäen samalla hoidon laatua ja antaen suuntaa palliatiivisen hoidon sosiaalityön interventioitoimille sekä edistäen ammattilaisten keskinäistä yhteistyötä (Jonas ym. 2020, 1689; Jonas ym. 2022, 145; Guan ym. 2024, 1310).

Selkeiden roolikuvausten ohella korostuu palliatiivisen hoidon kontekstista nousevan erityisosaamisen tarve, eli sosiaalityöntekijät tarvitsevat myös lääketieteellistä tietoa ja asiantuntemusta palliatiivisesta- ja elämän loppuvaiheen hoidosta (Alanazi ym. 2024, 3084). Lisäksi tärkeinä edellytyksinä merkitykselliselle osallistumiselle pidetään sosiaalityöntekijän pätevyyttä ja itsevarmuutta sekä potilasmäärien hallittavuutta ja palliatiivisen hoidon varhaista integrointia hoitopolkuihin. Hyvät yhteistyösuhteet lääketieteen ammattilaisten kanssa nousevat myös esiin aineistosta edellytyksiksi merkitykselliselle osallistumiselle. Edistävinä asioina pidetään lisäksi monitieteisiä koulutusmahdollisuuksia, jotka arvostavat palliatiivisen hoidon moninaisuutta ja edistävät moniammatillisen yhteistyön laadukasta toteutumista käytännössä. (Jonas ym. 2020, 1689; Jonas ym. 2022, 745; Alanazi ym. 2024, 3081–3084.)

7 Yhteenveto ja pohdinta

Palliativinen hoito sosiaalityön toimintaympäristönä on aivan erityinen, sen ainutlaatuisen sensitiivisen luonteensa vuoksi. Kuoleman läheisyys ja tietoisuus siitä, ettei vakavasta sairaudesta voi asiakkaana oleva yksilö enää parantua, luo väistämättä sosiaalityölle ja sen psykososiaaliseen työhön omat erityispiirteensä ja osaamistarpeet, jotka sosiaalityöntekijän tulee ymmärtää tukeakseen asiakkaita sekä heidän perheitään kokonaisvaltaisesti. Niin kuin Catherine Pilling (2024) johdannon alussa olevan koskettavan runonsa lopussa kysyykin: ”*Mikä on tämä surullinen, yksinäinen, yhteisöllinen ja kaunis työ?* ”

Sosiaalityöntekijän psykososiaalisen työn keskiössä on kuoleman ja surun kohtaaminen yhdessä asiakkaan sekä hänen perheensä kanssa, siinä tukena oleminen. Tutkimukseni aineistosta hahmottui psykososiaalisen sosiaalityön asiantuntijuuteen liittyvä roolien valtava määrä. Työ on myös moniulotteinen, koska työtä tehdään asiakkaiden ja perheiden kanssa, mutta myös terveydenhuoltojärjestelmässä moniammatillisessa yhteistyössä moniammatillisen tiimin kanssa, unohtamatta yhteistyötä myös terveydenhuolto-organisaation ulkopuolelle eri toimijoiden kanssa tehtävään työhön sekä vaikuttamistyötä (transformatiiviset käytännöt) yhteiskunnan suuntaan. Työtä ohjaa palliativisen hoidon kontekstista nousevien erityistarpeiden ja palliativisen hoidon tavoitteiden sekä etiikan lisäksi sosiaalityön koulutuksen myötä muodostunut ymmärrys sosiaalisen kontekstin vaikutuksesta yksilön elämään. Lisäksi luottamukseen perustuvat vuorovaikutustaidot ja ihmisen autonomian kunnioittaminen toimivat taustalla kohtaamisissa ja tärkeinä periaatteina työskentelyssä, kuuluen oleellisina arvoina psykososiaaliseen sosiaalityön asiantuntijuuteen palliativisessa hoidossa. Kuten Mary Richmond (1917) tutkielmani teoriaosuudessa kuvasikin psykososiaalisen työn lähtökohtana olevan ymmärrys ihmisen ja ympäristön välisestä vuorovaikutuksesta ja sen merkityksestä kokonaisuustilanteen kannalta.

Psykososiaalisen tuen keinoina yksiloille ja heidän perheilleen kuoleman ja surun kohtaamisessa voidaan pitää kuolemaan valmistautumista helpottavia tukimuotoja ja interventioita kuten kuoleman merkityksellisyyden ja elämän merkityksen etsimistä, surun muotojen ja surun riskitekijöiden tunnistamista sekä surussa tukemista. Elämän loppuvaiheen päätöksen teossa, oikeudellisten ja taloudellisten asioiden hoitamisessa sekä enakoivan hoitosuunnitelman laatimisessa sosiaalityöntekijän psykososiaalisella asiantuntemuksella on tärkeä ja merkityksellinen rooli sekä asiakkaalle perheineen että koko moniammatilliselle tiimille. Yhdeksi tärkeimmäksi tehtäväkseen sosiaalityöntekijät arvioi-

vat itse selviytymis- ja sopeutumiskeinojen tunnistamisen ja niiden vahvistamisen vahvuuksiin perustuvilla työmuodoilla, jotka huomioivat myös mahdollisen posttraumaattisen taustan vaikutuksen selviytymiselle

Sosiaalityöntekijän psykososiaalinen asiantuntemus näyttäytyy tutkielmani tuloksissa erityisen merkityksellisenä elämän lopun tietoon perustuvassa jaetussa päätöksenteossa sekä ennakoivan hoitosuunnitelman laatimisessa. Sosiaalityöntekijöiden rooli ja kyky olla asiakkaiden ja perheiden tukena tärkeinä pitämien asioiden tunnistamisessa ja viestimisessä asioita eteenpäin, sekä suunnitelmien toteuttamisen seuraamisessa ja myös tehtyjen päätösten ja suunnitelmien ymmärtämisen varmistamisessa ovat osaamisen ydintä, hyödyttäen sekä asiakkaita että moniammatillista yhteistyötä. Kuten teoriaosuudessa terveyden- ja hyvinvoinninlaitos myös korosti ennakoivan hoitosuunnitelman merkityksestä tukemaan eettisesti kestävää ihmiskeskeistä hoitoa, jossa on hyvissä ajoin mietittynä hoitolinjaukset ja suunnitelma, jolla voidaan varmistaa potilaan toiveiden mukainen hoito, myös muuttuviin tilanteisiin.

Kuoleman prosessiin ja suruun liittyvissä eksistentiaalisissa haasteissa, kuten eksistentiaalisessa ahdistuksessa ja merkityksen löytämisessä tukeminen auttaa yksilöä kulkemaan surun läpi kohti merkityksellistä elämää. Sosiaalityöntekijöillä on taitoa luoda syvällisiä keskusteluja, joissa asiakkaiden psykososiaalisten tarpeiden tunnistamiselle ja esiin nousemiselle on tilaa ja aikaa, verrattuna esimerkiksi sairaalaympäristössä tavallisesti totuttuun nopeatempoisempaan tahtiin. Menetelminä mainittiin eksistentiaalinen sosiaalityön lähestymistapa eksistentiaalisten haasteiden arviointiin ja interventioihin. Aineistosta nousi esiin myös erityinen sosiaalityöntekijöiden kehittämä hiljaisuudessa istumisen taito vaikeiden tunteiden äärellä ja kyky luoda psykologisesti turvallisia tiloja, jossa ihminen voi olla oma itsensä kaikkine tunteineen, ajatuksineen ja mielipiteineen.

Terveydenhuollon ympäristössä käytetty biopsykososiaalisen mallin käyttö, jonka Arjärvin (2024) tutkielmani teoriaosuudessa kuvasi sopivana moniammatillisen työn viitekehysenä terveydenhuollon kontekstissa, tukee sosiaalityöntekijä roolia ohjaten suuntaamaan huomion psykososiaalisiin näkökohtiin pelkän lääketieteellisen korostuksen sijaan. Hengellisten, kulttuuristen ja psykologisten tarpeiden arviointi on osa kokonaisvaltaista sosiaalityöntekijän psykososiaalista asiantuntijuutta ja toteuttamaa tukea palliativisessa hoidossa. Tukeen kuuluvat myös yksilö- ja perheneuvonta sekä koulutus, resurssien tunnistaminen sekä asiakkaiden ohjaaminen tarvittavien resurssien ulottuville. Sosiaalityöntekijät osoittautuivatkin aineistoni pohjalta olevan myös ammattilaisia käytännön

tarpeiden arvioinnissa ja koordinoinnissa päivittäisistä asioista liikkumiseen ja asumiseen.

Palliativisen hoidon ympäristö vaikuttaa sosiaalityön roolin painotuksiin. Sairaalassa työskentelevät palliativisen hoidon sosiaalityöntekijät käsittelevät elämän lopun teemoja järjestelmäteorian puitteissa, jolloin heidän roolinaan on tarkastella ja käsitellä myös näitä järjestelmiä sekä niiden välille syntyneitä jännitteitä. He toimivat kanavana kuolevan, läheisten ja terveydenhuoltoryhmän välillä henkisen - ja psykososiaalisen tuen sekä asianajon rooleissa. Perinteisten suru- teorioiden sijaan he yhdistivät emotionaalista tukeaan erilaisiin interventioihin sairauden vaiheissa ja erityisesti siirtymävaiheisiin korostuneesti liittyvänä esimerkiksi siirryttäessä parantavasta hoidosta palliativiseen hoitoon tai siirryttäessä palliativisen hoidon loppuvaiheeseen eli saattohoitoon. Erityisessä saattohoito-ympäristössä taas suru- ja kriisiteorioiden käyttö näyttöä yleisempänä kuin sairaalassa.

Tutkielmani tuloksista kuvastui sosiaalityöntekijän hyvin moninainen rooli palliativisen hoidon moniammatillisessa yhteistyössä. Sosiaalityöntekijä toimii kokonaisvaltaisen hoidon tukena, johon vahvasti liittyy psykososiaalisten ja emotionaalisten tarpeiden tunnistaminen ja arviointi. Lisäksi heidän aluettaan on vahvistaa potilas- ja perhekeskeistä työtettä tiimissä, johon kuuluu etenkin potilaan ja perheen puolustaminen sekä heidän oikeuksiensa edistäminen esimerkiksi juuri elämän loppuvaiheen päätöksenteossa ja vaikeissa keskusteluissa siihen liittyen.

Sosiaalityöntekijät nähdään resurssina tiimeille, jotka etsivät keinoja eriarvoisuuden vähentämiseksi marginalisoitujen väestöjen keskuudessa, joilla esiintyy lisäksi kohtuuttoman paljon altistumista traumaattisille kokemuksille ja epätasa-arvoista mahdollisuutta päästä sosiaaliin resursseihin. Heidän alaansa onkin traumatietoinen työote, jonka johtajina sosiaalityöntekijää tiimissä voidaan jopa pitää psykososiaalisen asiantuntijuutensa vuoksi. Sosiaalityöntekijät ovat myös soveltuvia eettisten sitoumustensa vuoksi kehittämään tietoisuutta sorron lähtökohdista terveydenhuoltojärjestelmissä ja yhteiskunnassa laajemminkin.

Lasten palliativisen hoidon sosiaalityössä on aineistostani löydettävissä yllättävän vähän eroa aikuisten palliativisen hoidon roolin ja asiantuntijuuden vaatimukseen nähden. Roollissa kuitenkin painottuvat monitieteinen työ ja kulttuuristen näkökulmien huomioiminen, psykososiaalinen arviointi, viestintä ja resurssien arviointi sekä osaaminen määritellä monimutkaisia hoidon- ja päätöksenteon tavoitteita. Lisäksi kontekstissa korostuvat välittämiseen liittyvät käytännöt ja kyky nimetä erilaisia tunteita sekä istua hiljaa vahvojenkin

tunteiden äärellä. Lisäksi sosiaalityöntekijän tulee ymmärtää lapsen kehitystä, suruhoidon merkitystä ja koko perheestä huolehtimisen tärkeyttä.

Sosiaalityöntekijöiden psykososiaalinen asiantuntijuus ja osaaminen etenkin ryhmätyö- ja viestintätaidoissa vahvistaa moniammatillisen tiimin välistä yhteistyötä. Tämä nousi useassa aineistoni tutkimuksessa esiin sosiaalityöntekijän vahvuutena ja resurssina moniammatillisessa tiimissä (ks. esimerkiksi Alanazi 2024 ja Yao 2025). Heitä voidaankin pitää sillanrakentajina, koska he edistävät tiimeissä yhteistyösuhteita lääketieteen- ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa sekä yhteistyösuhdetta terveydenhuollon henkilöstön, asiakkaiden ja heidän läheistensä, surevien perheenjäsenten sekä epävirallisten hoitajien välillä. Heidän kykynsä toimia juuri lääketieteen kulttuurin ja yksilöllisten potilasta ja perhetarpeiden välisen kuilun tasaajina voimaannuttaen toimimaan yhdessä kumppaneina terveydenhuoltotiimin kanssa on merkityksellistä. Sillanrakentajan rooli näyttäytyy nimenomaan potilaan- ja palliatiivisen hoidon tiimin välisen terapeutin liiton rakentamisessa, jossa sosiaalityöntekijät keskittyvät potilaiden sairauskokemukseen.

Sosiaalityöntekijän roolin toteuttaminen moniammatillisessa palliatiivisen hoidon tiimissä ei tutkielmani tulosten mukaan ole heidän merkityksellisyydestään huolimatta aina ongelmatonta, vaan siihen liittyy haasteita. Haasteita aiheuttavat roolin aliarviointi ja epäselvyys, lääketieteellisen mallin hallitseva asema, rakenteelliset ja hierarkkiset esteet, ammatilliset esteet sekä roolien päällekkäisyydet muiden ammattiryhmien kanssa. Edellytyksinä roolin laadukkaalle toteuttamiselle korostuivat tutkielmani tuloksissa riittävä osaaminen ja koulutus, selkeä roolin määrittely, varhainen palliatiivisen hoidon integroiminen hoitopolkuun, työhyvinvointi, dokumentointi ja organisaatiotasolta luodut edellytykset. Näissä tuloksissa on nähtävissä runsaasti yhteneväisyyksiä myös teoriaosuudessani esittämäni kuvaukseen suomalaisesta tutkimuksesta (esimerkiksi Kesonen ym. 2024), jossa edellytyksinä hyvälle yhteistyölle nähtiin olevan oman substanssiosaamisen ohella vahva palliatiivisen hoidon osaaminen ja tuntemus omista ja muiden ammattialisten vastuista sekä rooleista.

Päällekkäisyydet muiden ammattiryhmien kanssa etenkin psykologien ja hoitajien kanssa näyttäytyvät merkittävinä vaikeuttaen siten moniammatillista yhteistyötä, tuottaen siihen epäselvyyksiä omasta roolista ja siihen liittyvistä vastuista. Selkeä sosiaalityöntekijän roolin määrittäminen olisikin tärkeä edellytys optimaaliselle moniammatillisessa palliatiivisessa hoidossa toimimiselle. Tähän liittyen haluan nostaa esiin teoriaosuudestani

sosiaali- ja terveysministeriön julkaiseman selvityksen (2023), joka käsitteli psykososiaalisen käsitteen epäselvyyttä sosiaali- ja terveydenhuollon välillä Suomessa. Siinä kuvattiin sitä kuinka esimerkiksi psykososiaalista tukea ja psykososiaalisia hoitomenetelmiä voivat käyttää työssään siihen koulutuksen saaneet sekä terveydenhuollon hoitajat että sosiaalityöntekijät. Tutkielmani tuloksissa nousi roolien epäselvyys ja päällekkäisyys esille esimerkiksi surun tuen antamisessa, sosiaalityöntekijän ja hoitajan kesken oli epä-tietoisuutena siitä, kumman vastuulla se on toteuttaa.

Tuloksissa nousi lisäksi esille sosiaalityöntekijöiden epävarmuus ja tunne valmistautumattomuudesta työskentelemään kuoleman ja surun kontekstissa. Yhtenä edellytyksistä sosiaalityöntekijän merkitykselliselle osallistumiselle nähdään itsevarmuus ja riittävä osaaminen ja koulutus, johon tulee sisältyä erityisosaamista myös palliatiivisen hoidon lääketieteellisestä puolesta moniammatillisten- ja tieteisten koulutusten ohella. Tämä palliatiivisen hoidon koulutuksen tarve tuli esille myös suomalaisessa tutkimuksessa moniammatillisen yhteistyön kehittämisen yhteydessä (ks. Kesonen ym. 2024).

Lääketieteellisen mallin hallitsevaa asema epäiltiin yhdeksi syyksi, että psykososiaaliset tarpeet nähdään toissijaisina lääketieteellisiin tarpeisiin nähden. Siksi sosiaalityöntekijän olisikin tärkeää muistuttaa biopsykososiaalisen mallin tärkeydestä ohjaamassa moniammatillista työtä, jolloin myös hoidon kokonaisvaltaisuudella on mahdollisuus paremmin toteutua. Kontron suomalainen tutkimus toi (2025) jo aikaisemmin esille esimerkiksi puutteen sosiaalityöntekijän aseman paremmasta tunnustamisesta psykososiaalisen työn asiantuntijana. Myös tutkielmani tuloksissa nousi esille tämä sosiaalityöntekijän roolin toteuttamisen haasteissa roolin aliarvioimisena moniammatillisessa yhteistyössä terveydenhuollon ympäristössä. Aineistoni ruotsalainen tutkimus (Ågren ja Holmberg 2024) vetosi myös sosiaalityöntekijöiden pitkän psykososiaalisen tietämyksen historiaan, jonka käsitteen merkitykset olisi tunnustettava paremmin moniammatillisen yhteistyön hierarkioissa ja rakenteissa. Espanjalaisessa tutkimuksessa (Hernández Moscoson & Torralba Rosellón 2025) taas rakenteellisten ja hierarkkisten esteiden todettiin haittaavan sosiaalityöntekijöiden integroitumista moniammatillisiin tiimeihin. Tämän vuoksi poliittisia muutoksia pidettiin oleellisina keinoina roolin tärkeyden tunnustamiselle ja vahvistamiselle sekä siten samalla myös sosiaalityöntekijöiden paremmalle osallistumiselle palliatiivisen hoidon kaikkiin eri osa-alueisiin.

Palliatiivisen hoidon asiakkaat ja heidän perheensä ovat yhteiskunnassamme haavoittuvassa asemassa ei pelkästään vakavan kuolemaan johtavan sairauden vuoksi, vaan myös palliatiivisen hoidon ympäristön ja siihen liittyvien terveydenhuollon järjestelmien ja

käytäntöjen luomien olosuhteiden vuoksi Terveiden sosiaalisten tekijöiden tunnistaminen sosiaalityöntekijän psykososiaalisella asiantuntemuksella korostuukin palliatiivisen hoidon kontekstissa, kun halutaan edistää kokonaisvaltaista, oikeudenmukaista ja tasa-vertaista hoitoa yhteiskunnassa, sekä nähdä kuolema sosiaalisena ilmiönä. Kuten teoriaosuudessa Granfelt ja Kiurukin (2023) korostivat, että sosiaalityössä huomio halutaan kiinnittää myös haavoittaviin tilanteisiin ja palvelujärjestelmän haavoittaviin käytäntöihin.

Sosiaalityöntekijän rooli ja tarve moniammatillisessa palliatiivisessa hoidossa haavoittuvuuteen liittyen korostuu vielä entisestään sellaisissa tilanteissa, joissa läheisiä ja perhettä ei hoidettavalla ole. Niin kuin vastaavasti Miia Kontrokin omassa suomalaisessa tutkimuksessaan (2025) toi tätä esille. Koska palliatiivisessa hoidossa hoitoyksikköön kuuluu koko perhe, niin heidän puuttumisensa hoitoyksiköstä vaikuttaa hoitoa saavan yksilön sosiaaliseen asemaan ja hoitoympäristön, siten myös psykososiaalisen tuen tarpeeseen

Palliatiivisen hoidon sosiaalityön roolin näkyvyys vaihtelee eri maissa ja sen rakenteiden ja politiikan kautta annettu paikka ja merkitys. Myös koulutus ja viralliset voimassa olevat pätevyysvaatimukset voivat vaihdella. Rooli on monessa maassa epäselvä ja päällekkäinen toisten ammattiryhmien kanssa. Suomessa esimerkiksi ei aiheesta ole saatavilla tutkittua vertaisarvioitua tietoa. Kansainvälistä tutkimusta löytyy aiheeseen liittyen runsaasti, niin kuin tämäkin tutkielmani sen toi esille. Tärkeänä jatkotutkimuksena tämän tutkielmani pohjalta olisi selvittää suomalaista palliatiivisen hoidon sosiaalityön käytännön toteutumista ja sosiaalityöntekijän roolia moniammatillisessa palliatiivisen hoidon tiimissä. Kuinka psykososiaalinen sosiaalityön asiantuntijuus toteutuu maassamme verrattuna tutkielmassani saavutettuun tietoon asiantuntijuuden merkityksellisyydestä ja laajuudesta? Tähän liittyen olisi tärkeää selvittää organisaatorakenteiden ja palliatiivisen hoidon moniammatillisen tiimin rakenteiden järjestäytyminen Suomessa ja kuinka sosiaalityön asiantuntijuus asemoituu yhteistyössä? Tiedämme, kuinka viime aikoina terveysosiaalityötä on maassamme ajettu alas ja, jopa sosiaalityöntekijöiden toimia siirretty terveydenhuollon puolelle hyvinvointialueisiin siirtymisen jälkeen. Tärkeää olisikin tietoon perustuen korostaa sosiaalityön asiantuntijuutta palliatiivisessa hoidossa. Tähän liittyy selkeät psykososiaalisen sosiaalityön asiantuntijuuden pohjalta tehdyt sosiaalityöntekijän roolin kuvaukset ja työn näkyväksi tekeminen dokumentaatiota kehittämällä, sekä kokonaisvaltaisten moniammatillisten koulutusten järjestäminen biopsykososiaalisen mallin pohjalta, jossa sosiaalityö voi näyttäytyä tasavertaisena yhdessä terveydenhuollon kanssa.

Rajoituksina tutkimuksessani näen sen, että aineistossani korostuu tiettyjen maiden tutkimuksen teon runsaus ja toisaalta tutkimuksen puute toisissa maissa. Myös eri maiden väliset erot terveydenhuollon järjestämisessä ja palliatiivisen hoidon järjestämisessä väistämättä vaikuttavat tulosten painotuksiin eri tutkimuksissa. Tämä asia täytyy tiedostaa tiedon yleistettävyyden kannalta. Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan kuitenkin mielestäni suhteuttaa yleiseen tiedeyhteisön määrittelyyn sosiaalityöntekijän psykososiaalisesta roolista palliatiivisessa hoidossa, koska asiantuntemus perustuu ammatin profession ja koulutuksen kautta muodostuvaan psykososiaalisen asiantuntijuuden näkökulmaan.

Lähteet

- Ågren, Axel & Holmberg, Bodil (2024) How social workers are positioned and constructed as contributors within national palliative care policies in Sweden: A policy analysis. *Palliative care and social practice*, 18, 26323524241289601. <https://doi.org/10.1177/26323524241289601>.
- Alanazi, Madallah & Alotaibi, Abdulrahman Mohammed Naih & Alsulaiman, Mansour Abdulrahman Alsulaiman & Alabdulwahab, Abdulmalek Abdullah & Alharti, Sultan Mohammed & Oraydan, Abeer Mohammed & Alotaibi, Ogab Quwayshi Dukhi & Al-Hazoom, Jassem Radi Saleh & Alshammar, i Khaled Qunaifith Juathen & Al-Hassenh, Murdhi Mubarak Hamad & Alotaibi, Jamal Shinan Bandar & Alotaibi, Saif Theyab Mohamed & Alotaibi, Majid Hamdan Oil & Alotaibi, Turki Grais Turki (2024) The role of social workers in palliative care: A review of prerequisites and practical implementation. *Journal of international crisis and risk communication research (Print)*, 7(S9), 3081. <https://doi.org/10.63278/jicrcr.vi.2139>.
- Alshammari, Ahmed Munawir & Abdullah, Hamed Aharbi & Alraseedi, Fahad Ayidih & Thabet, Ayidih Alraseedi & Mubarak, Nassar Alraseedi & Aldhafeeri, Abdullah Kaiyed (2024) Exploring the perceptions and experiences of social workers in providing palliative care services to patients and families: A Qualitative Study in Saudi Arabian Healthcare Facilities. *Journal of international crisis and risk communication research (Print)*, 7(S9), 2655. <https://doi.org/10.63278/jicrcr.vi.1972>.
- Anttonen, Mirja Sisko (2016) Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheen jäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tampereen yliopisto.
- Arajärvi, Minna. & Mönkkönen, Kaarina & Kekoni, Taru & Toikko, Timo (2020) Sosiaalityön psykososiaalinen asiantuntijuus nuorisopsykiatrian moniammatillisen työyhteisön määrittelemänä. *Janus Sosiaalipolitiikan Ja sosiaalityön Tutkimuksen Aikakauslehti*, 28(4), 357–373. <https://doi.org/10.30668/janus.77900>.
- Arajärvi Minna (2021) Sosiaalityön psykososiaalisen asiantuntijuuden hyödyntämiseen vaikuttavat tekijät nuorisopsykiatrian avohoidossa. *Sosiaalilääketieteen aikakauslehti* 2021:58:46–60.
- Arajärvi, Minna (2024) Sosiaalityön psykososiaalinen asiantuntijuus moniammatillisessa yhteistyössä psykiatrian avohoidossa. *Publications in Social Sciences and Business Studies* No 318, University of Eastern Finland, Kuopio.
- Berkman, Cathy & Stein, Gary. L. (2018) Palliative and end-of-life care in the masters of social work curriculum. *Palliative & supportive care*, 16(2), 180–188. <https://doi.org/10.1017/S147895151700013X>.
- Bitschnau, Karl W. & Firth, Pam & Wasner, Maria (2020) Social work in hospice and palliative care in Europe: Findings from an EAPC survey. *Palliative & supportive care*, 18(6), 662-669. <https://doi.org/10.1017/S1478951520000279>.

- Cuartero-Castañer, M. Elena & Cañas-Lerma, Ana J. & Bagur, Sara & Verger, Sebastia & Chen, Qing-Wei (2026) Foundations of Social work practice in paediatric palliative care from the perspective of the patient, the family and the multidisciplinary Team: A Systematic Review. *Health & Social Care in the Community*, 2026, 1–12. <https://doi-org.ezproxy.ulapland.fi/10.1155/hsc/8849933>.
- De Panfilis, Ludoviga & Di Leo, Silvia & Peruselli, Carlo & Ghirotto, Luca. & Tanzi, Silvia (2019) "I go into crisis when ...": Ethics of care and moral dilemmas in palliative care. *BMC Palliative Care*, 18(1), 70. doi:10.1186/s12904-019-04532.
- DiBiase, Jennifer (2023) Social workers as leaders for facilitating trauma-informed palliative care in the outpatient palliative care clinic. *Journal of social work in end-of-life & palliative care*, 19(4), 296-308. <https://doi.org/10.1080/15524256.2023.2262157>.
- Farabelli, Jill & Kimberly, Sharon & Altilio, Terry & Otis-Green, Shirley & Dale, Heather & Dombrowski, Dana & Kieffer, J. Russell & Leff, Victoria & Schott, Julia & Strouth, Andrea & Jones, Christopher (2020) Top ten tips palliative care clinicians should know about psychosocial and family support. *Journal of palliative medicine*, 23(2), 280–286. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0506>.
- Fjose, Marianne & Eilertsen, Grethe & Kirkevold, Marit. & Grov, Ellen Karine (2018) "Non-palliative care" - a qualitative study of older cancer patients' and their family members' experiences with the health care system. *BMC Health Services Research*, 18(1), 745. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3548-1>.
- Guan, Ting & BrintzenhofeSzoc, Karlynn & Middleton, Alyssa & Otis-Green, Shirley & Schapmire, Tara & Rayton, Makeeta & Nelson, Krista & Grignon, Michael L. & Zeprad, Brad (2024) Oncology social workers' involvement in palliative care: Secondary data analysis from nationwide oncology social workers survey. *Palliative & supportive care*, 22(5), 1310–1316. <https://doi.org/10.1017/S1478951524000622>.
- Guan, Ting & O'Donnell, Arden & Varikkodan, Shaneem & Sedaghatshoar, Sadaf & BrintzenhofeSzoc, Karlynn (2026) "We are caring for the whole person": A qualitative study of social work's role in palliative cancer care. *Palliative & supportive care*, 24, e36. <https://doi.org/10.1017/S1478951525101466>.
- Günther, Kirsi & Hasanen, Kirsi & Juhila, Kirsi (2021) Johdanto: Analyysi ja tulkinta. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/netelmät>. Viitattu 20.4.2026.
- Granfelt, Riitta & Kiuru, Hanna (2023) Psykososiaalinen käsitteenä ja haavoittuvien elämänkulkujen kehyksenä. *Humanistinen ammattikorkeakoulu. Janus vol. 31 (2) 2023*, 163–181.
- Hall, Sue, & Petkova, Hristina & Tsouros, Agis D. & Costantini, Massimo & Higginson, Irene J. (2011) Palliative care for older people. World Health Organization. Regional Office for Europe 2011. Copenhagen, Denmark. World Health Organization, Regional Office for Europe. <https://iris.who.int>.

- HE 197/2022 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sosiaalihuoltolain ja terveydenhuoltolain muuttamisesta sekä niihin liittyviksi laeiksi 197/2022 vp.
- Head, Barbara & Peters, Bonnika & Middleton, Alyssa & Friedman, Chuck & Guman, Neil (2019) Results of a nationwide hospice and palliative care social work job analysis. *Journal of social work in end-of-life & palliative care*, 15(1), 16–33. <https://doi.org/10.1080/15524256.2019.1577326>.
- Hernández Moscoso, Balma Soraya & Torralba Roselló, Josep Maria (2025) "What about Your Social Worker?" Professionals and Families' Perceptions of Pediatric Palliative Care Social Work: A Qualitative Study. *Journal of social work in end-of-life & palliative care*, 21(2), 132–149. <https://doi.org/10.1080/15524256.2025.2499514>.
- Houmann, Lise & Chochinov, Harvey & Kristjanson, Linda & Petersem, Morten & Groenvolch, Mogens (2014) A prospective evaluation of Dignity Therapy in advanced cancer patients admitted to palliative care. *Palliative Medicine*, Vol. 28(5), 448–458.
- Hujala, Anneli & Taskinen, Helena & Oksman, Erja & Kuronen, Risto & Karttunen, Anna & Lammintakanen, Johanna (2019) Sote-ammattilaisten monialainen yhteistyö - Paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat etusijalle. *yhteiskuntapolitiikka* 84 (5–6), 592–600.
- Iosif, Luminita & Bîgu, Violeta (2024) Social Work and Palliative Care in Romania and Italy: A Comparative Perspective. *Analele Universităţii "Constantin Brâncuşi" din Târgu Jiu. Serie Litere și Științe Sociale*, 2, 165–174.
- Isoherranen, Kaarina (2002) Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveysalalla - tutkimustuloksia ja pohdintaa. *Sosiaalipedagoginen aikakausikirja*, Vol. 3 (2), 145–150. <https://doi.org/10.30675/sa.116251>.
- Jokinen, Arja (2021) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere. Yhteiskuntatieteellinen tietovarasto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/mita-on-laadullinen-tutkimus/laadullisen-tutkimuksen-nakokulmat/>. Viitattu 20.04.2026.
- Jonas, Danielle & Scanlon, Caitlin & Boget, Joritz & Schmidt, Lauren (2020) Creating a Seat at the Table: How Family Meetings Elucidate the Palliative Care Social Work role. *Journal of palliative medicine*, 23(12), 1688–1691. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0645>.
- Jonas, Danielle & Patneau, Alrika & Purol, Nicholas & Scanlon, Caitlin & Remke, Stacy (2022) Defining Core Competencies and a Call to Action: Dissecting and Embracing the Crucial and Multifaceted Social Work Role in Pediatric Palliative Care. *Journal of Pain & Symptom Management*, 63(6), e739–e748. <https://doi.org.ezproxy.ulapland.fi/10.1016/j.jpainsymman.2022.02.341>.
- Juhila, Kirsi (2021) Laadullinen tutkimus ja teoria. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere. Yhteiskuntatieteellinen tietovarasto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmät>. Viitattu 20.5.2026.

- Kesonen, Pauliina & Salminen, Leena & Haavisto, Elina (2024) Moniammatillinen yhteistyö erikoistason palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa. *Hoitotiede* 2024, 36(3), 209–223.
- Kontro, Miia (2025) The Development of palliative care in Finland and its societal impacts: A Scoping Review. *Journal of social work in end-of-life & palliative care*, 21(1), 72–93. <https://doi.org/10.1080/15524256.2025.2468217>.
- Lehto, Juho & Marjamäki, Elisa & Saarto, Tiina (2019) Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* (2019) 135(4), 335–423. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14788>.
- Lämsä, Riikka & Niemi, Mia & Seppänen, Marjaana (2021) Koti-sairaalana- onnistuneen kotisairaalatoiminnan edellytykset. KAKS- Kunnallisan kehittämissäätiö. Kunnallisan kehittämissäätiön julkaisu 40.
- Marcus, Joel D. (2016) Psychosocial oncology and palliative communication. *Journal of Palliative Care & Medicine* 6:1 (2016) <http://dx.doi.org/10.4172/2165-7386.1000246>.
- Moon, Felicity & Fraser, Lucinda & McDermott, Fiona (2019) Sitting with silence: hospital social work interventions for dying patients and their families. *Social work in Health care*, 58 (5), 44–458. <https://doi.org/10.1080/00981389.2019.1586027>.
- Moon, Felicity & McDermott, Fiona (2021). Social work end-of-life care interventions for patients and their families in hospital. *Australian social work*, 74(3), 276–293. <https://doi.org/10.1080/0312407X.2020.1717561>.
- Mönkkönen, Kaarina & Kekoni, Taru (2020) Monitoimijaisuus työntekijän voimavarana ja haasteena. teoksessa *Uudistuva sosiaali -ja terveysala: Hujala, Anneli & Taskinen, Helena (toim.). Tampere University Press, 215–240*. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-359-022-9>.
- O'Donnell, Arden & Gonyea, Judith & Wensley, Taylor & Nizza, Megan (2024). High-quality patient-centered palliative care: Interprofessional team members' perceptions of social workers' roles and contribution. *Journal of interprofessional care*, 38(1), 1–9. <https://doi.org/10.1080/13561820.2023.223878>.
- Ollikainen Tapio (2025) Mitä on psykososiaalinen sosiaalityö? [talentia.fi/psykososiaalinen-sosiaalityo](https://www.talentia.fi/psykososiaalinen-sosiaalityo) 25.8.2025. <https://www.talentia.fi/talentia-lehti/mita-on-psykososiaalinen->. Viitattu 10.1.2026.
- Otis-Green, Shirley & Lael Duncan-Thomas, Judy & Walling Anne & Lieto, Codle & Kung, Jennie & Pietras, Christopher & Wenger, Neil (2019) Advance care planning: Opportunities for Clinical Social Work Leadership. *Clinical social Work Journal*(2019) 47: 309–320. <https://doi.org/10.1007/s10615-019-00709-z>
- Pahlman, Irma (2015) Potilaan tiedonsaanti- ja itsemääräämisoikeus. Teoksessa Lehtonen, Lasse & Lohiniva-Kerkelä, Mirva & Pahlman, Irma (toim.): *Terveysvoikeus*. Talentum Pro. helsinki, 190–207.
- Palliatiivinen hoito ja saattohoito (2019) Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. <https://www.kaypahoito.fi>. Viitattu 5.3.2026.

- Piili, Reetta (2019) End- of-life decision- making in cancer Patients: attitudes,ethics and background factors among Finnish physicians and medical students. Tampere University 2019. [http://urn.fi/URN: ISBN:978-952-03-1268-8](http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-1268-8).
- Pilling, Catherine (2024) What is this job? *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 20 (4), 314. <https://doi.org/10.1080/15524256.2024.2379852>. Viitattu 15.1.2026.
- Ronkainen, Suvi & Pehkonen, Leila & Lindblom-Ylänne, Sari, & Paavilainen, Eija (2014) *Tutkimuksen voimasanat* (1.–3. painos.). Sanoma Pro.
- Ronkainen, Suvi (2026) Kirjallisuuskatsaukset. olemassa olevat tutkimukset ja niiden (hyöty)käyttö. Luentomateriaali kurssilla TUTA0322V24, Lapin yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta.
- Rosenberg, John & Horsfall, Debbie & Leonard, Rosemary & Noonan, Kerrie (2017) Informal networks` views of palliative services. help or hindrance? *Death Studies*, Western Sydney University. Australia. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1350216>.
- Saarnio, Lotta & Boström, Anne-Marie & Gustavsson, Petter & Öhlén, Joakim (2016) Meanings of at-homeness at end-of-life among older people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), 312–319. doi:10.1111/scs.12246.
- Saarto, Tiina & Finne-Soveri, Harriet (2019) Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4126-7>. Viitattu 20.2.2026.
- Sandsdalen, Tuva & Hov, Reidun & Høy, Sevald & Rystedt, Ingrid & Wilde-Larsson, Bodil (2015) Patient` preferences in palliative care: A systematic mixed studies review. *Palliative medicine*, vol. 29(5), 399–419.
- Saukkonen, Marita, Lehto Juho T. Viitala Anu, Åstedt-Kurki Päivi (2017) Syöpäpotilaan ja hänen läheisensä selviytymistä edistävät tekijät palliatiivisen hoidon aikana: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede*,29(3), 195–206. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:tuni-2019112886386>.
- Seppänen, Marjaana & Vähäkangas, Auli & Anttonen, Mirja Sisko (2020) Hyvä kuolema. *Gerontologia* 34(4). 363–367.
- Stow, Daniel & Spiers, Germina & Matthews, Fiona & Hanratty, Barbara (2019) What is the evidence that people with frailty have needs for palliative care at the end of life? A systematic review and narrative synthesis. *Palliative Medicine*, vol. 33(4), 399–414.
- Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry (2025). <https://www.sphy.fi>. Viitattu 3.11.2025.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2023) Psykososiaalisten menetelmien käsitteiden täsmen-
tämistarpeet, niihin kuuluvien hoitomuotojen käyttö ja toteutus sekä toimenpiteet
niiden saatavuuden turvaamiseksi, 1–22. <https://stm.fi/dokumentit>. Viitattu 10.1.2026.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2025) Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon saatavuus ja laatu ovat parantuneet Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 12.2.2025. <https://stm.fi/-/palliatiivisen-hoidon-ja-saattohoidon-aatavuus>. Viitattu 30.1.2026.

- Sosiaali- ja terveysministeriö (2026) Palliatiivinen hoito ja saattohoito. <https://stm.fi/saattohoito>. Viitattu 15.5.2026.
- Syöpäjärjestöt (2026) <https://www.syopajarjestot.fi>. Viitattu 23.2.2026.
- Temiz, Ridvan (2025) Existential social work in coping with death and grief. *Clinical social work journal*, 53(2), 129–139. <https://doi.org/10.1007/s10615-024-00922-5>.
- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (THL) <https://thl.fi>. Viitattu 10.10.2025.
- The 2015 Quality of Death Index. The Economist intelligence Unit (EIU).
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2023) Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 1.painos. Helsinki. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-Ohje_2023.pdf. Viitattu 20.3.2026.
- Valdes-Strauber, Juan & Vietzzand, Eva & Kilians, Reinhold (2013) The impact of clinical conditions and social factors on the psychosocial distress of cancer patients: An explorative study at the consultation and liaison service in rural general hospital. *BMC Psychiatry* 13(226).
- Watts, Jagueline. H. (2013) Exploring the “Social” of Social Work in Palliative Care: Working with Diversity. *Illness, crisis, and loss*, 21(4), 281–295. <https://doi.org/10.2190/IL.21.4.b>.
- Wiebe, Martha (2014) Social work, religion, and palliative care. *Journal of religion & spirituality in social work*, 33(3-4), 339–352. <https://doi.org/10.1080/15426432.2014.930638>.
- Vuori, Jaana (2021) Yleiset analyysitavat. teoksessa jaana Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmät>. Viitattu 15.3.2026.
- Yao, Hong & Jingyue, Wang & Rui, Zhu & Hou, Yalie & Hui, Yang (2025) E-CARE as core competencies for palliative social workers: A systematic review. *BMC palliative care*, 24(1), 163–18. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01735-0>.