



Kuolema vuodeosastolla – kuolevan potilaan hyvän hoidon edellytykset

Sofia Sarivaara¹, Riikka Lämsä², Ullamaija Seppälä¹

¹Helsingin yliopisto, ²Terveystieteiden tutkimuskeskus

Tutkimuksessa terveyskeskuksen vuodeosastoa lähestytään kuoleman paikkana kysyen, minkälaiset edellytykset vuodeosasto tarjoaa kuolevan potilaan hyvälle hoidolle. Tutkimukseen teemahaastateltiin yhdeksää hoitajaa kahdeksalta terveyskeskuksen vuodeosastolta Etelä-Suomesta. Analyysimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Kuolevan potilaan hoidon keskeisiä tekijöitä vuodeosastolla ovat osaston tilalliset, ajalliset ja toiminnalliset rakenteet. Ne ilmenevät hoitajien kokemuksissa huomattavissa määrin haasteina mutta myös hyvinä käytäntöinä. Yksityisen tilan puutteen vuoksi kuolevien hoidolle sekä vainajan laittamisen ja hyvästelyn hetkille ei ole tarjota tilanteiden edellyttämiä olosuhteita. Hoitajan ajan niukkuuden vuoksi hoito kaventuu kuolevan ruumiin hoitamiseksi, eikä kiireetömään läsnäoloon ole välttämättä mahdollisuutta edes lähellä kuoleman hetkeä. Toiminnallisena haasteena ovat kuolemasta vaikeneminen sekä kuoleman viime vaiheisiin ajoittuvat potilaiden siirrot. Hyvä kuolevan hoito on luonteeltaan proaktiivista ja jäsenyyttä kuoleman tunnistamisen ja tunnustamisen sekä kuolemanpiiriin luomisen vaiheisiin. Kuolevien hoitaminen on terveyskeskuksen vuodeosastojen tehtävä, mutta niiden ajalliset, tilalliset ja toiminnalliset rakenteet eivät vielä tue parhaalla mahdollisella tavalla tehtävästä huolehtimisesta. Tarvitaan avointa keskustelua ja aktiivista kehittämistyötä, jotta kuolevan hyvä hoito vuodeosastoilla voi toteutua.

Johdanto

Laitoshoidon tarve ja tarkoitus ovat muuttuneet viime vuosikymmeninä. Palvelujen rakenteita on muutettu, jotta voitaisiin aiempaa paremmin hillitä kustannuspaineita ja vastata ikäihmisten muuttuviin palvelutarpeisiin. Laitoksista luopumisesta on tullut poliittinen tahtotila. Vuonna 2013 voimaan astunut vanhuspalvelulaki sekä iäkkäiden ihmisten

palvelujen laatusuositus tähtäävät kotona vietetyn ajan pidentämiseen (Laki ikääntyneen... 2012/980; STM & Suomen Kuntaliitto 2013; 2017). Terveyskeskusten vuodeosastojen pitkäaikaisesta laitoshoidosta on pitkälti luovuttu, ja vanhainkoteja on muutettu palveluasumiseksi (Kunnat 2012; Noro, Mäkelä, Jussmäki & Finne-Soveri 2014).

Rakenneuudistukset ja lakimuutokset näkyvät asiakasmäärissä. Vuosina 2001–2012 yli

65-vuotiaiden vanhainkotihoito väheni 55 prosenttia ja pitkäaikainen terveyskeskushoito 70 prosenttia. Vuonna 2015 kotona asui 75 vuotta täyttäneistä reilu 90 prosenttia ja tehostetussa palveluasumisessa, vanhainkodeissa tai pitkäaikaishoidossa terveyskeskuksessa vajaa 10 prosenttia. (Noro ym. 2014; Hyvinvointikompassi 2017.) Samalla kuoleman prosessi on hidastunut lääketieteen kehittyessä, iäkkäiden ihmisten viimeisten elinkuukausien toimintakyky on aiempaa heikompi, ja laitoksiin tullaan yhä vanhempina ja huonokuntoisempina. Korkea ikä ja kuoleman läheisyys lisäävät laitoshoidon tarvetta, ja yhä useampi vanhus tulee laitokseen kuolemaan. (Kaspers, Pasman, Onwuteaka-Philipsen & Deeg 2013; Murphy & Martikainen 2013; Hakola, Kivistö & Mäkinen 2014.) Yli 70-vuotiaista lähes puolet kuolee terveyskeskuksessa (Aaltonen 2015).

Artikkeli käsittelee kuolevan potilaan hoitoa ja tukea elämän viime vaiheissa, lähellä kuoleman hetkeä ja sen jälkeen. Kutsumme hoitoa kuolevan potilaan hoidoksi riippumatta siitä, onko potilas tunnustettu kuolevaksi ja onko hänen hoitonsa linjattu sen mukaisesti. Kun potilaalla on etenevä sairaus, johon ei ole parantavaa hoitoa tai hän on kieltäytynyt siitä, hänelle voidaan tarjota palliatiivista hoitoa, joka voi kestää jopa vuosia. Saattohoito on palliatiivisen hoidon viimeinen vaihe, ja siihen siirrytään, kun potilaan jäljellä oleva elin-aika arvioidaan lyhyeksi. Yleensä saattohoito kestää muutamia viikkoja, enintään kuukausia. Voimassa olevan Käypä hoito -suosituksen mukaan parantumattomasti sairaan oireita ja kärsimystä lievitetään lääkkein sekä huolehtimalla potilaan psykologisista, sosiaalisista ja hengellisistä tarpeista (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012). Tavoite on parantaa kuolevan ja läheisten elämänlaatua. Suomessa palliatiivista hoitoa tarvitsee noin 200 000–300 000 henkilöä ja saattohoitoa noin 15 000 henkilöä vuodessa. (STM 2010; WHO 2016.)

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi vuonna 2010 saattohoitosuosituksen, jossa hyvä ja yh-

denvertainen, kuoleman läheisyyteen ajoittuva saattohoito määriteltiin jokaisen kuolevan oikeudeksi (STM 2010; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012). Kuolevan hoidosta huolehtiminen kuuluu terveydenhuoltojärjestelmän kaikille tasoille. Perustason hoitoa tarjotaan kaikissa ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä eli myös terveyskeskusten vuodeosastoilla. Jokaisen lääkärin ja sairaanhoitajan peruskoulutus sisältää palliatiivisen hoidon periaatteet. Erityistason hoitoa antavat alueelliset saattohoitoyksiköt, esimerkiksi kotisairaalat ja saattohoito-osastot, joiden henkilökunnalla on soveltavaa osaamista. Vaativan erityistason hoitoa toteuttavat yliopisto- ja keskussairaaloiden palliatiiviset yksiköt sekä saattohoitokodit, ja sen edellyttämä tietotaito saavutetaan palliatiivisen hoidon erikoiskoulutuksella. (STM 2010; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012; THL 2016.) Potilaan hoitopaikka määräytyy sen mukaan, kuinka paljon ja vaikeasti hallittavia oireita hänellä on, minkälainen hänen psykososiaalinen tilanteensa on ja kuinka helppoa saattohoidon hyväksyminen on hänelle ja läheisille (Lehto 2014).

Artikkelissa tarkastelemme terveyskeskusta kuoleman paikkana. Tutkimuskysymyksemme ovat seuraavat: Mitkä ovat keskeisiä tekijöitä kuolevan potilaan hoidossa terveyskeskuksen vuodeosastolla? Miten nämä tekijät ilmenevät hoitajien kokemuksissa? Millaista on kuolevan potilaan hyvä hoito? Tavoite on antaa kehittämisohjeita tilanteessa, jossa saattohoito on jokaisen kuolevan ihmisen oikeus ja kaikkien terveydenhuollon yksiköiden, myös terveyskeskussairaaloiden, tehtävä.

Monitieteisen kuoleman tutkimuksen, tannatologian, juuret ulottuvat 1900-luvun alkuun. Keskeisiä tutkimusalueita ovat muun muassa kuoleman riskitekijät, kuolemaan valmistautuminen, kuoleman hetki, hautajaisrituaalit ja muistaminen (Hakola ym. 2014). Suomessa esimerkiksi Anssi Peräkylä (1990) on tutkinut sairaalahenkilökunnan suhdetta ja vuorovaikutusta kuolevaan potilaaseen, Gustaf Molander

(1999) kuolemaan liittyviä tunteita, Terhi Utrai-nen (1999) kuolemaan hoitamista sukupuolittuneena ja ruumiillisena tehtävänä sekä Anja Terkamo-Moisio (2016) sairaanhoitajien ja kansalaisten kuolemaan ja eutanasiaan kohdistuvia asenteita.

Kuoleman paikkaa on tutkittu suhteessa potilaan toiveisiin (Hunt, Shlomo & Addington-Hall 2014), omaisten kokemaan elämän loppuvaiheen hoidon laatuun (Boer, Hofstede, Veer, Raijmakers & Francke 2017) ja kuolemaa edeltäviin siirtoihin (Wilson, Shen & Birch 2017; Aaltonen 2015). On tutkittu sairaalaa elämän loppuvaiheen hoidon ja kuoleman paikkana (Reyniers, Houttekier, Cohen, Pasman & Deliens 2014) sekä tunteita, joita vanhuus, kuolevat potilaat ja kuolema herättävät työntekijöissä (Dick 2014). Dymna Caseyn ja kumppaneiden (2011) tutkimuksen mukaan elämän loppuvaiheen hoitoon vaikuttavat työntekijöiden näkökulmasta fyysinen ympäristö ja resurssit, hoidon filosofia, kulttuurin ja organisoinnin tavat sekä henkilökunnan ja potilaan välisen suhteen laatu. On myös tutkimusta merkityksistä, joita fyysisellä ympäristöllä (Breteron ym. 2012; Slatyer, Pienaar, Williams, Proctor & Hewitt 2015; Porock, Pollock & Jurgens 2009), potilaan aikakäsitelyksellä ja henkilöstön rakenteella (Giuliani, Piredda, Ghilardi & Marinis 2015; Roberts & Hurst 2012; Kayser-Jones ym. 2003) sekä toimintakäytännöillä, esimerkiksi tiedonsaannilla (Lundquist, Rasmussen & Axelsson 2011), on kuolevan hoidossa ja kuolemassa.

Suomesta puuttuu ajankohtaista tutkimustietoa siitä, minkälaiset edellytykset terveyskeskusten vuodeosastoilla on hoitaa kuolevia potilaita voimassa olevan saattohoitosuosituksen mukaisesti. Yhteiskuntatieteellinen tutkimuksemme tarjoaa aiheesta tietoa hoitohenkilökunnan, organisaation ja palvelujärjestelmän näkökulmista ja on oma lisänsä monitieteiseen kuolemantutkimukseen.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimusaineisto kerättiin haastatteleamalla terveyskeskuksen vuodeosastojen hoitajia Etelä-Suomessa. Tutkimukseen osallistui kahdeksan osastoa, joista kuusi tarjosi perustason palliatiivista hoitoa ja kaksi oli erikoistunut kuolevien potilaiden hoitoon. Kultakin osastolta haastateltiin yksi hoitaja. Yhdeksäs haastateltava teki sijaisuuksia osastoilla. Hoitajista seitsemän oli sairaanhoitajia ja kaksi perushoitajia. Kaksi sairaanhoitajista työskenteli esimiestehtävissä. Naisia oli kahdeksan ja miehiä yksi. Haastateltavat olivat iältään 24–61-vuotiaita, ja heillä oli työkokemusta terveydenhuollosta 1–40 vuotta. Tutkimukseen haettiin tarvittavat tutkimusluvut mukana olevilta kunnilta. Erillistä eettistä lupaa ei tarvittu, koska tutkitavina ei ollut potilaita. Hoitajat osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti, ja he saivat etukäteen tiedotteen tutkimuksesta.

Tutkija SS teki teemahaastattelut yksilöhaastatteluina helmikuussa 2015. Haastattelut tehtiin hoitajien työaikana rauhallisessa tilassa sairaalassa. Haastattelut olivat luottamuksellisia, ja haastateltavalla oli oikeus keskeyttää haastattelu, vetäytyä tutkimuksesta ja kieltää kerätyn aineiston käyttäminen missä vaiheessa tutkimusta tahansa, eivätkä haastateltavien henkilöllisyys, osasto tai sairaala ole tunnistettavissa tutkimusraportista. Haastateltavat allekirjoittivat kirjallisen suostumuksen. Puolistrukturoitujen haastattelujen teemoina (ks. Hirsjärvi & Hurme 2008) olivat yksittäisen kuolemantapausten kuvaus, käytännöt, tunteet ja niiden käsittely tyypillisessä vanhuksen kuolemantapauksessa sekä laitos kuoleman ympäristönä. Haastatteluissa käytiin läpi toimintakäytäntöjä potilaan kuoleman läheisyydessä: mitä tilanteissa tapahtuu, tehdään ja puhutaan, keitä on läsnä ja minkälaisia rooleja läsnäolijoilla on. Lisäksi käsiteltiin tapahtumien herättämiä tunteita ja mahdollisuutta käsitellä niitä jälkikäteen. Ensimmäisten haastattelujen jälkeen kuolemaa ei enää käsitelty yksittäisen ja tyypillisen kuolemantapausten avulla,

sillä vapaamuotoisempi keskustelu osoittautui luontevammaksi.

Kuolema on sairaalassa työskenteleville hoitajille osa työtä ja suhteellisen arkinen asia. Haastattelutilanteessa aiheen sensitiivisyys edellytti silti haastattelijalta hienotunteisuutta, herkkyyttä kerrotulle, kykyä aktiiviseen läsnäoloon ja kuuntelemiseen sekä luottamuksellisuuden tunteen rakentamista. Osalla haastateltavista suhde kuolemaan osoittautui hyvinkin avoimeksi ja mutkattomaksi, mikä ohjasi suurempien ilmaisujen käyttämiseen ja teki mahdolliseksi myös vaikeaksi tai araksi oletettujen aiheiden käsittelyn (ks. Lumme-Sandt 2005). Hoitajan puhussa potilaasta etunimellä tunnistetiedot poistettiin litterointivaiheessa (ks. Kuula & Tiitinen 2010).

Haastattelut kestivät 35–85 minuuttia ja keskimäärin 66 minuuttia. Litteroituna aineisto oli 107-sivuinen. Analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä. Analyysi aloitettiin aineiston pilkkomisella ja yhtäläisyyksien ja erojen etsimisellä. Ryhmittelyn ja abstrahoinnin avulla muodostettiin tiivis ja selkeä sanallinen kuvaus, joka asetettiin osaksi laajempaa ilmiötä ja suhteutettiin aiempaan tutkimukseen. (Ks. Tuomi & Sarajarvi 2002.) Huomiomme kiinnitti se, miten paljon aineistosta löytyi kuvauksia hoitajien tavalla tai toisella vaikeiksi kokemista kuolemaan liittyvistä tilanteista. Näistä tilannekuvauksista oli tunnistettavissa tekijöitä, joiden vuoksi kuolevan hoito muuttui haasteelliseksi. Aineistosta löytyi myös kuvauksia käytännöistä, jotka tukivat hyvää hoitoa. Ajatukseksi muodostui, että keskittymällä hoitajien arkisessa työssään kohtaamiin haasteisiin ja heidän hyviksi kokemuksiin käytäntöihin olisi mahdollista tavoittaa jotain olennaista laitospuolesta ja löytää välineitä hoidon kehittämiseksi. Lisäksi olimme kiinnostuneita kohdista, joissa puhuttiin kuolemaan välillisemmin liittyvistä käytännöistä ja prosesseista. Ymmärrys palvelujärjestelmästä, potilaiden ohjautumisesta ja hoidon prosessista auttoi muodostamaan kokonaiskäsitystä sairaalakuole-

masta ja asettamaan yksittäiset kuolematilanteet laajempaan kontekstiin.

Koodasimme aineistosta Atlas.ti-ohjelmaa käyttäen haasteisiin ja hyviin käytäntöihin sekä välillisempiin prosesseihin liittyvät tekstikohdat. Analyysiyksikkönä oli ajatuskokonaisuus. Koodien yhdistelyn jälkeen koodeja oli 27. Ryhmittelimme koodit yhteensä 13 alakategoriaan. Esimerkiksi koodit ”laittaminen yhteistilassa” ja ”hyvästely yhteistilassa” muodostivat alakategorian ”kuolemanjälkeisille rituaaleille ei ole paikkaa”. Kuusi alakategorioista liittyi vuodeosaston tilallisiin, ajallisiin ja toiminnallisiin rakenteisiin, jotka lopulta yhdistyivät pääkategoriaksi ”hoidon haasteet”. Loput seitsemän hyviä käytäntöjä sisältävää alakategoriaa luokittelimme kolmeen yläkategoriaan: kuoleman tunnistamiseen, tunnustamiseen ja kuolemanpiirin luomiseen. Nämä yläkategoriat yhdistettiin lopulta pääkategoriaksi ”proaktiivinen hoito”.

Aineisto-otteissa ”T” tarkoittaa tutkijaa ja ”H” hoitajaa. Aineisto-otteen lopussa ”sh” tarkoittaa sairaanhoitajaa, ”ph” perushoitajaa ja numero vastaajan työkokemusvuosia. Tekstin sisällä olevat lyhyet aineisto-otteet on merkitty lainausmerkein.

Tulokset

Terveyskeskuksen vuodeosaston tilalliset, ajalliset ja toiminnalliset rakenteet vaikuttavat keskeisesti siihen, millaista kuolevan potilaan hoito vuodeosastolla on. Haastatteluissa näistä rakenteista puhuttiin pääasiassa hoidon haasteina, mutta niitä tuotiin esiin myös hyvien käytäntöjen kautta. Kolmessa ensimmäisessä tulosluvussa kuvaamme vuodeosaston rakenteisiin liittyviä haasteita. Kuoleman tunnistamiseen ja tunnustamiseen sekä kuolemanpiirin luomiseen liittyvät käytännöt edistävät kuolevan hyvää hoitoa vuodeosastolla. Esittelemme näitä proaktiivisen hoidon osa-alueita neljännessä tulosluvussa.

Taulukko 1. Analyysissä muodostettu kategorisointi.

Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääkategoriat
Yksityisyyden rajat jäävät hauraiksi	Tilalliset rakenteet	Hoidon haasteet
Kuolemanjälkeisille rituaaleille ei ole paikkaa		
Kuolevan hoito kaventuu ruumiin hoitamiseksi	Ajalliset rakenteet	
Kuolemat kuormittavat psyykkisesti		
Potilas siirretään osastolle viime vaiheissa	Toiminnalliset rakenteet	
Potilaan kuolema kohdataan viime vaiheissa		
Kuoleman merkit viesteinä kuoleman vaiheesta	Kuoleman tunnistaminen	Proaktiivinen hoito
Kuolemasta keskustellaan varhain ja avoimesti	Kuoleman tunnistaminen	
Kuolemaa ennakoidaan ja siihen varaudutaan		
Toiminnalliset joustot osaston arjessa		
Kuoleman pieni piiri	Kuolemanpiirin luominen	
Läsnäoloon, yhteyteen ja läheisyyteen asettuminen		
Intiimin, suljetun ja suojatun tilan muodostaminen		

Osastojen tilalliset rakenteet

Haastateltavien kertoman mukaan keskeinen haaste kuolevan potilaan hoidossa on vuodeosastolla tilan ja erityisesti yksityisen tilan puute. Sairaalassa potilaan oma alue on yleensä pieni ja yhden hengen huone etuoikeus (Gothóni 1994; Eräsaari 1995). Kun yksityistä tilaa on niukasti potilaiden määrään ja tarpeisiin nähden, muuttuu yksityisyys resurssiksi, jonka jakamisessa hoitajat tasapainoilevat eri potilaiden ja potilasryhmien välillä. Kuoleman läheisyys ei vielä sinällään varmista pääsyä omaan huoneeseen. Kuolevan potilaan kohdalla yksityisen tilan puute vaikeuttaa sekä hyvän hoidon tarjoamista kuoleman hetken lähestyessä että kuolemanjälkeisistä rituaaliluonteisista käytännöistä huolehtimista.

Haastattelussa hoitajat kuvasivat tilanteita, joissa kuolevan viime vaiheet isossa, levottomassa yhteishuoneessa ovat kaikkien osapuolten kannalta vaikeita. Kun yhden hengen huonetta ei ole saatavilla, potilaan ympäristö pyritään hoitajien sanoin rauhoittamaan. Käytännössä keinovalikoima rajoittuu lähinnä

potilaan sänkyä ympäröivän verhon sulkemiseen. Suljettu verho merkitsee kuolevan potilaan yksityisen tilan ja on muille osoitus hänen erityisasemastaan ja oikeudesta yksityisyyteen. Tilan rajaaminen verhokankaalla järjestää ihmisten välisiä suhteita, varjelee katseilta ja säätelee liikkeitä (Foucault 1980), mutta äänet, liikehdinnät ja tunnelmat aistii vaivatta myös verhon läpi (Lämsä 2013). Kangas ei turvaa potilaille, hänen läheisilleen, huonetovereille eikä hoitajille tilanteen tosiasiaa edellyttämiä olosuhteita.

Silloin, kun potilas pelkää kuolemaa kovin, saattaa hänen tuskansa yltyä huoneessa käsin kosketeltavaksi. Valvomisesta väsyneille omaisille ei ole kaikilla osastoilla erillistä tilaa hengähtää ja kerätä voimia. Huonetovereille omaisten jatkuva läsnäolo ja kuoleman todistaminen saattavat käydä raskaaksi. Lisäksi lähestyvän kuoleman potilaassa herättämä ahdistus voi purkautua vihana paitsi hoitajia myös huonetovereita kohtaan. Hoitajilta tilanne edellyttää hienovaraista eri osapuolten tarpeiden tunnistelua ja yhteensovittamista sekä jatkuvia erillisjärjestelyjä. Jos potilaan kuolema on

äänekäs, kivulias, tuskainen, raju tai muilla tavoin poikkeuksellinen, on viimeinen keino siirtää huonetoverit vuoteineen osaston käytävälle.

Silloin, kun potilaalle ei ole ollut yhden hengen huonetta eikä osastolla ole erillistä vainajalle varattua tilaa, laitetaan ja hyvästellään vainaja pääsääntöisesti jaetun huoneen potilaspaikalla. Vainajan laittamisen hetki aiheuttaa osalle kanssapotilaista ahdistusta ja pelkoa, ja toisinaan uteliaat ja liikkuvaiset huonetoverit häiritsevät laittamisen hetkeä, kuten hoitajat luonnehtivat. Hoitajat suosivat silti potilaspaikkaa, sillä vaihtoehtona on osaston kylpyhuone, ja hoitajat pyrkivät välttämään tilannetta, jossa omaiset joutuisivat hyvästelemään läheisensä kylpyhuoneolosuhteissa.

T: Miten ku todetaan, et joku on kuollu, mitä sen jälkeen tapahtuu?

H: On ilmotettu omaisille tietysti, et ”teidän sukulaisenne on kuollu” ja siirretään hänet... ööö... et... et jos on neljän hengen huonees, me joudutaan monesti käyttää kylpyhuonetta, et siirre-, sinne siirretään. (sh, 15–24)

Osastojen ajalliset rakenteet

Kuolevan potilaan hoidon onnistumiseen vuodeosastolla vaikuttaa ratkaisevasti aika ja erityisesti hoitajan ajan riittävyys. Kokemus ajan puutteesta ja arjen kiireisyydestä nousi esille kaikissa haastatteluissa, myös kuolevan hoitoon erikoistuneilla osastoilla työskentelevien hoitajien kanssa. Hoitajat kokevat, että perushoito vie valtaosan työajasta, ja hoitotyössä korostuu siksi fyysinen puoli. Ohuimmillaan kuolevan hoito on viime vaiheissakin pikaista luona käymistä, tarpeiden tarkistamista ja suun kostuttamista, siis konkreettisiin, välttämättömiin tarpeisiin vastaamista. Osastoilla kuolee täysin yksin myös sellaisia ihmisiä, joiden tiedetään toivoneen viime hetkiin ihmistä vierelleen.

Kaikilla haastatelluilla hoitajilla on kuolevan hoitoa koskevaa tietoa ja käytännön tai-

toa, ja he ovat saaneet siihen koulutusta. Moni kertoo kiinnostuksestaan kuolemaa kohtaan, ja osalle saattamisen mahdollisuus on erityinen työhön motivoiva tekijä. Hoitajien kesken saattamisen taito on arvostettu ja tavoiteltu: kokenut saattaja osaa tehdä läsnäolollaan, kosketuksellaan ja rauhoittavalla puheellaan lähdöstä kuolevalle helpomman ja miellyttävämmän. Käytännössä mahdollisuutta kuolevan ihmisen hyvään, kokonaisvaltaiseen hoitamiseen ei silti useinkaan ole.

Meillä on tietotaitoa, miten ihmisiä *pitäisi* hoitaa. On eri asia, ehditäänkö me toteuttaa, mikä meidän pitäis. Ei hyödytä meitä, että meitä käytetään koulutuksissa, jos aikaa ei käytännössä ole. (sh, alle 5)

Katveeseen jää erityisesti keskusteluista ja läsnäolosta nouseva potilaan ja läheisten psykosiaalinen tuki. Haastatelluista vain muutamilla on kokemusta siitä, että kuolemakeskustelut potilaan kanssa syvenisivät konkreettisesta ja ruumiillisesta tasosta. Sille olisi tarve: kaikilla potilailla ei ole omaisia tai omaiset voivat olla eri surun vaiheessa, jolloin potilas ottaa roolikseen kannatella heitä (ks. myös Molander 1999). Hoitajia on ohjeistettu keskustelemaan kuolemasta hoitotoimenpiteiden lomassa. Perushoidon aikana potilaalle voi tarjota läsnäoloa ja läheisyyttä, mutta se ei ole hoitajista aina luonteva tai sovelias hetki kuolemakeskusteluille: on kynnys ottaa aihe puheeksi, jos samalla huolehtii toisen intiimihygieniasta, aavistaa aiheen olevan arka, aikaa on vain muutama minuutti tai tekemättömät työt painavat mieltä. Lyhyet kohtaamiset eivät myöskään rakenna suhdetta, jossa kuolemasta olisi mutkatonta puhua ikään kuin ohimennen.

Joidenkin kuolevien potilaiden kohdalla hyvä hoito edellyttäisi kuoleman hetken läheisyydessä hoitajan kokoaikaista läsnäoloa, erityisesti jos omaiset eivät kykene olemaan läsnä tai omaisia ei ole, kuten on monella iäkkäällä. Jos kuolemaa pelkäävä on ahdistunut ja levoton, ”tuskan kehän sisällä”, jopa suoranaudessa pani-

kissa, kosketus ja tietoisuus vierellä olevasta ihmisestä lievittävät kivuksi ja kehollisiksi ahdistuksiksi ruumiillistunutta pelkoa ja tuovat turvallisuuden tunnetta, joka ”ihmisellä pitäisi olla viimeisellä hetkellä, kun hän on ihan vieraassa ympäristössä, sairaalassa, yksin” (sh, 15–24).

Tällaisille [kuolemaa pelkääville] ihmisille toivois, et ois enemmän aikaa, et joku oikeesti saattelis ne rajan yli, ois läsnä, et ”ei sun tarte pelätä, mä oo sun mukana, päästä irti vaan”. (sh, 15–24)

Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet samansuuntaisesti, että vuodeosastoilla on heikot mahdollisuudet luoda ilmapiiriä, jossa kuolevan emotionaaliset ja eksistentiaaliset tarpeet tulisivat tyydytyksi (Laakkonen 2005), eivätkä sosiaalinen hätä kuolevan ympärillä ja kuoleman jälkeen tule riittävästi huomioituksi (Hänninen 2014). Kuitenkin kuolevan näkökulmasta on tärkeää, että hän saa ilmaista tunteensa ja puhua kuuntelemisen taidon taitavalle henkilölle (Kübler-Ross 1970). Hoitajat kuvaavat, että kuolevan läheisyydessä vaikuttaa sairaalan normaalista arjesta poikkeava henki ja ajan taju. Se edellyttää toisenlaista olemisen ja lähestymisen tapaa. Siirtyäkseen yhteyden kuolevan kanssa hoitajan tulee ikään kuin virittäytyä uudelleen. Siirtymä vaatii aikaa, ja toistuvat nopeatempoiset siirtymät kuluttavat voimavaroja. Tunnetiiviiden vuorovaikutustilanteiden tiuha vaihtuminen aiheuttaa tunneväsäymystä, kun tunteita ei ole aikaa miettiä eikä tuntea loppuun (Molander 2003). Kykenemättömyys virittäytyä kuolevan taajuudelle ilmenee myös kokemuksena, että kuoleva jää ikään kuin ulkopuolelle.

Pitää olla aikaa ja rauhaa ja hiljasuutta, et ei sinne mennä... Kuolevan ihmisen aistit jotenki herkistyy, et mä itse nään sen niin. (sh, 15–24)

Elämä on niin kiireistä täällä. Olet siellä huoneessa, sitten ykskaks pitäis keskittyä

muihin potilaisiin. Se on niin toinen maailma heti, jos sä suljet sen kuolevan potilaan huoneen oven. (sh, yli 25)

Kokemus ajan puutteesta virittää haastatelluissa hoitajissa raskaita syyllisyyden ja surun sävyttämiä pohdintoja omasta riittämättömyydestä, etenkin yksin kuolevien sekä vaikeiden ja pitkittyvien kuolemien kohdalla. Läsnä oleminen liittyy myös vahva normatiivinen vivahde. Jos potilas kuolee yksin, hoitaja pelkää, että hänen ajatellaan jättäneen kuolevan, sillä ”eihän kukaan jätä kuolevaa” (ph, 5–14). Asetelma on vaativa, ristiriitainen ja kuormittava. Samalla, kun ammattietiikka ja moraali velvoittavat tarjoamaan parasta mahdollista hoitoa, institutionaaliset ja organisatoriset tekijät estävät omien arvojen mukaisen toiminnan, mistä aiheutuu moraalista stressiä ja itsesyytöksiä (Glasberg 2007; Casey ym. 2011).

Hoitajan haasteena on löytää tapa suhtautua siihen, ettei hänen ole ajan puutteen vuoksi mahdollista työskennellä tavalla, jonka kokee oikeaksi. Osa kykenee hyväksymään rajallisuutensa. Toinen selviytymisen strategia on vedota muiden osapuolten – yhteiskunnan, poliitikkojen tai omaisten – vastuuseen ja kohtuuttomiin odotuksiin. Se on Molanderin (2014) kuvaama huonon omantunnon pallottelua, keino tehdä eettisesti kuormittavaa rajankäyntityötä, mutta viestii myös jonkin asteisesta itsen kylmettämisestä. Osalle kuolemista jää ”psykyksestä huono olo”. Hoitaja on jaksamisensa ”rajalla koko ajan”, eivätkä voimavarat palaudu edes jälkikäteen.

Osastojen toiminnalliset rakenteet

Osastoilla on kahdenlaisia toimintarakenteita, jotka vaikeuttavat kuolevan potilaan hyvää hoitoa. Ensinnäkin kuolemasta vaietaan. Suhteessa potilaisiin ja omaisiin se ilmenee kuolemasta kertomisen pitkittämisenä, säännöstelynä ja välttelynä, ja aiheesta vaietaan myös organisaation tasolla ja henkilökunnan kesken. Toiseksi lähellä kuolemaa olevia poti-

laita siirretään terveydenhuoltoyksiköstä toiseen.

Kuolemasta kertomista potilaalle ja omaisille pitkitetään siten, että asia otetaan puheeksi vasta kuoleman viime vaiheissa. Potilaan kannalta se on silloin monesti jo myöhäistä, sillä lähellä kuoleman hetkeä ihminen on usein väsynyt, sekava tai lähes tiedottomassa tilassa. Tiedonantoa säännöstellään siten, että kuolemasta puhutaan vihjailevasti eikä tiedon perille menoa varmisteta. Kaksi hoitajista toi esille, että potilaan ja/tai omaisten kanssa keskustellaan ja neuvotellaan DNR- eli elvytyskieltopäätöksen tekemisestä mutta ei oireenmukaiseen hoitoon tai saattohoitoon siirtymisestä. Yksi hoitaja mielsi DNR-päätöksen hoitolinjan muuttamiseksi, vaikka se rajautuu vain elvyttämisestä pidättäytymiseen.

T: Tietääkö he [potilaat] itse, kun he tulee [osastolle], että he tulee kuolemaan?

H: Se... itse asiassa en osaa vastata, koska suoraan sanottuna niistä ei puh... Me ei sanota potilaalle, et ”sä olet nyt kuolemasa”. Siitä ei puhuta. Monet on myös tilanteessa, että ei edes pysty puhumaan enää. -- DNR-päätöksestä, jos potilas on tajuissaan ja pystyy [puhumaan], puhutaan, mutta siitä saattohoidosta... Mä en ole kyllä huomannu, mulla ei ole kokemusta, että lääkäri olis potilaan kanssa puhunut suoraan. (sh, yli 25)

Kuolemasta kertomisen välttelyä ilmentävät tilanteet, joissa lähestyvistä kuolemasta ei kerrota ennen siirtoa yksiköstä toiseen. Erään hoitajan kokemus on, että kuoleviksi tiedettyjen potilaiden hoito jätetään säännönmukaisesti linjaamatta ennen siirtoa. Potilaita ja omaisia saapuu osastoille siinä uskossa, että potilas on tulossa kuntoutukseen, tai tietämättöminä, että he ovat tulossa saattohoito-osastolle.

Me ollaan vähän puun ja kuoren välissä, ku heillä [omaisilla] on hyvinkin positiiv-

vinen näkemys: ”Mennään kuntoutumaan.” Mikä on ihan totta, kuntouttavasta hoitotyöstä tietysti puhutaan meilläkin: ”Juu, tää on kuntoutusosasto, täällä haetaan vielä viimenen tatsi ennen kotiin menoa.” Mutta joskus tilanne on, et mitään ei enää voida. Potilas on vahvoilla kipulääkkeillä, eikä enustetta oo, että mitään paranemista voisi tapahtua. (sh, 15–24)

Lääkärillä on vastuu hoidosta, sen sisällöstä ja hoitopäätöksistä (STM 2010). Silloin, kun lähestyvistä kuolemasta ei puhuta avoimesti, potilaan ja omaisten osallisuus hoitoon liittyvässä keskustelussa ja päätöksenteossa kaivattua, eikä heillä ole aikaa käsitellä kuolemaa. Kiertoilmaisut ja ristiriitainen kieli voivat palvella yritystä välttää tunnetiheitä tilanteita, mutta ne kuormittavat potilasta ja omaisia (Molander 1999; Reyniers ym. 2014). Potilas jää vaille kuolevan potilaan identiteetin tuomia erityisoikeuksia, esimerkiksi omien toiveiden mukaista hoitoa ja toisen ihmisen läsnäoloa (Molander & Peräkyly 2000). Jos hoitoa ei ole linjattu ajoissa oireenmukaiseksi, ei myöskään kipulääkitystä välttämättä saada lähellä kuoleman hetkeä riittäväksi (ks. myös Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012).

Hoitohenkilökunnan kesken kuolemasta vaikeneminen saattaa olla osa organisaation ja osaston toimintakulttuuria. Potilasta siirrettäessä tietoa lähestyvistä kuolemasta ei aina välitetä vastaanottavan yksikön henkilökunnalle. Useilla tutkimusosastoista kuolemaa käsiteltiin työyhteisössä pintapuolisesti, ruumiilliseen kuolemaan ja käytännön tekemiseen keskittyen. Keskustelut olivat epävirallisia, eivät osa osaston päivä- tai viikko-ohjelmaa. Laajempia ja syvempiä keskusteluja kuolemasta, kivusta, kärsimyksestä, hoitajan vastuun ja syyllisyyden kokemuksista tai kuolemanjälkeisestä ei käydä liiemmin edes kuolevan hoitoon erikoistuneilla osastoilla tai työnohjaajissa, eikä kaikilla osastoilla tarjota työnohjausta. Kuolemaan liittyvä ”jälkityö” jää työjärjestelyissä huomiotta ja vaiheena näkymättömäksi (Molander 1999).

Toisena kuolevan hyvän hoidon toiminnallisena esteenä ovat viime vaiheissa tapahtuvat siirrot hoitoyksiköiden välillä. Kuolevia potilaita saapuu osastoille vaiheessa, jossa heihin ei enää saada keskusteluyhteyttä, myös kuolevan hoitoon erikoistuneilla osastoilla. Huonokuntoiselle potilaalle siirto on raskas, joskus jopa kohtalokas, ”se viimeinen tikki kropalle” (sh, 15–24). Potilaita kuolee siirtojen aikana, tulotilanteessa ja pian saapumisensa jälkeen. Omaista tietoa kuoleman hetken läheisyydestä ei välttämättä ehdi tavoittaa lainkaan.

Hoitajat luonnehtivat valmistelematta kuoleman kohtaavien, tajuissaan olevien ja tapahtuvasta tietoisten potilaiden kuolemia erityisen vaikeiksi. Yövuoroissa, kun hoitajaresurssit ovat niukimmat, vastikään osastolle saapuneen potilaan kuolema saattaa tuntua suoranaishalta katastrofilta. Kuolevan hoito sitoo hoitajaresurssia, mutta tutkimusosastoille ei ollut mahdollista järjestää ylimääräistä työntekijää vuoroon pelkästään kuolevan potilaan vaatiman hoidon perusteella. Yllättäen eteen tulevat ja nopeasti tapahtuvat kuolemat ovat poikkeuksellisia, vaativia ja kuormittavia joskaan eivät tavattomia tilanteita. Niihin liittyy erityinen hallinnan menetyksen tunne ja jälkikäteen kiprien omantunnon kysymysten puntarointia. Työyhteisöissä äkillisiä kuolemia jää silti käsittelemättä, erityisesti jos kuolema tapahtuu juuri ennen viikonloppua, viikonlopun aikana tai ennen hoitajan vapaita. Arkipäivän koitassa kuolema on jo ”vanha juttu”.

Mutta vaikka se [äkillisesti kuolevan potilaan hoitaminen] on tuttua, vaikka se on kuinka rutiinia, se on vaikeaa. Se on kuormittava tilanne. Vaikka kuinka tekisit... vaikka kuinka yrität hallita tilannetta, se ei... tapahtuu asioita, mitä ei pysty... tilanne karkaa käsistä. Siihen osallistuu monta tekijää ja ne yhdessä tekee jotain... Mä en pysty... [jättää lauseen kesken] (sh, alle 5)

Haastatellut hoitajat tunnistavat kuoleman läheisyyteen ajoittuviin potilassiirtoihin kuole-

man luonteeseen, palvelujärjestelmään ja lääkäreiden ammatilliseen eetokseen liittyviä syitä. Muutos tai romahdus potilaan voinnissa voi olla ennakoimaton, ja kuolema aidosti yllättävä. Päivystyksissä on ruuhkaa, etenkin erikoissairaanhoidon potilaspaikoista on puute, kuolema sitoo hoitajaresurssia ja edellyttää jälkikäteen paperityötä ja järjestelyjä. Osastojen tulokselisuutta mitataan hoitajaksojen lyhyydellä, jolloin kuolevaksi aavistellun siirtäminen pitää ”tilastot kauniimpina”.

Hoitajat arvelevat, että myös lääkäreiden sitoutuminen parantamisen ja elämän ylläpitämisen tavoitteisiin vaikeuttaa kuoleman hyväksymistä. Lääkäriessä kuratiivisten keinojen rajojen näkeminen herättää usein ristiriitaisia tunteita, jolloin potilaan terveydentilaa koskevat tiedot saattavat tuntua äkisti epävarmoilta (Molander ym. 2000). Muiden kuin syöpää sairastavien potilaiden kuolevaksi diagnosimiseen liittyy lisäksi suurta epävarmuutta, ja päätösten tekeminen on vaikeaa esimerkiksi dementoituneiden, vähitellen elämästä hiipuvien vanhusten kohdalla (Lehto 2015; Halila & Mustajoki 2016). Hoitajien mielestä kuoleman hyväksyminen saattaisi etenkin nuorelle lääkärille tarkoittaa periksi antamista ja luovuttamista. Kuolema käy lääkärin kunnialle erityisesti erikoissairaanhoidossa ja yliopistollisissa sairaaloissa.

Vaikka lääkäri on lääketieteellinen päättävä, kyllä meillä on talossa ollu erimielisyyksiä, mitä asioita olis kannattanu jo ajat sitte hyväksyä ja todeta, et näin tulee tapahtumaan, ja palvelimme me potilasta vai sattuko se kenties ole valmistumisvaiheessa oleva lääkäri, jota kiinnosti enemmän diagnostiikan puoli tai tämmönen. (ph, 5–14)

Hoitajat suhtautuivat kriittisesti huonokuntoisten potilaiden siirtoihin, mutta he ovat omassa työssään sisäistäneet hoidon lyhytaikaisuuden ja kuntouttavan työotteen osoituksiksi työnsä professionaalisuudesta ja tavoitteellisuudesta. Sairaalaosastot ovat profiloituneet tietyn-

laiseen hoitoon ja hoitoidologiaan, ja mikäli osasto ei ole erikoistunut erityisesti kuolevien hoitamiseen, ei hoitaja välttämättä miellä saattohoitoa tehtäväkseen.

Meillä esimerkiksi potilaan kuolema tapahtuu kerran viikossa, se ei ole meidän rutiini tai osaston profiili ei ole palliatiivinen hoito. Meillä potilaista 95 % lähtee jatkohoitoon paikkaan, me ollaan erikoistuttu siihen, että potilaan voimavarat käsitellään ja jäljellä olevia voimavaroja vahvistetaan, että potilas pärjää ensisijaisesti kotona ja jos se ei ole mahdollista, sitten laitoksessa. (sh, alle 5)

Meidän tarkoitus on kotiuttaa kaikki täältä joko kotiin tai palvelukotiin, et tänne ei jää kukaan kuole-, niinkö asumaan ja olemaan. (sh, 15–24)

Proaktiivinen kuolevan potilaan hoito

Esittelemme seuraavaksi hoitajien luonnehtimia ja ehdottamia kuolevan hoidon hyviä käytäntöjä. Käytännöt jäsenyivät kolmeen vaiheeseen: kuoleman tunnistamiseen ja tunnustamiseen sekä kuolemanpiriin luomiseen. Tavoite on kuolevan hyvä hoito niin, että kuoleman kohtaaminen on potilaalle ja omaisille helpompaa, potilaalle tarjotaan mahdollisimman turvallinen ja tukea antava ympäristö kuolla ja omaisten on helpompi käsitellä kuolemaa jälkikäteen. Kukin vaihe edellyttää hoitajalta ja organisaatiolta erilaisia kykyjä, valmiuksia ja rakenteita. Ratkaisevaa on toiminnan proaktiivisuus, mikä tarkoittaa potilaan mahdollisen kuoleman tietoista, avointa ja aktiivista ennakointia hoitoyhteisössä. Toiminta on etupainotteista sen sijaan, että potilaan huononevaan vointiin reagoitaisiin jälkijättöisesti.

Kuoleman tunnustaminen viittaa hoitajien ja lääkäreiden kykyyn ja taitoon havaita ja havainnoida kuoleman merkkejä sekä tulkita niitä viesteinä kuoleman vaiheesta. Vaikka kuolema on prosessina aina yksilöllinen ja siihen liit-

tyy väistämättä epävarmuutta, valtaosassa tapauksia kuolema antaa itsestään ainakin joi-tain merkkejä etukäteen. Potilaan fyysinen ole-mus ja ulkonäkö muuttuvat, toimintakyky las-kee entisestään, ja fysiologiset toiminnot, kuten hengitys ja nieleminen, heikkenevät. Kokemus opettaa lukemaan ja tulkitsemaan kuoleman merkkejä.

Näähän ei tapahdu missään viides minuut-tissa. Kyllä kuolema nähdytään itsestään merkkejä jo paljon aikaisemmin. (ph, 5–14)

Kuoleman tunnustaminen on potilaan hoidon synkronoimista samaan vaiheeseen potilaan kuoleman prosessin eli ruumiillisen kuoleman ja henkisen luopumisen kanssa. Tunnustaminen sisältää kuoleman puheeksi ottamisen, kuolemaan varautumisen ja toiminnallisia joustoja osaston arjessa. Suhtautuminen kuoleman mahdollisuuteen on avointa. Kuolema otetaan työyhteisössä ja potilaan ja omaisten kanssa puheeksi varhain. Kuolemasta keskustellaan ja siitä tarjotaan tietoa potilaan ja omaisten vastaanottokyvyn mukaisesti (ks. myös Kübler-Ross 1970). Keskusteluille on oma rauhallinen hetkensä, tarvittaessa myös erillinen tila.

Kuoleman etenemistä ja siirtymiä vaiheesta seuraavaan ennakoidaan. Tulevaan, myös yllättäviin tilanteisiin, varaudutaan suunnitelmin. Potilaan ja omaisten toiveista viime vaiheiden suhteen keskustellaan etukäteen. Suhtautuminen hoidon linjauksiin on joustava ja liukuva: tehtyjä päätöksiä tarkistetaan herkästi, ja niitä myös puretaan tarvittaessa esimerkiksi potilaan voinnin kohentuessa. Potilasta ei siirretä enää kuoleman viime vaiheissa sairaalasta tai osastolta toiselle, ja kuoleman edessä luovutaan lääketieteen parantavasta ja hoitotyön kotiin kuntouttavasta kehyksestä. Kuolemasta keskustellaan, ja kuolemia käsitellään työyhteisössä. Moni kokee, että keskustelut muiden hoitajien, esimiesten tai lääkäreiden kanssa auttaisivat käsittelemään kuolemia. Myös spontaanisti viriävä kokemusten vaihto kolle-

gojen kesken voi olla varsinainen henkireikä (Molander 1999), kuten oli yhdellä tutkimusosastoista.

Kutsumme kuolemanpiiriksi tilaa, jossa kuolevan ja myöhemmin vainajan ympäristöä osastolla on muokattu niin, että aikaan ja tilaan liittyvät odotukset täyttyvät. Käsitettä käytti yksi haastatelluista, ja vastaavaa kuoleman läheisyydessä vallitsevaa ajan ja tilan tunnun erityisyyttä luonnehti usea haastateltava. Kuolemanpiiriä voi kuvata Kirsi Saarikangasta (2006) mukaillen eleyksi ja koetuksi tilaksi, joka muodostetaan osastolle ihmisten, ympäristön, tilajärjestelyjen ja käytäntöjen aikaan ja paikkaan sijoituvissa kohtaamisissa. Tilallisessa mielessä kuolemanpiiri viittaa fyysisen ympäristön lisäksi mentaaliseen ja emotionaaliseen olotilaan (ks. emt.). Kuolemanpiirissä kuoleman kohtaaminen ja käsitteleminen on kuolevalle ihmiselle, läheisille ja hoitohenkilökunnalle helpompaa. Kuolevan ihmisen kokemus ympäristöstä sekä ympäristöön kohdistuvat tarpeet, toiveet ja odotukset muuttuvat. Monelle olennaisia ovat rauha, hiljaisuus ja läheisten läsnäolo.

Sä haluat semmoisen pienen, rauhallisen piirin ympärillesi. Amerikkalaiset elokuvat, missä pidetään bileitä vielä ennen viimeistä hengenvetoa ja nauretaan ja muistellaan, sellasta ei oo ihan varmasti olemassakaan tai joku yks prosentti maailman ihmisistä halua kuolla niin, että jätät kaikille jäähyväiset ja haluat nähdä päiväkotikaverit ja muut. Kyllä se kuolemanpiiri muuttuu pieneks, ja mikä on tärkeintä, on ne läheisimmät. (sh, 15–24)

Hoitajiltaan kuolevat toivovat ennen kaikkea läheisyyttä, hellyyttä, emotionaalista läsnäoloa ja aikaa keskusteluille (Molander 1999). Läsnäolo on osa saattohoitoideologiaa ja hoivakäsitystä, mutta myös konkreettista ruumiillista paikalle ja vierelle jäämistä, aitoa ja paljasta kohti toista ja toiselle olemista (Utriainen

1999). Ennen kuoleman hetkeä kuolemanpiirin luominen edellyttää hoitajalta ennen kaikkea aikaa: mahdollisuutta kiireettömään läsnäoloon, lähellä olemiseen ja yhteyteen asettumiseen. Tilajärjestelyjen näkökulmasta kuolemanpiiri on intiimin, suljetun ja suojatun tilan luomista potilaan ja omaisten ympärille. Omassa huoneessa potilas ja omaiset saavat olla häiriöttä yhdessä loppuun asti, hoitajien on helpompi huolehtia potilaasta, eivätkä kuolevan hoitaminen ja omaisten läsnäolo häiritse huonetovereita (ks. myös Slatyer ym. 2015; Brereton ym. 2012). Kuolevan hoitoon erikoistuneilla tutkimusosastoilla lukuisat yhden hengen huoneet ja erillinen omaisten lepotila tukivat kuolemanpiirin muodostamista. Myös uudehkoissa sairaalarakennuksissa sijaitsevalta tutkimusosastolla omaisille oli varattu erillinen tila.

Kuolemanjälkeisissä vaiheissa kuolemanpiiri suhteutuu hoitajan ja omaisten tarpeisiin ja toiveisiin sekä kulttuuriseen kuolemakäsitykseen. Hoitajalle vainajan laittamisen ja hyvästelyn hetket antavat parhaimmillaan tunnetuon, ovat osa hoitosuhteen päättämistä ja luovat perustan uuden aloittamiselle (Molander & Parviainen 1996; Molander 2003).

Jos päivän aikana joku lähtee [kuolee], niin ei voi, ei pysty, heti hyppäämään toiseen tunnetilaan ja mennä suihkuttamaan toista potilasta. Siinä kaipaa pienen breikin käydä tilanne läpi sen jälkeen. Jotenkin täytyy tehdä myös irrotustyö, ettei jää kiinni siihen kuolemaan. (sh, alle 5)

Vainajan laittamiseen liittyvissä toimissa edetään vakiintuneella, yhteisesti sovitulla, kuolemaa ja vainajaa kunnioittavalla tavalla: lääkäri toteaa kuoleman, omaisille ilmoitetaan tapahetkestä, vainaja laitetaan ja omaiset hyvästlevät hänet. Toimet on koottu kaavakkeeseen, ja vainajan laittamiseen tarvittavat välineet löytyvät yhdestä paketista. Myös tila riisutaan vainajan menneen elämän, persoonan, potilauden

ja kuolinprosessin jäljistä. Hoitajalle oleellista on edetä oikein ja oikeassa järjestyksessä, mutta myös toimia ja olla tilanteessa oikealla tavalla. Se edellyttää aikaa ja rauhaa keskittyä. Rituaaliin kuuluvien tekniikoiden, ”rutiinin”, tavoite on määrätty ulkoinen muoto, tietynlaisten ajatusten, tunteiden, mielentilojen ja tunnelmien herättely (Laitila 1994). Muodon tavoittaminen tukee hoitajaa kuoleman käsitelyssä, hajoavan ruumiin läsnäolon sietämisessä ja kuolemasta irrottautumisessa.

Pohdinta

Tutkimuksessa kuvasimme hoitajien haastatteluihin perustuen kuolevan potilaan hoitoon vuodeosastolla vaikuttavia keskeisiä tekijöitä ja niiden ilmenemistä hoitajien kokemuksissa. Keskeisiä tekijöitä ovat osaston tilalliset, ajalliset ja toiminnalliset rakenteet. Ne ilmenevät hoitajien kokemuksissa sekä haasteina että hyvinä käytäntöinä. Ilmeinen tilallinen haaste on yksityisen tilan puute. Sen vuoksi kuolevia hoidetaan ja vainajia laitetaan muiden potilaiden läsnä ollessa, ja omaisia hyvästelee läheisensä kylpyhuoneolosuhteissa. Ajallisena haasteena on hoitajien ajan niukkuus. Siksi kuolevan hoito kaventuu kuolevan ruumiin hoitamiseksi, eikä kiireettömään läsnäoloon ole välttämättä mahdollisuutta edes lähellä kuoleman hetkeä. Toiminnallisena haasteena ovat kuolemasta vaikeneminen ja kuoleman viime vaiheisiin ajoittuvat potilaiden siirrot. Hyvien käytäntöjen mukainen hoito on proaktiivista ja etenee kuoleman tunnistamisesta sen tunnustamiseen ja lopulta kuolemanpiiriin luomiseen.

Tutkimuksen tuloksena syntynyt kuvaus kuolevan hyvästä hoidosta sisältää monia samoja elementtejä kuin saattohoitosuositus ja aiemmat tutkimukset. Saattohoitosuosituksen mukaan kuolevan ihmisen hoito on kokonaisvaltaista käsittäen fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset, hengelliset ja henkiset näkökulmat sekä omaisten ja läheisten tuen, neuvonnan ja ohjauksen (STM 2010).

Käytännössä hyvä hoito vuodeosastolla voi estyä monin tavoin, ja vastuuta kuolevan hoidosta voidaan pyrkiä siirtämään ajassa ja paikassa eteenpäin. Hyvä kuolema tulisikin nähdä osastolla ja sairaalassa hyväksyttävänä hoidon tavoitteena, jolle on yhteisesti sovitut kriteerit ja laatuvaatimukset. Hoidossa tulisi kantaa enemmän vastuuta kuoleman laadusta – siitä, millainen kuolema on.

Silloin, kun kuolemaa ei tunnusteta tai se tunnustetaan mutta sitä ei tunnusteta, hoitoa ei voida vaiheistaa kuoleman prosessiin. Kuolema voi tapahtua valmistelematta, vaikka se olisi ollut ennakoitavissa. Potilas ja omainen jäävät kuolemaa ja hoitoa koskevan tiedon ja päätöksenteon ulkopuolelle, tai potilas siirretään yksiköstä toiseen jo pitkällä kuoleman prosessissa. Hoitajille valmistelematta tapahtuvat kuolemat ovat hyvin kuormittavia, ja niihin liittyy erityinen hallinnan menetyksen tunne. Taustalla ovat tulostemme mukaan kuolemassa vaikenemisen kulttuuri, palvelujärjestelmän ja osastojen resurssikysymykset sekä pyrkimys pitäytyä parantavassa ja kuntouttavassa hoidon kehityksessä.

Sairaala on suuntautunut potilaan toimintakyvyn palauttamiseen, sairauksien hoitamiseen ja elinajan jatkamiseen, eikä sen hoitokulttuuri vastaa sellaisenaan kuolevan ihmisen tarpeita (Hänninen 2014; Reyniers ym. 2014). Kuolevan potilaan siirtäminen terveydenhuollon yksiköstä toiseen voi olla institutionaalisten sääntöjen ja palvelukohtaisten kriteerien mukaista, kustannusvastoallista toimintaa. Potilaspaiikkojen puute ja tavoite toteuttaa hoito mahdollisimman vähän erikoistuneessa yksikössä luovat paineen siirtää potilas pikaisesti eteenpäin hoitoketjussa (Ala-Nikkola 2003; Lämsä 2013). Kuolevan hyvän hoidon näkökulmasta voisi olla parempi tehdä tilannekohtainen, yksilöllinen ja tarvelähtöinen arvio. Jokainen paikanvaihdos lisää riskiä elämän loppuvaiheen hoidon laadun vaarantaville virheille ja katkoksille (Wilson ym. 2017).

Silloin, kun kuoleva potilas siirretään, kuolema tulisi ottaa avoimesti puheeksi ennen siir-

toa. Tiedonvälityksen ja yhteistyön tulee olla saumatonta, ja saattohoitopäätös tehdään yhdessä potilaan ja omaisten kanssa ennen siirtoa (STM 2010). Kuolemasta vaikeutuminen rikkoo potilaan laissa määriteltyä oikeutta saada tietoa omasta terveydentilastaan, hoidon merkityksistä ja eri hoitovaihtoehdoista sekä osallistua omaan hoitoon ja määrätä itseä koskevista asioista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785). Keskustelun tulisi olla avointa ja kiertelemätöntä (STM & Suomen Kuntaliitto 2013; ks. myös Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012). Tiedon kuolemasta ei ole havaittu lisäävän kuolevan ihmisen kipuja tai ahdistusta, mutta se parantaa mahdollisuuksia hyvään hoitoon ja kuolemaan (Lundquist ym. 2011).

Tulostemme mukaan moni hoitaja kaipaa työyhteisössään tilaa ja aikaa jakaa ja käsitellä kuolemaan liittyviä ajatuksia, tunteita ja kokemuksia. Kuolevan hoitaminen ei palaudu ainakaan kaikilta osin käytännölliseksi ja rationalisoitavissa olevaksi, rutiinilla hoituvaksi työtehtäväksi. Työntekijälle kuoleman jatkuva kohtaaminen voi aiheuttaa esimerkiksi eksistentiaalista ahdistusta ja ikääntymisen pelkoa (Dick 2014). Hoitajien hyvinvoinnin ja jaksamisen tueksi osastoille tulisi luoda rakenteita ja toimintakulttuuria, jotka sekä tukevat spontaaneja keskusteluja kollegoiden kanssa että sisältävät työnohjauksellisia keskusteluja kuolevien hoitamisesta. Myös tavallisten vuodeosastojen hoitajilla tulisi olla oikeus saattohoitajan statukseen ja sen suomaan oikeuteen säännölliseen työnohjaukseen (ks. STM 2010).

Kuolemanpiirien luominen tapahtuu ennen kuolemaa läsnäoloon ja yhteyteen asettumalla sekä yksityisin tilajärjestelyin, kuoleman jälkeen rituaalisin käytännöin. Kuten myös aiemmin on havaittu (Casey ym. 2011; Clarke & Ross 2006), hoitajan aika ei useinkaan riitä kuolevan kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen ja hoitamiseen, vaan kuluu välittömien tarpeiden tyydyttämiseen. Ajan puute pakottaa valitsemaan mielenläheisen ja ruumiinläheisen hoivatyön välillä (Molander 2001). Sairaala on standardoidun hoidon paikka, eikä siellä aika

tai henkilöstömäärä yleensä salli kuolevan hyvän hoidon edellyttämiä poikkeamia rutiineista (Reyniers ym. 2014). Kiire voi toimia myös hyväksyttävänä selityksenä läsnäolosta pidättäytymiselle, jos hoitajalla on vaikeuksia asettua kuoleman läheisyyteen.

Silloin, kun ajan puute on tosiasiallista eikä aikaa sinällään voida lisätä, tilallisten ja toiminnallisten rakenteiden uudelleenjärjestely voisi helpottaa tilannetta. Aina ei ole välttämätöntä, että kuolevan vierellä on nimenomaan hoitaja. Osastoilla voitaisiin tukeutua enemmän omaisten apuun järjestämällä heille paremmat mahdollisuudet olla läsnä ja osallisia hoidossa. Yhden hengen potilashuone ja erillinen omaisten lepohuone helpottaisivat intensiivistä läsnäoloa. Liikuteltavan, makuuasentoon kääntyvän nojatuolin saisi tarvittaessa potilaan sängyn vierelle. Saattohoitoyksiköiden vapaaehtoisten verkostot voisivat olla toimiva järjestely tavallisillakin osastoilla. Viime kädessä osastoille pitäisi silti olla mahdollista ottaa ylimääräinen työntekijä vuoroon potilaan kuoleman läheistyessä. Näin varmistettaisiin, että potilaalla on hänen niin toivoessaan ihminen vierellään kuollessaan.

Kuoleman äärellä pieni, intiimi ja pelkistetty tila keskittää huomion olennaiseen, kuolevaan ihmiseen ja itse kuolemaan. Konkreettinen fyysinen erillisuus myös helpottaa vanhasta luopumista ja uuteen orientoitumista (Laitila 1994). Yksityisen tilan tarve ja merkitys elämän loppuvaiheen hoidossa on havaittu aiemminkin (Casey ym. 2011; Brereton ym. 2012; Slatyer ym. 2015; Porock ym. 2009). Tämän tutkimuksen mukaan hoitajien mahdollisuudet järjestää vuodeosastolle erillinen tila kuolevan niin toivoessa tai hänen tilanteensa niin vaatiessa ovat varsin rajalliset, joskin kuolevan hoitoon erikoistuneiden osastojen tilaratkaisut ovat muita paremmat. Mikäli ympäristö ei tue kuolemanjälkeisten käytäntöjen rituaaliluonetta, ne voivat tyypistyä teknistyyppisiksi rutiineiksi. Sellaisina ne eivät kannattele riittävästi saattohoitajia, ”rituaalin ammattilaisia” (Froggatt 1995), työssään. Hoitajien tukemi-

seksi ja arvokkaan kuoleman vuoksi osastojen tilalliset järjestelyt ja resurssit olisi syytä ottaa vakavasti kuolevien hoidosta käytävässä keskustelussa.

Tutkimuksessa saatiin tietoa muutamien osastojen toimintakäytännöistä. Terveyskeskusten vuodeosastoja on Suomessa lukumääräisesti paljon, ja niiden välillä on eroja niin johtamistapojen, toimintakäytäntöjen, henkilöstö- ja potilasrakenteen, tilaratkaisujen kuin monien muiden piirteiden suhteen. Siten tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää koskemaan kaikkia terveyskeskusten vuodeosastoja. Kuitenkin tulokset tarjoavat laadullisen tutkimuksen tavoitteiden mukaisesti kuvauksen ilmiöstä, ja siten artikkeli lisää ymmärrystä kuolevien ihmisten hoidosta laitospäätöksissä. Tulosten luotettavuuteen vaikuttaa, että kuolevan hoitoa tarkasteltiin vain hoitajien näkökulmasta. Potilaiden ja omaisten oma ääni ja kertomus jäivät kuulematta. Jatkossa olisikin tärkeää tutkia, minkälaisia toiveita ja kokemuksia potilailta ja omaisilla on koskien viime vaiheiden hoitoa terveyskeskuksen vuodeosastolla. Tarkempi vuodeosastojen hoitokulttuurin ja toimintakäytäntöjen vertaileva tutkimus voisi auttaa tunnistamaan eroja erilaisten osastojen välil-

lä. Niin voitaisiin tunnistaa myös keinoja, joilla osastojen tilallisiin, ajallisiin ja toiminnallisiin rakenteisiin liittyviä ongelmia on ratkottu onnistuneesti.

Koti on monen ikäihmisen toivoma ja rakennemuutostuksien tavoiteltu kuolinpaikka. Kuitenkin sairaala on edelleen tärkeä elämän loppuvaiheen hoidon ympäristö (Aaltonen 2015; Porock ym. 2009). Siksi on tärkeää kiinnittää huomiota sairaalassa kuoleville ihmisille tarjottavan hoidon laatuun. Tutkimuksemme mukaan vuodeosastojen ajalliset, tilalliset ja toiminnalliset rakenteet eivät vielä tue saattohoidon toteuttamista parhaalla mahdollisella tavalla, eikä terveyskeskusten vuodeosastojen rooli perustason saattohoitoa tarjoavana yksikönä ole kaikilta osin selkeä. Tarvitaan avointa keskustelua ja käytännön toimia, jotta kuolevan hyvä hoito voi toteutua myös vuodeosastoilla ja jotta niillä työskentelevät hoitajat saavat tarvitsemansa tuen työssään kuoleman äärellä.

Yhteydenotto:

Sofia Sarivaara, VTM, väitöskirjatutkija
Helsingin yliopisto
Sähköposti: sofia.sarivaara@helsinki.fi



Kirjallisuus

- Aaltonen, M. (2015). *Patterns of care in the last two years of life: care transitions and places of death of old people*. An academic dissertation. Tampere University Press. Haettu 5.12.2017 osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9902-9>
- Ala-Nikkola, M. (2003). *Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa? Etnografinen tutkimus vanhustenhuollon koti- ja laitoshoidon päätöksentekotodellisuudesta*. Tampere University Press. Haettu 5.12.2017 osoitteesta: <http://urn.fi/urn:isbn:951-44-5816-8>
- Boer, D., Hofstede, J., Veer, A., Raijmakers, N. & Francke, A. (2017). Relatives' perceived quality of palliative care: comparisons between care settings in which patients die. *BMC Palliative Care*, 16(1), 1–8. doi:10.1186/s12904-017-0224-x
- Brereton, L., Gardiner, C., Gott, M., Ingleton, C., Barnes, S. & Carroll, C. (2012). The hospital environment for end of life care of older adults and their families: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 68(5), 981–993. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05900.x
- Casey, D., Murphy, K., Ni Leime, A., Larkin, P., Payne, S., Froggatt, K. & O'Shea, E. (2011). Dying well: factors that influence the provision of good end-of-life care for older people in acute and long-stay care settings in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 20(13–14), 1824–1833. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03628.x
- Clarke, A. & Ross, H. (2006). Influences on nurses' communications with older people at the end of life: perceptions and experiences of nurses work-

- ing in palliative care and general medicine. *Older People Nursing*, 1(1), 34–43.
doi:10.1111/j.1748-3743.2006.00006.x
- Dick, H. V. (2014). "Every time you deal with a death you think, 'one day' ...": The emotional and spiritual effects of dealing with aging, dying, and death for staff in a residential aged care facility. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 26(2–3): 173–185. doi:10.1080/15528030.2013.855965
- Eräsaari, L. (1995). *Kohtaamisia byrokraattisilla näyttämöillä*. Helsinki: Gaudeamus.
- Foucault, M. (1980). *Tarkkailla ja rangaista*. Suom. Eevi Nivanka. Helsinki: Otava. Ranskankielinen alkuperäisteos 1975.
- Froggatt, K. (1995). *Keeping the balance: hospice work, death and emotions*. A doctoral dissertation. London: London South Bank University.
- Giuliani, L., Piredda, M., Ghilardi, G. & Marinis, M. (2015). Patients' perception of time in palliative care: a metasynthesis of qualitative Studies. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 17(5), 413–426. doi:10.1097/NJH.0000000000000179
- Glasberg, A. L. (2007). *Stress of conscience and burn-out in healthcare: the danger of deadening one's conscience*. An academic dissertation. Umeå: Omvårdnad.
- Gothóni, R. (1994). Pitkäaikaissairaanhoidon vanhuksen ja hänen omaisensa maailma. Teoksessa Hyry, K. (toim.), *Sairaus ja ihminen: kirjoituksia parantamisen perusteista* (s. 236–252). Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Hakola, O., Kivistö, S. & Mäkinen, V. (2014). Johdanto. Teoksessa Hakola, O., Kivistö, S. & Mäkinen, V. (toim.), *Kuoleman kulttuurit Suomessa* (s. 9–22). Helsinki: Gaudeamus.
- Halila, R. & Mustajoki, P. (2016). Hoitotahto: käytännön ohjeita. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Haettu 6.9.2017 osoitteesta: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00809
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2008). *Tutkimushaastattelu: teemahaastattelu teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus.
- Hunt, K., Shlomo, N. & Addington-Hall, J. (2014). End-of-life care and preferences for place of death among the oldest old: results of a population-based survey using VOICES–Short Form. *Journal of Palliative Medicine*, 17(2), 176–182. doi:10.1089/jpm.2013.0385
- Hyvinvointikompassi (2017). Palvelut. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 6.9.2017 osoitteesta: <http://www.hyvinvointikompassi.fi/fi/web/hyvinvointikompassi/palvelu-profiili>
- Hänninen, J. (2014). Luonnollinen vai joudutettu kuolema? Teoksessa Hakola, O., Kivistö, S. & Mäkinen, V. (toim.), *Kuoleman kulttuurit Suomessa* (s. 35–46). Helsinki: Gaudeamus.
- Kaspers, P., Pasma, H., Onwuteaka-Philipsen, B. & Deeg, D. (2013). Changes over a decade in end-of-life care and transfers during the last 3 months of life: a repeated survey among proxies of deceased older people. *Palliative Medicine*, 27(6), 544–552. doi:10.1177/0269216312457212
- Kayser-Jones, J., Schell, E., Lyons, W., Kris, A., Chan, J. & Beard, R. (2003). Factors that influence end-of-life care in nursing homes: the physical environment, inadequate staffing, and lack of supervision. *The Gerontologist*, 43(spec no 2), 76–84. doi:10.1093/geront/43.suppl_2.76
- Kunnat (2012). Sairaanhoito: avosairaanhoito ja sairaala-/vuodeosastotoiminta. Suomen Kuntaliitto. Haettu 31.10.2016 osoitteesta: <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/terveyspalvelut/terveyskeskus/tk-vastaanotto/Sivut/default.aspx>
- Kuolevan potilaan oireiden hoito (2012). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 6.9.2017 osoitteesta: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50063>
- Kuula, A. & Tiitinen, S. (2010). Eettiset kysymykset ja haastattelujen jatkokäyttö. Teoksessa Ruusu-vuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. (toim.), *Haastattelun analyysi* (s. 446–459). Tampere: Vastapaino.
- Kübler-Ross, E. (1970). *Raportti kuolemista: mitä kuolevat voivat opettaa lääkäreille, hoitajille, pa-paille ja omaisilleen*. Helsinki: Otava.
- Laakkonen, M. L. (2005). *Advance care planning: elderly patients' preferences and practices in long-term care*. An academic dissertation. University of Helsinki. Haettu 5.12.2017 osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:952-10-2344-9>
- Laitila, T. (1994). Sairaus yhteisössä: riittitutkimuksen näkökulmia elämän kriittisiin vaiheisiin.

- Teoksessa Hyry, K. (toim.), *Sairaus ja ihminen: kirjoituksia parantamisen perusteista* (s. 41–65). Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Lehto J. (2015). Oirehoito ja sen järjestäminen muilla kuin syöpäpotilailla. Palliatiivisen lääketieteen professori, Tampereen yliopisto. Hyvä kuolema on jokaisen oikeus -saattohoitoseminaari, 24.9.2015, Helsinki.
- Lehto, J. (2014). Palliatiivinen hoitoketju: mitä ja miksi? Palliatiivisen lääketieteen professori, Tampereen yliopisto. Palliatiivinen hoito ja saattohoito näkyväksi -seminaari, 21.11.2014, Seinäjoki. Haettu 31.10.2016 osoitteesta: <http://docplayer.fi/145514-Palliatiivinen-hoitoketju-mita-ja-miksi-seinajoki-21-11-2014-juhlehto-vs-palliatiivisen-laaketieteen-prof-vs-yli-laakari-tays-ty.html>
- Lumme-Sandt, K. (2005). Vanhan ihmisen kohtaaminen haastattelutilanteessa. Teoksessa Ruusu-vuori, J. & Tiittula, L. (toim.), *Haastattelu: tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus* (s. 125–144). Tampere: Vastapaino.
- Lundquist, G., Rasmussen, B. & Axelsson, B. (2011). Information of imminent death or not: does it make a difference? *Journal of Clinical Oncology*, 29(29), 3927–3931. doi:10.1200/JCO.2011.34.6247
- Lämsä, R. (2013). *Potilaskertomus: etnografia potiluu-desta sairaalaosaston käytännössä*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Molander, G. (2014). *Hoidanko oikein? Eettinen kuorimitus hoito- ja hoivatyössä*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Molander, G. (2003). *Työtunteet: esimerkkinä vanhus-tyo*. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Molander, G. (2001). Vanhuuttaan rappeutuva ruumis luonnon ja kulttuurin kohtaamispaikkana. *Gerontologia*, 15(2), 125–135.
- Molander, G. & Peräkylä, A. (2000). Milloin hoidettavalle kuolevan identiteetti? *Duodecim* 116(9), 955–961.
- Molander, G. (1999). *Työnä kuolemaan hoitaminen: mistä voimavarat?* Helsinki: Suomen mielenterveysseura.
- Molander, G. & Parviainen, T. (1996). *Så känns det att vårda döende: en kvalitativ studie av vårdper-sonalens upplevelser i Danmark, Finland, Norge och Sverige*. København: Nordisk Ministerråd.
- Murphy, M. & Martikainen, P. (2013). Use of hospital and long-term institutional care services in relation to proximity to death among older people in Finland. *Social Science & Medicine*, 88, 39–47. doi:10.1016/j.socscimed.2013.03.042
- Noro, A., Mäkelä, M., Jussmäki, T. & Finne-Soveri, H. (2014). Ikäihmisten palveluiden kehityslinja 2000-luvulla. Teoksessa Noro, A. & Alastalo, H. (toim.), *Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta: tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013* (s. 19–30). Raportteja 13. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Peräkylä, A. (1990). *Kuoleman monet kasvot: identiteettien tuottaminen kuolevan potilaan hoidossa*. Tampere: Vastapaino.
- Porock, D., Pollock, K. & Jurgens, F. (2009). Dying in public: the nature of dying in an acute hospital setting. *Journal of Housing for the Elderly*, 23(1–2), 10–28. doi:10.1080/02763890802664521
- Reyniers, T., Houttekier, D., Cohen, J., Pasma, H. & Deliens, L. (2014). The acute hospital setting as a place of death and final care: qualitative study on perspectives of family physicians, nurses and family carers. *Health & Place*, 27, 77–83. doi:10.1016/j.healthplace.2014.02.002
- Roberts, D. & Hurst, K. (2012). Evaluating palliative care ward staffing using bed occupancy, patient dependency, staff activity, service quality and cost data. *Palliative Medicine*, 27(2), 123–130. doi:10.1177/0269216312447593
- Saarikangas, K. (2006). *Elettyt tilat ja sukupuoli: asukkaiden ja ympäristön kulttuurisia kohtaamisia*. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.
- Slatyer, S., Pienaar, C., Williams, A., Proctor, K. & Hewitt, L. (2015). Finding privacy from a public death: a qualitative exploration of how a dedicated space for end-of-life care in an acute hospital impacts on dying patients and their families. *Journal of Clinical Nursing*, 24(15–16), 2164–2174. doi:10.1111/jocn.12845
- STM & Suomen Kuntaliitto (2017). *Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019*. Julkaisuja 6/2017. Sosiaali- ja terveysministeriö. Haettu 5.12.2017 osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3960-8>
- STM & Suomen Kuntaliitto (2013). *Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen*

- parantamiseksi*. Julkaisuja 11/2013. Sosiaali- ja terveysministeriö. Haettu 5.12.2017 osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3415-3>
- STM (2010). *Hyvä saattohoito Suomessa: asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituks*. Julkaisuja 6/2010. Sosiaali- ja terveysministeriö. Haettu 5.12.2017 osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3033-9>
- Terkamo-Moisio, A. (2016). *Complexity of attitudes towards death and euthanasia*. An academic dissertation. University of Eastern Finland. Haettu 5.12.2017 osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-2198-7>
- THL (2016). Kolmiportainen malli ja hoidon saatavuus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 6.9.2017 osoitteesta: <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/kolmiportainen-malli-ja-hoidon-saatavuus>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2002). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.
- Utriainen, T. (1999). *Läsnä, riisuttu, puhdas: uskonto-antropologinen tutkimus naisista kuolevan vierellä*. Akateeminen väitöskirja. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- WHO (2016). WHO Definition of Palliative Care. World Health Organization. Haettu 6.9.2017 osoitteesta: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Wilson, D., Shen, Y. & Birch, S. (2017). New evidence on end-of-life hospital utilization for enhanced health policy and planning. *Journal of Palliative Medicine*, 20(7), 752–758. doi:10.1089/jpm.2016.0490