

**Leena Vuolteenaho**  
Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto  
Sairaanhoitaja (AMK), diakoninen hoitotyö  
Opinnäytetyö, 2021

# **KRISTILLINEN ETIIKKA JA IHMISKÄSITYS KUOLEVAN POTILAAN HOITOTYÖSSÄ**

**Kuvaileva kirjallisuuskatsaus**

---

## TIIVISTELMÄ

Leena Vuolteenaho

Kristillinen etiikka ja ihmiskäsitys kuolevan potilaan hoitotyössä: kuvaileva kirjallisuuskatsaus

60 sivua, 2 liitettä

Kevät, 2021

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveystieteiden ammattikorkeakoulututkinto

Sairaanhoitaja (AMK), diakoninen hoitotyö

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tarkastella hoitajien kohtaamia eettisiä haasteita kuolevan potilaan hoitotyössä kristillisen etiikan näkökulmasta. Tavoitteena oli tuottaa kuolevan potilaan hoitotyön etiikasta tietoa, jonka avulla voidaan kehittää hoitotyön etiikan opetusta antamaan hoitajille työkaluja oman toimintansa arvopohjan hahmottamiseen. Opinnäytetyö valmistui palliatiivisen hoidon kehittämisen kärkihanke EduPalin käyttöön.

Tutkimuksen menetelmänä käytettiin integroivaa kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Aineisto kerättiin eri tutkimustietokannoista ennalta määriteltyjä hakukriteereitä käyttäen. Aineistoksi valikoitui neljä erilaista kuolevan potilaan hoitotyötä käsittelevää artikkelia. Artikkelit oli julkaistu vertaisarvioituissa hoitoalan julkaisuissa, ja ne kuvasivat hoitotyötä Suomessa ja Ruotsissa. Aineisto analysoitiin kristillistä etiikkaa ja ihmiskäsitystä käsittelevään teoreettiseen viitekehykseen nojautuen siitä näkökulmasta, kuinka artikkeleissa kuvatut eettiset haasteet suhteutuvat kristillisen etiikan näkemyksiin.

Tutkimuksen tuloksena aineistosta nousi esille erityisesti kolme hoitajien kuvaamaa eettistä haastetta: tarpeettomat lääketieteelliset hoidot, resurssien rajallisuus ja toivon ylläpitämiseen liittyvät kysymykset. Tulokset osoittivat, että hoitajat kohtaavat kuolevan potilaan hoitotyössä monenlaisia eettisiä haasteita, joihin ei ole yksinkertaisia ratkaisuja. Hoitajien oikeaksi kokema tapa toimia on kristillisen etiikan näkökulmasta yleensä yhteneväinen lähimmäisenrakkauden periaatteen kanssa, ja sairaanhoitajien eettiset ohjeet korostavatkin lähimmäisyyttä ja myötätuntoa. Kuolevan potilaan hoitotyössä näyttäytyvät kristilliset arvot viittaavat liberaaliin raamatuntulkintaan, jossa painottuu uskonnon rooli inhimillisen hyvän edistäjänä.

Etiikan ja arvojen monipuolinen käsittely hoitoalan opinnoissa on tarpeen, jotta hoitotyöhön osallistuvat tunnistavat millaista potilaan hyvää he pyrkivät edistämään. Yleisten oikean ja väärän kysymysten lisäksi etiikan opetuksessa tulisi käsitellä myös uskonnollisen etiikan vaikutusta, sillä yhteiskunnan ja kulttuurin arvoilla on vähintään tiedostamaton vaikutus myös yksilön arvomaailmaan. Tämä vaikutus omiin arvoihin ja toimintaan on syytä tiedostaa, jotta voidaan tehdä tietoisia ratkaisuja sekä myös käydä vuoropuhelua erilaisista arvoympäristöistä tulevien työtovereiden ja potilaiden kanssa.

Asiasanat: etiikka, kristillinen etiikka, kuolevan potilaan hoitotyö, palliatiivinen hoito, saattohoito



## ABSTRACT

Leena Vuolteenaho

Christian ethics and view of humanity in end-of-life care: a descriptive literature review

60 pages, 2 appendices

Spring, 2021

Diaconia University of Applied Sciences

Bachelor's Degree in Health Care

Registered Nurse, Diaconal Nursing

The purpose of this thesis was to examine the ethical challenges faced by nurses working in end-of-life care from the viewpoint of Christian ethics. The aim was to provide an insight into nursing ethics in end-of-life care, in order to develop the education of nursing ethics. This may help to equip nurses with tools to have a better sense of the values underlying their professional actions. The thesis was produced to be used by EduPal, a project funded by the Ministry of Education and Culture aiming to develop palliative care.

The study was conducted using the method of integrative descriptive literature review. The data were gathered from various research databases using pre-determined search criteria. The data used in the study consisted of four articles addressing the topic of end-of-life care from different perspectives, all published in peer-reviewed nursing journals, dealing with nursing in Finland and in Sweden. The data were analysed using a theoretical framework concerning Christian ethics and view of humanity, the focus being on how the ethical challenges described in the articles relate to the views reflected in Christian ethics.

In the results of the study, three ethical challenges described by nurses were particularly salient: medically unnecessary treatments, limited resources, and questions related to maintaining hope. The results showed that nurses working in end-of-life care face various kinds of ethical challenges with no simple answers. From the viewpoint of Christian ethics, the solutions considered ethically right by nurses are usually compatible with the principles of charity and loving one's neighbour, and the Finnish ethical guidelines for nurses emphasise charity and compassion as well. The Christian values prominent in nursing point towards a liberal interpretation of the Bible, in which the role of religion in promoting human good is emphasised.

Covering ethics and values in a comprehensive manner is necessary during nursing studies, as it enables nurses to recognise the kind of "good of the patient" they are promoting. In addition to general questions of right and wrong, ethics education should also address the influence of religious ethics, because societal and cultural values affect the values of individuals at least subconsciously. This effect on one's own values and actions should be recognised in order to make conscious decision-making possible, as

well as to enable dialogue with colleagues and patients coming from backgrounds with different values.

Keywords: Christian ethics, end-of-life care, ethics, hospice care, palliative care



## SISÄLLYS

|   |    |
|---|----|
| 1 JOHDANTO.....   | 7  |
| 2 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....                      | 8  |
| 3 KUOLEVAN POTILAAN HOITOTYÖ .....                                    | 9  |
| 3.1 Kuoleva potilas .....   | 10 |
| 3.2 Palliatiivinen hoito ja saattohoito .....                         | 11 |
| 3.3 Hoitolinjaukset, hoidon rajaukset ja hoitotahto .....             | 12 |
| 3.4 Kuolevan potilaan hoitoon liittyvät lait ja suositukset .....     | 14 |
| 4 KUOLEMA, ETIIKKA JA KRISTINUSKO .....                               | 16 |
| 4.1 Kuolevan potilaan hoitotyöhön liittyvät eettiset kysymykset.....  | 16 |
| 4.2 Kristinusko ja etiikka.....                                       | 18 |
| 4.3 Kristillinen etiikka ja ihmiskäsitys .....                        | 20 |
| 4.4 Kristillinen etiikka ja kuoleva potilas .....                     | 22 |
| 4.5 Sairaanhoidajan etiikka ja kristillinen etiikka .....             | 23 |
| 5 MENETELMÄ JA AINEISTO .....   | 25 |
| 5.1 Integroiva kuvaileva kirjallisuuskatsaus menetelmänä .....        | 25 |
| 5.2 Aineiston valinta ja analysointi.....                             | 26 |
| 5.3 Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit.....                  | 28 |
| 5.4 Aineiston esittely .....  | 31 |
| 6 TULOKSET .....  | 33 |
| 6.1 Hoidon linjaukset ja lääketieteellisesti tarpeettomat hoidot..... | 34 |
| 6.2 Yksilön hyvä vai yhteisön hyvä? .....                             | 37 |
| 6.3 Henkisen ja hengellisen hoitotyön eettiset haasteet.....          | 38 |
| 6.4 Hoitajien ja lääkäreiden näkemysten väliset erot .....            | 40 |
| 7 POHDINTA.....   | 41 |
| 7.1 Tulosten luotettavuus ja eettisyys .....                          | 44 |
| 7.2 Ehdotuksia jatkotutkimuksen aiheiksi .....                        | 47 |
| 7.3 Opinnäytetyön prosessi ja ammatillinen kasvu .....                | 48 |

|   |    |
|---|----|
| LÄHTEET.....  | 50 |
| LIITE 1. Kuolevan potilaan hoitoon liittyvä lainsäädäntö ja sopimukset..... | 56 |
| LIITE 2. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet.....                              | 57 |



## 1 JOHDANTO

Kuolevan potilaan hoitotyö on hoitajalle haastava tehtävä sekä inhimillisestä että ammatillisesta näkökulmasta. Ammatillisia haasteita asettavat paitsi käytännön hoitotoimenpiteet myös eettiset kysymykset, joihin reagoiminen ja vastaaminen vaativat hoitajalta monipuolista tietotaitoa ja eettistä ymmärrystä. Samalla kyseessä on väistämätön osa niin hoitotyötä kuin elämää yleensä. Kuolemaa tai siihen liittyviä valintoja on siis mahdotonta välttää.

Elämän loppuvaiheen hoitotyössä vastakkain ovat yhtäältä kuoleman lopullisuus ja toisaalta kärsimyksen pitkittäminen. Molemmat ovat eettisesti erittäin monimutkaisia asioita, ja jokaisen potilaan tilanne on ainutlaatuinen, joten valmiita ratkaisuja ei ole. Jotta erilaisten hoitolinjausten ja -toimenpiteiden eettisyys tulisi huomioiduksi, on ymmärrettävä millaisia seurauksia erilaisilla hoitoratkaisuilla on. Lisäksi on kyettävä arvioimaan, edustavatko nämä seuraukset hoitajan ammattietiikkaa tai ylipäättään hoidettavan potilaan parasta. Tässä opinnäytetyössä käsitellään erilaisia hoitotyössä kohdattavia eettisiä haasteita, joiden yhteydessä on syytä pysähtyä pohtimaan, kenen ja millaista hyvää erilaisilla ratkaisutavoilla edistetään.

Kuten arkkiatri Risto Pelkonen toteaa, ”Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset ovat lääketieteen etiikan ydinasioita” (ETENE, 2004, s. 25). Vastausten löytäminen näihin kysymyksiin ei ole yksinkertaista, mutta erilaisten ratkaisujen etsiminen ja arvioiminen on sitäkin tärkeämpää, jotta kuolevan potilaan saama hoito on eettisesti mahdollisimman kestävä ja laadukasta.



## 2 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on tarkastella ja pohtia, millaisia eettisiä haasteita hoitaja saattaa kohdata kuolevan potilaan hoitotyössä. Kiinnostuksen kohteena on erityisesti se, miten kristillinen etiikka ja kristillinen ihmiskäsitys näkyvät hoitotyön etiikassa sekä tavassa ratkaista eettisesti haastavia tilanteita. Opinnäytetyö on toteutukseltaan kirjallisuuskatsaus, jossa tarkastelen aineistoanalyysin kautta hoitajien kohtaamia eettisiä haasteita kuolevan potilaan hoitotyössä.

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää kuolevan potilaan hoitotyötä. Tavoitteeseen pyritään tuottamalla palliatiivisen hoidon kehittämisen kärkihanke EduPalin käyttöön tietoa siitä, miten ympäröivän yhteiskunnan kulttuuri ja arvot vaikuttavat ammatilliseen eettiseen päätöksentekoon. EduPal on Opetus- ja kulttuuriministeriön rahoittama korkeakoulutuksen kehittämisen kärkihanke. Sen tarkoituksena on muun muassa selvittää palliatiivisen hoidon opetuksen nykytilaa, laatia palliatiivisen hoidon opetusohjelmiin ja koulutuksiin valtakunnalliset suositukset sekä kehittää palliatiivisen hoidon moniammatillista koulutusta ja korkeakouluopettajien palliatiivisen hoidon osaamista. (EduPal, i.a.)

Opinnäytetyö tarkastelee hankkeen kannalta keskeisiä teemoja ja kysymyksiä, ja tutkimuksen tulokset tuottavat hankkeen kannalta hyödyllistä tietoa elämän loppuvaiheen hoitotyöhön liittyvistä kysymyksistä. Tuloksia ja niistä tehtäviä johtopäätöksiä on mahdollista hyödyntää esimerkiksi hoitotyön etiikan opetuksen kehittämistyössä, joka kuuluu EduPalin tehtäviin.

Opinnäytetyön tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää yleisesti hoitoalan opetuksessa tai kuolevan potilaan hoitotyöhön liittyvässä koulutuksessa. Lisäksi opinnäytetyössä käsiteltäviä teemoja voidaan käyttää hyödyksi aihetta koskevassa jatkotutkimuksessa, mikä myös osaltaan edistää kuolevan potilaan hoitotyön kehittämistä. Aihetta koskevan lisääntyneen ymmärryksen ja tietoisuuden avulla hoitajien on mahdollista arvioida

toimintaansa ja tekemiään ratkaisuja entistä laajemmin ja syvällisemmin. Näin esimerkiksi uudessa eettisesti haastavassa tilanteessa hoitajilla on paremmat työkalut puntaroida, millainen toiminta edistää sellaisia arvoja ja sellaista ihmiskäsitystä, joihin hoitotyön etiikka yleensä perustuu. Lisäksi eettisten haasteiden merkityksellisyyden ymmärtäminen voi motivoida hoitajia etsimään kohtaamiinsa ongelmiin erilaisia lääketieteellisesti ja eettisesti perusteltuja ratkaisuja entistä ennakkoluulottomammin.

Opinnäytetyöni kuvaa yhtäältä kristillisen etiikan roolia hoitotyön etiikan teoriassa ja toisaalta sitä, miten kristillisen etiikan vaikutus näkyy käytännön hoitotyössä kohdattavissa haasteissa. Tutkimuskysymykseni ovat:

1. Mitkä kristillisen etiikan näkemykset ja millainen ihmiskäsitys ohjaavat kuolevan potilaan hoitotyössä tehtäviä valintoja ja ratkaisuja?
2. Miten kyseiset eettiset näkemykset näkyvät hoitajien kohtaamissa eettisissä haasteissa ja hoitajien käsityksissä eettisesti oikeasta toiminnasta?

Ensimmäiseen kysymykseen etsitään vastausta vertaamalla kristillistä etiikkaa koskevaa teoreettista viitekehystä esimerkiksi sairaanhoitajien eettisiin ohjeisiin. Kysymykseen tarjoutuva vastaus toimii myös pohjana toisen kysymyksen tarkastelulle. Toista kysymystä puolestaan käsitellään tarkastelemalla opinnäytetyöhön valikoitunutta aineistoa, joka käsittelee hoitajien kohtaamia eettisiä haasteita.

### 3 KUOLEVAN POTILAAN HOITOTYÖ

Opinnäytetyöni käsittelee kuolevan potilaan hoitotyötä, joten on tärkeää määritellä, mitä tässä yhteydessä tarkoitetaan käsitteellä ”kuoleva potilas”. Kuolevan potilaan hoitotyötä on vaikeaa rajata ajallisesti, koska jokaisen potilaan tilanne on yksilöllinen, eikä jäljellä

olevan eliniän tarkka ennustaminen usein ole mahdollista. Seuraavaksi määrittelen opinnäytetyöni kannalta keskeisiä kuolevan potilaan hoitotyöhön liittyviä käsitteitä.

### 3.1 Kuoleva potilas

Elämän loppuvaiheen hoito voi koskea hyvin monenlaisia potilaita, ja hoidon kesto voi vaihdella tapausten välillä suuresti. Tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan kuolevan potilaan hoitotyöllä hoitotyötä, jossa potilaan odotettavissa oleva elinaika mitataan korkeintaan kuukausissa. Rajausta puoltaa esimerkiksi nyrkkisääntö, jonka mukaan elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelmalle on tarvetta, jos potilaan kuoleminen vuoden sisällä ei hämmästyttäisi lääkäriä (Lehto ym., 2019). Tällainen rajaus mahdollistaa erilaisten kuolevaa potilasta koskevien eettisten haasteiden käsittelyn kattavammin kuin esimerkiksi pelkkien saattohoidossa olevien potilaiden tarkastelu, mikä on tämän opinnäytetyön tutkimuskysymysten kannalta mielekästä. Myös eräät aihepiiristä aiemmin laadittujen opinnäytetöiden tekijät ovat päätyneet vastaavanlaiseen ratkaisuun; esimerkiksi Ryösa ym. (2016, s. 7) toteavat, etteivät halunneet rajata tarkasteluaan liian kapeasti esimerkiksi saattohoitopäätöksen saaneisiin potilaisiin, ja Liikala (2013, s. 8) käyttää samankaltaista määritelmää.

Toisaalta on tutkimuskysymysten kannalta perusteltua rajata elinajan odote kuukausiin, vaikka palliatiivinen hoito voi sairaudesta ja yksilöstä riippuen jatkua jopa useiden vuosien ajan. Tällä rajauksella pyritään siihen, etteivät käsittelyssä olevat tapaukset ole keskenään liian erilaisia tämän opinnäytetyön laajuuteen nähden. Englanniksi käytetään muun muassa termiä ”end-of-life care”, jolla viitataan yleensä hoitoon, joka tapahtuu viimeisten 12 kuukauden aikana ennen oletettua kuolemaa (National Institute for Health and Care Excellence, 2011). Vaikka aineistossa käsitellään monenlaisia esimerkkejä kuolevan potilaan hoitotyöstä, tämä elämän loppuvaiheen hoidon määritelmä kuvaa tutkimuksen näkökulman rajausta varsin hyvin.

### 3.2 Palliatiivinen hoito ja saattohoito

Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan palliatiivinen hoito on hoitoa, jolla tähdätään henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan potilaan ja hänen omaistensa elämänlaadun parantamiseen, ja jonka tavoitteena on kärsimyksen estäminen ja lievittäminen (WHO, 2020). Hännisen ja Anttosen (2008, s. 27) mukaan WHO määrittelee palliatiivisen hoidon toteutuvan siinä vaiheessa, kun potilaan sairastamaa tautia ei enää pystytä parantamaan; WHO:n tuoreemmassa palliatiivista hoitoa koskevassa kuvauksessa tosin mainitaan, että myös parantamaan tähtäävän hoidon kuten kemoterapian rinnalla voidaan toteuttaa palliatiivista hoitoa, joka siis tähtää kärsimyksen lievittämiseen (WHO, 2020).

Palliatiivisia hoitomenetelmiä voidaan siis käyttää ja käytetään myös parantavien hoitojen yhteydessä ja myös muiden kuin kuolevien potilaiden hoidossa. Yleensä palliatiivisen hoidon käsitettä kuitenkin käytetään, kun viitataan parantumattomasti sairaan potilaan oireenmukaiseen hoitoon; myös tämä opinnäytetyö käyttää käsitettä tässä merkityksessä. Palliatiivinen hoitolinja ei ole sidottu elinaikaennusteeseen ja voi tarvittaessa toimia parantumattomasti sairaan potilaan hoitolinjana useita kuukausia tai vuosia (Lehto ym., 2019).

Saattohoito on palliatiivisen hoidon osa, joka ajoittuu kuoleman oletetun ajankohdan lähelle (Grönlund & Huhtinen, 2011, s. 77). Saattohoidon alussa tehdään erityinen saattohoitopäätös, jonka tekee hoitava lääkäri, mahdollisuuksien mukaan yhteistyössä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Päätöksentekoon osallistuu myös muita potilaan hoitoon osallistuvia terveydenhuollon ammattilaisia. Sairaanhoidajalla on päätöksenteossa paitsi hoitotyön asiantuntijan myös potilaan hoidon toteuttajan rooli. Päätöksen tekemisen jälkeen tulisi laatia hoitosuunnitelma, josta käyvät ilmi suunnitelman toteuttamisedellytykset, hoidon seuranta ja arvio hoidon vasteesta. (Hänninen & Anttonen, 2008, s. 26.)

Palliatiiviselle hoidolle ja saattohoidolle on laadittu oma Käypä hoito -suosituksensa (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2019) joka on päivitetty viimeksi vuonna 2019. Aihe on siis opinnäytetyön laatimishetkellä suomalaisessa yhteiskunnassa ajankohtainen ja keskustelua herättävä.

### 3.3 Hoitolinjaukset, hoidon rajaukset ja hoitotahto

Saattohoitopäätöksen yhteydessä määritellään potilaan hoidossa käytettävä hoitolinjaus, josta käy ilmi hoidon ensisijainen tavoite; esimerkiksi palliatiivisen hoitolinjauksen päätavoitteena on oireiden lievittäminen ja elämänlaadun ylläpitäminen. Linjauksen määrittelemisen kertoo, mitkä toimenpiteet suljetaan potilaan hoidossa pois (hoidon rajaukset), mutta myös millaista hoitoa potilaalle tulee suunnitelman mukaan tarjota. (Lehto ym., 2019, s. 338.) Hoitolinjausta tehtäessä lääkärin on kartoitettava potilaan yksilöllinen kokonaistilanne, ja tarvittaessa aiemmin tehty hoitolinjaus voidaan lääketieteellisin perustein myös perua (Tyynelä-Korhonen, 2019).

Kuolevan potilaan hoitolinjojen laatimiseen kuuluvat olennaisena osana hoidon rajaukset eli niiden hoitomuotojen määrittely, joita potilaan hoidossa ei enää käytetä. Yleisimpiä hoidon rajauksia on elvyttämättäjäätämispäätös (DNR eli ”Do Not Resuscitate”). Päätöksellä suljetaan pois elvytys, kun elvytyksen mahdollinen hyöty katsotaan olemattomaksi siitä aiheutuneeseen kärsimykseen ja haittaan verrattuna. Muut hoidon rajaukset voivat koskea esimerkiksi hoitopaikkasiirtojen välttämistä, ja erityisesti saattohoitovaiheessa ravitsemus- ja nesteytyshoidon sekä mikrobilääkehoidon lopettamista. (Lehto ym., 2019.)

Saattohoitopäätökseen sisältyvät hoitolinjaukset ovat yksilöllisiä ja potilaan tarpeisiin perustuvia, ja niitä tulee arvioida tilannekohtaisesti. Mikäli seurannassa havaitaan merkittäviä muutoksia esimerkiksi potilaan tilassa tai elinaikaennusteessa,

saattohoitopäätöstä on mahdollista muuttaa vastaamaan potilaan tilannetta ja ennustetta. (Hänninen & Anttonen, 2008, s. 26–27.)

Periaatteessa rajanveto palliatiivisen hoidon ja saattohoidon välillä on selkeää, koska saattohoito perustuu erilliseen saattohoitopäätökseen; palliatiivinen hoito siis muuttuu saattohoidoksi saattohoitopäätöksen myötä. Käytännössä palliatiivinen hoito ja saattohoito ovat kuitenkin saman jatkumon osia: molemmilla tähdätään kivun ja muun kärsimyksen lievittämiseen, kun sairauden parantaminen ei ole enää mahdollista. Parantumattomasti sairas potilas voi elää palliatiivisen hoidon varassa vuosia, ja vasta kuoleman selkeästi lähestyessä tehdään saattohoitopäätös. Aivan elämän loppuvaiheessa tehtävät saattohoidon hoitoratkaisut ja -rajaukset voivat olla selkeämmin elämän päättymiseen liittyviä kuin palliatiivisen hoidon, kun esimerkiksi ravitsemus- tai nesteytyshoidon lopettaminen saattaa tulla ajankohtaiseksi (Lehto ym., 2019).

Kuolevan potilaan hoitotyöhön liittyviin käsitteisiin kuuluu myös hoitotahto. Hoitotahto on juridisesti sitova vakaa tahdonilmaisu, jossa ihminen tuo ilmi omassa tulevassa hoidossaan noudatettavat hoitolinjat. Kun potilaan hoitotahto on tiedossa ja tahdon pitävyydestä voidaan olla riittävän varmoja, lääkäri voi soveltaa potilaan ilmaisemaa tahtoa käytäntöön tilanteessa, jossa potilas ei itse voi ilmaista kantaansa hänelle annettavaan hoitoon. (Grönlund & Huhtinen, 2011, s. 21–22.)

Elämän loppuvaiheen hoito ja sitä koskevat linjaukset ovat yksilöllisiä. Ratkaisuihin vaikuttaa sairauden pahanlaatuisuuden aste sekä se, kuinka pitkälle tauti on edennyt (Hänninen & Anttonen, 2008, s. 23). Koska tavoitteena on mahdollisimman hyvän elämänlaadun ylläpitäminen, hoidossa on lisäksi diagnoosista ja ennusteesta riippumatta huomioitava potilaan yksilölliset ominaisuudet, tarpeet ja toiveet. Kuolevan potilaan hoitotyössä kohdattavien eettisten kysymysten kannalta tämä asettaa hoitajille lisähaasteita.

Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset ovat jo itsessään vaikeasti ratkaistavia, ja kun jokaisen potilaan tilanne on omanlaisensa, on hankalaa soveltaa yksittäiseen tapaukseen

valmiita käytäntöjä. Tästäkin syystä hoitajan tulee osata tunnistaa ja pohtia eettisiä haasteita: kun valmiita oppikirjaratkaisuja ei juuri ole, on tärkeää osata etsiä käsillä olevaan ongelmaan parasta mahdollista yksilöllisesti räätälöityä ratkaisumallia.

### 3.4 Kuolevan potilaan hoitoon liittyvät lait ja suositukset

Kuolevan potilaan hoitoon ja kuolemaan liittyy lukuisia lakeja, säädöksiä ja sopimuksia, jotka määrittävät niin potilaan oikeuksia kuin hoitohenkilöstön velvoitteitakin. Lainsäädäntö on kuvattu liitteessä 1.

Varsinaisen lainsäädännön lisäksi Suomessa on julkaistu elämän loppuvaiheen hoitoa koskevia tutkimuksia ja suosituksia. Tällaisia ovat esimerkiksi palliatiivisen hoidon ja saattohoidon Käypä hoito -suositus (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2019) sekä suositus palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamis- ja laatukriteereistä (Saarto & asiantuntijaryhmä, 2017). Suosituksilla pyritään takaamaan yhdenvertainen oikeus laadukkaaseen elämän loppuvaiheen hoitoon koko maassa.

Sosiaali- ja terveysministeriön (2019) palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportissa ”Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa” sekä kuvataan palliatiivisen hoidon nykytilaa että annetaan suosituksia palveluiden kehittämiseksi. Suosituksessa muun muassa korostetaan kaikkien oikeutta tarvitsemaansa palliatiiviseen hoitoon, tuodaan esille erilaisia palliatiivisessa hoidossa havaittavia ilmiöitä ja puutteita, nimetään erityisiä kehittämistarpeita sekä esitetään ehdotuksia hoidon laatukriteereiksi.

Suosituksille voidaan juuri julkaisuaikanaan katsoa olleen kysyntää useasta eri syystä. Suomalaiset elävät yhä vanhemmiksi, ja siten myös kuolevat potilaat ovat entistä vanhempia; iäkkäiden potilaiden hoitoon liittyvän tiedon ja ohjeistuksen tarve on siis lisääntynyt. Lisäksi Sosiaali- ja terveysministeriön (2019) suosituksessa käsitellään

myös esimerkiksi vammaisten henkilöiden palliatiivista hoitoa sekä kielen ja kulttuurin merkitystä hoidon toteuttamisessa. Kiinnostus ja tietoisuus erilaisia vähemmistöidentiteettejä ja vähemmistöjen edustajien erityistarpeita kohtaan on lisääntynyt, ja tästä näkökulmasta on ymmärrettävää että vähemmistöjä koskevat kysymykset pyritään uusissa suosituksissa ottamaan huomioon.

Vaikka iäkkäiden erityiskysymykset saavat suosituksessa runsaasti huomiota johtuen ikäihmisten suuresta edustuksesta kuolevien potilaiden joukossa, Sosiaali- ja terveysministeriön suositus kuvastaa kattavasti palliatiivisen hoidon kokonaiskuvaa: kuolevia potilaita on kaikissa ikäryhmissä. Myös heidän terveydelliset, kognitiiviset, kielelliset ja kulttuurilliset ominaisuutensa ja tarpeensa ovat monenkirjavia.

Hoitotyön etiikka on läheisesti kytköksissä hoitotyötä ja lääketiedettä koskevaan lainsäädäntöön, mutta aina laki ja etiikka eivät kohtaa. Erityisen haastavia voivatkin olla sellaiset tilanteet, joissa moraalisesti oikeaksi katsottu toiminta ei ole laillista, tai lain vaatimalla tavalla toimiminen sotii moraalitajua vastaan (Schwarz, 2006, s. 152). Vaikka hoitotyötä ja potilaan oikeuksia koskevan lainsäädännön tunteminen on olennaista, hoitotyön eettiset haasteet eivät siis ratkea yksistään tarkalla lainsäädännön noudattamisella.

Hänninen (2013, s. 32) muistuttaa, että saattohoitoon liittyvän hoitojen lopettamisen tai aloittamatta jättämisen tulee perustua yhteisesti sovittuihin periaatteisiin. Näin pyritään takaamaan, etteivät nämä potilaan kannalta merkittävät päätökset ole mielivaltaisia tai potilaan edun vastaisia. Yhteisiin periaatteisiin sitoutuminen turvaa myös kuolevien potilaiden yhdenvertaisuutta. Toisaalta kuten luvussa 3.3 todettiin, saattohoitopäätöksen hoitolinjausten tulee olla yksilöllisiä ja perustua potilaan senhetkisiin tarpeisiin, joten hoitolinjauksiin sisältyy myös paljon potilas- ja tilannekohtaista harkintaa. Mahdolliset yhteisten periaatteiden ja potilaan yksilöllisten tarpeiden kannalta parhaan toimintatavan väliset ristiriidat ovatkin yksi niistä tekijöistä, joiden vuoksi kuolevan potilaan hoitotyö on eettisesti erityisen haastavaa.



## 4 KUOLEMA, ETIIKKA JA KRISTINUSKO

Hoitotyössä elämää ja kuolemaa koskevat eettiset kysymykset eivät ole vain filosofista pohdintaa. Työssä tulee vastaan todellisia kuolemaan liittyviä tilanteita, joissa hoitajan toiminnalla on käsinkosketeltavia seurauksia. Siksi kuolevan potilaan hoitotyön etiikkaan liittyy erityispiirteitä, joita monet muut ammattiryhmät eivät työssään yleensä kohtaa.

Elämän ja kuoleman kysymyksiin vastataan eri tavoin myös eri uskonnoissa. Esimerkiksi kristillisestä etiikasta puhuttaessa on tärkeää tuntea erilaisten eettisten kantojen taustalla olevat teologiset perustelut. Näin on mahdollista ymmärtää, millaisin perustein kristinusko hyväksyy tai torjuu tietynlaisen toiminnan, ja sitä kautta myös arvioida, miten kristillisen etiikan näkemyksiä tulisi soveltaa uudenaikaisissa tilanteissa.

### 4.1 Kuolevan potilaan hoitotyöhön liittyvät eettiset kysymykset

Teknologian kehitys on mahdollistanut elämän pitkittämisen ennennäkemättömässä mittakaavassa. Samalla elämän pitkittämisestä on usein tullut käytännössä vaatimus, kun *mahdollisuus* lykätä kuolemaa nähdään *velvollisuutena* toimia näin (Schwarz, 2006, s. 151). Hänninen (2013, s. 32) toteaa, että kuoleamisen ajanjaksona pidettävä aika on pidentynyt, ja että kehittyneen lääketieteellisen hoidon ansiosta saattohoidon tarve on kasvanut.

Eettisessä päätöksenteossa joudutaan pohtimaan, millainen toiminta on tietyssä tilanteessa ”oikein” toimimista. Hoitotyössä eettisesti haastavia ovat usein tilanteet, joissa potilaan hyväksi toimiminen väistämättä aiheuttaa myös sellaista haittaa, jota itsessään pyritään välttämään (Schwarz, 2006, s. 151). Potilaan kärsimyksen lievittäminen saattaa esimerkiksi lyhentää hänen odotettavissa olevaa elinikäänsä.

Toisaalta Hännisen (2013, s. 32) mukaan elämän loppuvaiheessa elämää ylläpitävä hoito voi olla ristiriidassa hyvän saattohoidon kanssa.

Toinen kuolevaa potilasta koskettava eettinen haaste liittyy itsemääräämisoikeuteen. Kuolevan potilaan hoitotyössä voidaan joutua tilanteisiin, joissa lääketieteen tai hoitotyön kannalta oikeana pidetty toiminta on ristiriidassa potilaan toiveiden kanssa. Voidaan myös joutua tilanteeseen, jossa potilas ei voi ilmaista tahtoaan, ja joudutaan pohtimaan, onko esimerkiksi tiettyjen hoitotoimien tekeminen tai tekemättä jättäminen eettisesti oikein ilman potilaan kykyä antaa asiaan suostumuksensa.

Nykyajan eettinen haaste niin kuolevan potilaan hoitotyössä kuin hoitotyössä yleensä on rajallisten resurssien, kuten rahan ja ajan, kohdentaminen. Yhtäältä jokaisella potilaalla on oikeus hyvään elämän loppuvaiheen hoitoon, mutta toisaalta kaikki potilaat ansaitsevat hoitoa. Hoitopaikkojen, henkilöstön ja muiden resurssien jakaminen mahdollisimman hyvän hoidon takaamiseksi mahdollisimman monelle on jatkuva haaste, joka johtaa usein eettisesti vaikeisiin tilanteisiin. Vaikka rajallisiin resursseihin liittyvät eettiset haasteet ovat yhteiskunnallisia ja sosiaalipoliittisia kysymyksiä, jotka eivät suoraan ole yksittäisen hoitajan ratkaistavissa, niihin liittyvät käytännön ongelmat tulevat hoitajan arjessa usein vastaan.

Haastavia eettisiä tilanteita ovat myös sellaiset, joissa hoitoon osallistuvien mielipiteet eroavat ratkaisevasti toisistaan. Erityisen ongelmallisia voivat olla tilanteet, joissa potilaan toiveiden noudattaminen rikkoo yleistä hoitotyön etiikkaa, esimerkiksi kun potilas kieltäytyy hänelle perustellusti tarjotuista parantavista hoidoista. Toisaalta voidaan joutua myös tilanteeseen, jossa eettisten periaatteiden noudattaminen rikkoo potilaan omaa tahtoa. Lisäksi potilaan ja hänen omaistensa näkemykset voivat ratkaisevasti erota toisistaan; tämä asettaa eettisiä haasteita erityisesti silloin, kun potilaan kognitiivinen tila, muistiongelmat tai mielenterveyssyyt antavat syytä epäillä, että hänen harkintakykynsä saattaa olla puutteellinen.

## 4.2 Kristinusko ja etiikka

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan sitä, miten kristillinen etiikka ja kristinuskon ihmiskäsitys heijastuvat hoitotyön eettisiin haasteisiin erityisesti kuolevan potilaan hoitotyössä. Tässä luvussa siis esitellään kristillisen etiikan pääpiirteitä etenkin elämää ja kuolemaa sekä kärsimystä koskevien kysymysten osalta. Lisäksi kuvataan kristillisen ihmiskäsityksen keskeisiä tekijöitä kuvailemalla kristinuskon käsitystä muun muassa ihmisarvosta, ihmisyyksilön merkityksestä ja elämän luonteesta.

Etiikkaan liittyvät oikean ja väärän kysymykset ovat askarruttaneet ihmisiä kaikkialla maailmassa kaikkina aikoina. Vaikka valtaosa uskonnoista jakaa tietyt perustavanlaatuiset käsitykset siitä, millainen toiminta on oikeaa tai väärää, eri uskonnoilla ja elämäntavomuksilla on hieman erilaisia näkemyksiä hyvästä ja pahasta. Tämä näkyy myös eri uskontojen edustajien näkemyksissä hyvästä elämän loppuvaiheen hoitotyöstä (Zamer & Volker, 2013). Lisäksi ihmiskäsitys sekä näkemys yksilön ja yhteisön suhteesta ovat eri kulttuureissa erilaisia: yleistäen voidaan sanoa, että länsimaisissa kulttuureissa korostetaan yksilöä ja yksilönvapautta, kun taas esimerkiksi itäisessä kungfutselaisessa perinteessä yhteisö nostetaan yksilön edelle (ETENE, 2011, s. 18). Erilaiset opilliset näkemykset ja ihmiskäsitykset johtavat siihen, että eri uskonnot pitävät erilaisia asioita oikeina tai väärinä ja myös perustelevat eettisiä kantojaan eri tavoin.

Etiikkaa ja moraalialia sekä ylipäättään oikeaa ja väärää koskevia pohdintoja pidettiin pitkään erityisesti uskontoihin liittyvinä kysymyksinä. Edelleen voidaan kohdata keskustelua siitä, voiko uskonnoton ihminen olla moraaliltaan korkeatasoinen. Nykyään uskonnon ja moraalialin suhdetta ei enää kuitenkaan yleisesti pidetä näin erottamattomana, eikä uskonnollisuutta yleensä nähdä korkean moraalialin vaatimuksena. (Ward, 2002, s. 19.) Kristillisen etiikan erityisluonteen voi ajatella pohjautuvan siihen liittyviin eettisiin taustaoletuksiin eli siihen, miksi kyseisen etiikan teorian näkökulmasta ihmisen tulisi olla moraalialinen. Kristillisen etiikan tapauksessa nämä taustaoletukset siis ovat

kristinuskon oppeja, jotka toimivat perustana kristinuskon näkökulmasta moraalisesti oikealle toiminnalle. (Hallamaa, 1994, s. 90–91.)

Sekä kristillisen etiikan sisällöstä että koko käsitteen määritelmästä voidaan keskustella. Voidaan jopa kysyä, onko olemassa erillistä kristillistä etiikkaa, kun etenkin luterilaisen perinteen mukaan ihmisellä on synnynnäisenä ominaisuutenaan luonnollinen moraalitaju (Hallamaa, 1994). Tässä opinnäytetyössä kristillisellä etiikalla kuitenkin tarkoitetaan kristinuskossa esitettäviä käsityksiä ja opetuksia oikeasta ja väärästä sekä niiden kristillisen opetuksen mukaisista perusteluista. Esimerkiksi erityisen kristillisen etiikan olemassaolo tai kristillisen etiikan ja dogmatiikan keskinäinen suhde ovat sinänsä tarkastelun arvoisia kysymyksiä, jotka kuitenkin jäävät tämän opinnäytetyön ulkopuolelle.

Koska kristinuskon on lukemattomiin eri kirkkokuntiin haarautunut maailmanuskonto, eri kirkoilla on luonnollisesti erilaisia tapoja tulkita ja painottaa kristinuskon eri oppeja. Tässä opinnäytetyössä kristillistä etiikkaa käsitellään mahdollisimman yleiskristillisesti siitä näkökulmasta, mitä kristillinen etiikka ajattelee tietystä eettisestä ongelmasta verrattuna johonkin toiseen uskontoon. Jos käsitykset jonkin eettisen kysymyksen kohdalla vaihtelevat eri kirkkojen välillä suuresti, tässä työssä keskitytään protestanttisen perinteen näkemukseen. Tämä rajaus johtuu siitä, että opinnäytetyön tarkoituksena on tarkastella kristillisen etiikan ja hoitotyön etiikan välistä suhdetta erityisesti Suomessa, joka on vuosisatoja kuulunut pääasiassa protestanttisen evankelis-luterilaisen kirkon vaikutuspiiriin.

Etiikkaa ja moraalialia käytetään usein lähes samaa tarkoittavina termeinä. Etiikan voidaan kuitenkin ajatella ensisijaisesti viittaavan eettisten kysymysten eli esimerkiksi oikean ja väärän teoreettiseen tarkasteluun, kun moraalialia puolestaan sisältää etiikan ilmenemisen käytännössä ja ihmisen toiminnassa (esim. Hallamaa, 1994, s. 87). Myös tässä opinnäytetyössä termitä käytetään pääsääntöisesti tällä periaatteella.

### 4.3 Kristillinen etiikka ja ihmiskäsitys

Kristinuskon opetuksen mukaan Jumalan olemukseen ja ominaisuuksiin kuuluu muun muassa ainutlaatuisuus, kaikkivaltius sekä absoluuttinen hyvyys (esim. Pieper, 1946/2010, s. 231–249). Kaikki uskonnot eivät jaa tätä käsitystä jumaluuden perimmäisestä olemuksesta; esimerkiksi diteististen uskontojen oppeihin sisältyy pahantahtoisen jumalan olemassaolo, ja useissa polyteistisissä uskonnoissa jumalat voivat olla erehtyväisiä tai voimiltaan rajallisia (Paper, 2005, s. 139).

Kristilliseen opetukseen perustuvan maailmankuvan taustaoletuksena on siis, että maailman on tietoisesti luonut ja sitä ylläpitää kaikkivaltias ja hyvä Jumala. Lisäksi Jumala on kristinuskon käsityksen mukaan ehdottoman ainutlaatuinen ja edustaa viisauden, rakkauden ja voiman kaltaisia hyveitä absoluuttisen täydellisinä tavalla, jota ihminen tai muut luodut olennot eivät voi saavuttaa (Pieper, 1946/2010, s. 229). Kristinuskon mukaan on selkeästi olemassa sekä oikea että väärä, ja oikea on lähtöisin Jumalasta.

Kristinuskon käsityksen mukaan Jumala on luonut ihmisen omaksi kuvakseen. Toisin sanoen ihminen on hyvästä Jumalasta lähtöisin ja luotu hyväksi. Syntiinlankeemuskertomuksen mukaan ihminen kuitenkin vapaata tahtoaan noudattamalla rikkoi Jumalan tahtoa vastaan, mikä johti karkotukseen paratiisista. (Raamattu, 1992, 1. Mooseksen kirja 1:27; Raamattu, 1992, 1. Mooseksen kirja 3.) Vapaan tahdon kääntöpuolena onkin, että se mahdollistaa Jumalan tahdon vastaisen toiminnan, vaikka ihminen siis kristillisen käsityksen mukaan kuitenkin on pohjimmiltaan Jumalan kuva.

Kristinuskon käsitys oikeasta ja väärästä toiminnasta kiteytyy Kymmeneen käskyyn (Raamattu, 1992, 5. Mooseksen kirja 5), jotka antavat sekä ihmisen ja Jumalan välistä suhdetta että ihmisten keskinäistä toimintaa koskevia määräyksiä ja kieltoja. Vanhan testamentin lukuisat lait ja määräykset koskevat esimerkiksi puhtautta (Raamattu, 1992, 4. Mooseksen kirja 19), pukeutumista (Raamattu, 1992, 3. Mooseksen kirja 19:19;

Raamattu, 1992, 5. Mooseksen kirja 22:5) ja uhraamista (Raamattu, 1992, 3. Mooseksen kirja 19:5–8).

Suuri osa Vanhan testamentin määräyksistä on nykyisessä kulttuuri- ja aikakontekstissamme joko vähämerkityksisiä tai, esimerkiksi kuolemanrangaistuksen ansaitsevien tekojen tapauksessa, jopa yleisen moraalikäsitteen vastaisia. Kristillisen opetuksen mukaan Kristus täyttää Jumalan lain kokonaisuudessaan, eikä kristityiltä siis vaadita Vanhan testamentin lakien noudattamista esimerkiksi rituaaleja, ruoan puhtautta tai etnistä taustaa koskevien määräysten suhteen (McGrath, 2015, s. 47–49). Kymmenen käskyä on kuitenkin pitkälti säilyttänyt asemansa. Sen määräykset muun muassa lepopäivän pyhittämisestä ja vanhempien kunnioittamisesta sekä varastamisen, aviorikoksen ja tappamisen kieltämisestä ovat vaikuttaneet vahvasti länsimaiseen moraalikäsitteeseen ja lainsäädäntöön, ja tämä vaikutus on edelleen nähtävissä.

Raamatussa, erityisesti Uudessa testamentissa, korostuu lähimmäisenrakkaus ja hyvän tekeminen lähimmäiselle eettisenä hyveenä (esim. Raamattu, 1992, Matteuksen evankeliumi 5:43–44; Raamattu, 1992, Luukkaan evankeliumi 10:25–37; Raamattu, 1992, Johanneksen evankeliumi 13:34). Tärkeimpiin eettisiin ohjeisiin kuuluu Kultainen sääntö (Raamattu, 1992, Matteuksen evankeliumi 7:12): ”Kaikki, minkä tahdotte ihmisten tekevän teille, tehkää te heille.” Toinen keskeinen ohje on Rakkauden kaksoiskäsky (Raamattu, 1992, Matteuksen evankeliumi 22:37–39):

[—] Rakasta Herraa, Jumalaasi, koko sydäimestäsi, koko sielustasi ja mielestäsi. Tämä on käskyistä suurin ja tärkein. Toinen yhtä tärkeä on tämä: Rakasta lähimmäistäsi niin kuin itseäsi.

Tiivistettynä kristillisessä etiikassa ja ihmiskäsityksessä siis korostuu ihmisen ja maailman perimmäinen hyvyys, joka pohjautuu Jumalan ehdottomaan hyvyyteen. Toisaalta ihmisyyden leimallinen piirre on myös kaikkien ihmisten erehtyväisyys ja taipumus toimia väärin, siis Jumalan tahdon vastaisesti.

#### 4.4 Kristillinen etiikka ja kuoleva potilas

Kuolevan potilaan hoitotyön kannalta keskeistä on luonnollisesti kristillisen etiikan suhtautuminen elämän ja kuoleman kysymyksiin. Kristillisen etiikan kanta kuolemaan vaikuttaa yksiselitteiseltä: Kymmenen käskyn viides käsky, ”Älä tapa”, ei jätä juuri tulkinnanvaraa eikä tarkenna käskyn soveltamiseksi millään tavalla. Toisaalta Vanha testamentti, erityisesti Mooseksen lait, kuvaavat lukuisia rikkomuksia, joiden oikeudenmukaisena rangaistuksena esitetään kuolema (esim. Raamattu, 1992, 2. Mooseksen kirja 21:29; Raamattu, 1992, 2. Mooseksen kirja 35:2; Raamattu, 1992, 3. Mooseksen kirja 20:9–16).

Tappamiskielto ei siis vaikuta Vanhassa testamentissa olevan ehdoton tai koskevan oikeuden toteutumiseen liitettyä tappamista. Toisin kuin suurin osa Vanhan testamentin moraalii- ja toimintaohjeista Kymmenen käskyä on kuitenkin säilyttänyt asemansa kristillisessä opetuksessa oikeasta ja väärästä, joten ”Älä tapa” -käskyllä voidaan ajatella olevan edelleen painoarvoa kristillisessä etiikassa.

Toinen Kymmenen käskyn sisältämä viite suhtautumisesta elämään ja kuolemaan löytyy neljännessä käskystä, jossa kehoitetaan kunnioittamaan vanhempiaan, jotta ”saisit elää kauan ja menestyisit siinä maassa, jonka Herra, sinun Jumalasi, sinulle antaa” (Raamattu, 1992, 5. Mooseksen 5:16). Pitkä ja menestykseäs elämä esitetään Jumalan myöntämänä palkkiona oikein toimimisesta, eli se siis nähdään sekä tavoittelemisen arvoisena että Jumalan suomena asiana.

Uuden testamentin eettisestä opetuksesta Kultainen sääntö ja Rakkauden kaksoiskäsky ohjeistavat kohtelevaan lähimmäistä niin kuin haluaisi itseään kohdeltavan. Kuolevan potilaan hoitotyössä tämän voi ajatella tarkoittavan, että potilasta hoidetaan samanlaisella myötätunnolla ja potilaan parhaaseen tähtävällä asenteella kuin toivoisi itseään hoidettavan. Yhdessä edellä esitettyjen elämän kunnioittamista painottavien käskyjen kanssa voidaan tulkita, että kuolevan potilaan hoitotyössä kristillinen etiikka

korostaa yhtäältä ihmiselämän arvoa ja varjelemista sekä toisaalta potilaan kärsimyksen lievittämistä ja myötätuntoista kohtaamista.

#### 4.5 Sairaanhoidajan etiikka ja kristillinen etiikka

”Etiikka etsii vastausta kysymykseen, mikä on oikein” (ETENE, 2011, s. 10). Koska objektiivista määritelmää ”oikealle” ei ole, eri etiikan teoriat tarjoavat erilaisia tapoja määritellä toimintaa ”oikeaksi” tai ”vääräksi”. Sairaanhoidajaliitto on julkaissut erityiset sairaanhoidajia (sekä terveydenhoitajia ja kätilöitä) koskevat ammattieettiset ohjeet (Liite 2), jotka on hyväksytty Sairaanhoidajaliiton liittokokouksessa 1996. Liiton mukaan ohjeita päivitetään parhaillaan. (Sairaanhoidajaliitto, i.a.) Tässä opinnäytetyössä keskitytään sairaanhoidajan eettisistä ohjeista erityisesti niihin kohtiin, joka käsittelevät sairaanhoidajan ja potilaan välistä suhdetta.

Vaikka etiikan teorioita ja koulukuntia on lukuisia, muutama niistä on vaikuttanut länsimaisen moraalietiikan kehitykseen erityisen paljon. Esimerkiksi moraaliajatteluun antiikin ajoista lähtien vaikuttaneessa Aristoteleen hyve-etiikassa oikein toimiminen liittyy pelkkien yksittäisten hyvien tekojen sijasta yleisluontoisemmin hyveiden kehittämiseen sosiaalisessa yhteisössä tapahtuvassa toiminnassa. Antiikin ajan hyveitä olivat muun muassa viisaus ja kohtuullisuus; hyve-etiikan mukaan ”hyvä” toiminta siis on sellaista, joka ilmentää näitä hyveitä. 1700-luvulla kehittynyt utilitaristinen oppisuunta taas pitää ”oikeana” toimintana sellaista, joka tuottaa mahdollisimman paljon hyvää mahdollisimman suurelle määrälle ihmisiä. Utilitarismissa keskeistä ovat toiminnan seuraukset ja niiden eettinen ja moraalinen hyväksyttävyyys. Kantilainen velvollisuusetiikka puolestaan katsoo moraalisesti hyväksyttäväksi sellaiset teot, jotka ovat hyväksyttäviä myös jonkun toisen henkilön tekemänä tai johonkin toiseen henkilöön kohdistuvina. (ETENE, 2011, s. 12–13.)

Karlsson ym. (2010, s. 225), kuvaavat, kuinka Ofstadin (1961) mukaan eettinen päätöksenteko voi olla joko matalan (”low-integrated”) tai korkean (”high-integrated”)



integraatiotason päätöksentekoa: matala taso on yksinkertaisempaa ja yleismaailmallisempaa, kun taas korkean tason integroidut päätökset perustuvat myös päätöksentekijän henkilökohtaisiin arvoihin ja ominaisuuksiin. Eettinen päätöksenteko on myös tunnepitoinen tilanne, ja ammatillinen päätöksenteko vaatiikin tiettyä omista tunteista erkaantumista (Ulrich, 2012, s. 18–19). Täysin tunteista vapaa puolueettomuus ei kuitenkaan ole inhimillisesti mahdollista, joten eettisiin päätöksiin vaikuttavat väistämättä ainakin jossain määrin myös päätöksentekijän näkemykset, kokemukset ja tunnereaktiot.

Elämä ja kuolema ovat ihmisyyden perimmäisiä kysymyksiä, ja kuolevan potilaan hoitotyössä voidaankin kohdata monenlaisia eettisesti haastavia tilanteita. Ongelmallisia ovat yleensä sellaiset tilanteet, joissa pitäisi toteuttaa monta sinänsä hyvänä pidettyä asiaa yhtä aikaa, mutta tämä ei jostain syystä ole mahdollista. Tällöin joudutaan punnitsemaan eri tavoitteita ja yleensä luopumaan osasta, jotta toiset voivat toteutua. (ETENE, 2011, s. 9.)

Kuten edellä esitellyt etiikan teoriat osoittavat, eettisesti oikea toiminta voi tarkoittaa eri ihmisille tai eri etiikan koulukunnille hyvin erilaisia asioita. Saman eettisen ongelman kohdalla voidaan päätyä keskenään täysin erilaisiin, mutta eettisesti perusteltuihin ratkaisuihin: esimerkiksi hyve-etiikan käsitys eettisesti oikeasta toiminnasta on erilainen kuin utilitarismin, ja näiden koulukuntien seuraajat voivat suosittaa samassa tilanteessa kokonaan erilaista ”eettisesti oikeaa” toimintaa. Myös eri uskontokuntien käsitykset eettisestä toiminnasta poikkeavat keskenään: vaikka eri uskontojen käsityksissä oikeasta ja väärästä on yhtäläisyyksiä, näkemykset esimerkiksi yksilön ja yhteisön hyvän keskinäisestä painoarvosta tai tilannekohtaisten tekijöiden merkityksestä vaihtelevat.

## 5 MENETELMÄ JA AINEISTO

Opinnäytetyöni menetelmänä on integroiva kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jonka kirjallisuus on valittu implisiittisesti ja tutkimuskysymyslähtöisesti. Aineiston valintaan ovat vaikuttaneet niin tutkimuksen alussa määritellyt tavoitteet, teoreettisessa viitekehyksessä esiin nousseet seikat kuin opinnäytetyön aihetta käsittelevien artikkelien saatavuus ja saavutettavuuskin.

### 5.1 Integroiva kuvaileva kirjallisuuskatsaus menetelmänä

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on laadullinen kirjallisuuskatsauksen muoto. Tarkastelun kohteena on tutkittavana olevaa ilmiötä koskeva kirjallisuus, mutta aineiston valintaa tai tutkimuskysymyksiä ei ole rajattu tarkkojen metodisten rajausten kautta. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen alalajeiksi luetaan narratiivinen ja integroiva kirjallisuuskatsaus. Näistä integroiva menetelmä soveltuu aineiston laaja-alaiseen ja kriittiseen tarkasteluun sekä uuden tutkimustiedon tuottamiseen. Integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan samassa tutkimuksessa tarkastella myös metodeiltaan keskenään erilaisia tutkimuksia. (Salminen, 2011, s. 6–8.)

Tämän opinnäytetyön tarpeisiin integroivan kirjallisuuskatsauksen voi arvioida soveltuvan hyvin, koska tutkimuskysymykset koskevat eri aihepiirejä, esimerkiksi kristillistä etiikkaa ja ihmiskäsitystä sekä hoitajan oikeuksia ja velvollisuuksia kuolevan potilaan hoitotyössä. Näitä aihepiirejä käsittelevät tutkimukset ja kirjallisuus voivat olla keskenään varsin erilaisia. Lisäksi tutkimuskysymyksiin voi löytyä vastauksia myös sellaisista elämän loppuvaiheen hoitoa koskevista tutkimuksista, joiden ensisijainen tarkoitus ei ole ollut tarkastella eettisiä haasteita. Tutkimusmenetelmä ei siis rajaa käytettävää aineistoa esimerkiksi muotonsa osalta kovin tiukasti.

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmä soveltuu tutkittavan aiheen laajaan ja monipuoliseen laadulliseen tarkasteluun, mikä on tämän tutkimuksen aiheen ja tutkimuskysymysten kannalta suotavaa ja tarpeellista. Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin vastaaminen vaatii aineiston kriittistä laadullista arviointia. Tähän tarkoitukseen menetelmä, joka mahdollistaa aineiston laaja-alaisen laadullisen tarkastelun, on hyvin soveltuva.

Vaikka tämän opinnäytetyön tutkimusprosessi ja siinä käytettävä teoreettinen viitekehys on kuvattu ja perusteltu, kaikessa laadullisessa tutkimuksessa analyysivaiheessa esiin nostettaviin näkökohtiin ja niistä tehtäviin johtopäätöksiin vaikuttaa väistämättä tutkimuksen tekijän yksilöllinen näkökulma. Tämä on otettava tutkimuksen tulosten esittelyn yhteydessä huomioon, jotta käy selkeästi ilmi, miten tutkija on päätenyt juuri kyseisiin tuloksiin ja niistä tekemiinsä tulkintoihin.

## 5.2 Aineiston valinta ja analysointi

Tutkimusaineiston valinnassa on otettava huomioon tutkimuksessa käytettävän menetelmän luonne. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on tarjota tutkittavasta ilmiöstä laaja-alainen yleiskatsaus. Integroiva katsaus puolestaan on kuvailevan kirjallisuuskatsauksen alalaji, jonka avulla aineistoa voidaan tarkastella ja arvioida kriittisesti, eikä aineistoa ole tarpeen seuloa yhtä tiukasti kuin esimerkiksi systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmää käytettäessä. Tutkimusmateriaalin kriittinen arviointi on keskeinen osa integroivaa kirjallisuuskatsausta. (Salminen, 2011, s. 6–8.)

Tämän opinnäytetyön tutkimusaineisto on valittu implisiittisesti. Aineiston valintaprosessi on siis vapaampi ja vähemmän tarkkarajaisesti etukäteen määritelty kuin eksplisiittisesti toteutetussa materiaalin valinnassa, jossa esimerkiksi aineiston mukaanotto- ja poissulkukriteerit määritellään tarkasti (Kangasniemi ym., 2013, s. 295–296).

Implisiittisessä aineistonvalintaprosessissa aineistoa tai sen valintakriteerejä ei rajata tai määritellä etukäteen tiukasti. Lähestymistapa on sopiva tämän opinnäytetyön kaltaiseen tutkimukseen, koska tarkoituksena on tarkastella erilaisia kuolevan potilaan hoitotyöhön liittyviä eettisiä haasteita. Aineistoon soveltuvan tutkimuksen ei tarvitse eksplisiittisesti tarkastella kuolevan potilaan hoitotyön etiikkaa, vaan keskeistä on se, että tutkimuksessa nousee esille sellaisia kuolevan potilaan hoitotyön etiikkaan liittyviä haasteita, jotka ovat tämän opinnäytetyön tutkimuskysymysten kannalta kiinnostavia.

Sopivan aineiston kokoamiseksi on siis tarkoituksenmukaista määritellä aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit tiedonhakuvaiheessa melko löyhästi, koska soveltuvia tutkimuksia voi löytyä melko monilla eri hakukriteereillä. Tässä opinnäytetyössä inhimillinen harkinta on lopullisen aineiston valinnan tekemiseen käyttökelpoisempi työkalu kuin tarkasti etukäteen määritellyt hakutermit, koska tutkimus on luonteeltaan kuvailevaa ja tulkitsevaa.

Tutkimuskysymysten monitahoisuuden vuoksi on mielekäästä koostaa tutkimusaineisto niin, että aihepiiriä koskevasta kirjallisuudesta ja tutkimuksista valitaan tutkimuskysymysten johdattamina sellaiset, jotka palvelevat tutkimuksen tarkoitusta. Kirjallisuuskatsaukseen valitun aineiston valintaperusteena on siis implisiittisesti soveltuvuus tutkimuskysymyksiin vastaamiseen. Kunkin kirjallisuuskatsaukseen valittavan tutkimuksen valintaperusteet ja soveltuvuus tuodaan tutkimuksessa avoimesti julki.

Implisiittinen aineistonvalintaprosessi tarkoittaa, että aineistoa tai sen valintakriteerejä ei rajata tai määritellä etukäteen tiukasti. Aineistoa on siis mahdollista muokata, laajentaa tai karsia tutkimuksen edetessä sen mukaan, mitä opinnäytetyön teemaa koskevaa taustamateriaalia tai tutkimusaineistoa on tarpeen syventää.

Aineiston hakuprosessissa käytettiin ProQuest Health Research Premium Collection-, DOAJ (Directory of Open Access Journals)- sekä Medic -tietokantoja. ProQuest Health

Research Premium on terveystietokanta, jonka kautta on saatavilla kymmeniätuhansia kokotekstisiä terveystietokannan tutkimusartikkeleita ja muita tekstejä arvostetuista alan julkaisuista (ProQuest, i.a.). Vuonna 2003 Ruotsissa perustettu DOAJ on riippumaton yhteisövetoinen tietokanta, joka tarjoaa pääsyn noin 12 000:een eri tieteenaloja edustavaan julkaisuun (DOAJ, 2020). Suomalainen vuonna 1978 perustettu Medic-tietokanta sisältää yli 120 000 viitettä terveystieteellisistä ammatti- ja tiedejulkaisuista, kirjoista, opinnäytetöistä ja raporteista (Helsingin yliopiston kirjasto, i.a.). Aineiston haussa käytettiin hakusanoja ”kuolevan hoitotyö”, ”palliativinen”, ”palliative”, ”saattohoito”, ”hospice”, ”end-of-life”, ”nursing” ja ”Finland”.

Sopivien tietokantojen hakuja sekä täydentäviä viitekehys- ja tutkimuskirjallisuuden hakuja suoritin Diakonia-ammattikorkeakoulun Finna-hakukokonaisuudella. Finnan kautta on mahdollista selata ja käyttää paitsi Diakin kirjaston materiaaleja myös verkosta löytyviä aineistoja, joihin korkeakoulun opiskelijoilla ja henkilökunnalla on käyttöoikeus (Finna, i.a.).

### 5.3 Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Hakuprosessin alussa määrittelin kriteerit, joiden mukaan arvioin hakujen kautta löytämiäni artikkeleiden soveltuvuutta tutkimukseeni. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

| SISÄÄNOTTOKRITEERIT                        | POISSULKUKRITEERIT   |
|--|--|
| kieli suomi, englanti tai ruotsi           | ei tuo esille eettisiä näkökohtia opinnäytetyön vaatimalla tavalla |
| julkaisuvuosi 2010 tai myöhemmin           | havainnot eivät ole sovellettavissa suomalaisen hoitoympäristöön   |
| alkuperäistutkimusta käsittelevä artikkeli |  |

| SISÄÄNOTTOKRITEERIT  | POISSULKUKRITEERIT |
|--|--------------------|
| julkaistu vertaisarvioidussa tieteellisessä julkaisussa  |                    |
| artikkelissa käsitellään suoraan tai välillisesti kuolevan potilaan hoitotyön eettisiä haasteita |                    |

Sisäänottokriteereissä kieli on rajattu suomeen, englantiin tai ruotsiin, jotta artikkelit ovat opinnäytetyön kirjoittajan luettavissa alkuperäiskielellä. Aineistoon päätyneistä artikkeleista kaksi on suomen- ja kaksi englanninkielisiä. Julkaisuajankohdaksi on rajattu vuosi 2010 tai sen jälkeen; vaikka monet hoitotyön etiikan piirteet pysyvät melko samanlaisina ajankohdasta riippumatta, aineistoon sisällytettävät tutkimukset on tässä haluttu pitää melko ajankohtaisina. Näin esimerkiksi lääketieteen kehitys tai muutokset terveydenhuoltoa koskevassa lainsäädännössä eivät tee aineistosta liian vanhentunutta ollakseen sovellettavissa tämän päivän hoitajien kohtaamaan todellisuuteen.

Poissulkukriteerinä on se, että artikkelissa kuvattua tutkimusta ei ole toteutettu Suomessa tai että siinä kuvatut asiat eivät ole sovellettavissa suomalaisen hoitoympäristöön. Rajauksella pyritään tekemään opinnäytetyöstä mahdollisimman hyvin Suomen oloja ja toimintaympäristöä kuvaava, koska käytännöt ja kulttuurit vaihtelevat eri maiden välillä suuresti. Lisäksi rajaus sisällyttää aineistoon vain historiallisesti ja kulttuurillisesti luterilaiset toimintaympäristöt, koska esimerkiksi valtaosin katolisessa tai ei-kristillisessä maassa yhteiskunnalliset käsitykset eettisesti oikeasta toiminnasta saattavat paikoin erota suomalaisista.

Toisena poissulkukriteerinä on se, että artikkeli ei käsittele eettisesti haastavia hoitotyön kysymyksiä opinnäytetyön tutkimuskysymysten vaatimalla tavalla. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että artikkelissa ei nouse esiin mitään erityistä hoitajien kohtaamaa

eettistä haastetta tai ongelmaa, tai että niitä käsitellään esimerkiksi niin yleisellä tasolla ettei artikkeli kerro hoitajien kohtaamista eettisistä haasteista tarpeeksi tämän opinnäytetyön tarkoituksia varten. Soveltuvuus tutkimukseeni on osin subjektiivinen tulkinta, jonka tein tutustuessani aineistoehdokkaisiin peilaamalla niitä teoreettiseen viitekehykseeni ja arvioimalla niiden soveltuvuutta viitekehyksen nojalla.

Kuvaileva integroiva kirjallisuuskatsaus tarjoaa menetelmänä mahdollisuuden käyttää aineistona erilaisista lähtökohdista ammentavia tutkimuksia, joten artikkelit ovat keskenään erilaisia: toiset kuvaavat hoitajien kokemuksia hoitajien itsensä kertomana, kun taas osa käsittelee esimerkiksi erilaisten elämän loppuvaiheen hoitoon sisältyvien toimenpiteiden yleisyyttä. Tavoitteena on muodostaa hoitajien kohtaamista eettisistä haasteista laaja-alainen kokonaiskuva, ja erilaisten tutkimusten mukaan ottaminen palvelee tätä tarkoituksia.

Integroivan kirjallisuuskatsauksen toteutusta ja rakennetta voidaan kuvata viisivaiheisena: tutkimusongelman asettelu, aineiston hankinta, arviointi, analyysi sekä tulkinta ja tulokset (Salminen, 2011, s. 8). Tämä opinnäytetyö noudattelee näihin vaiheisiin perustuvaa rakennetta, ja tämä raportti opinnäytetyön prosessista etenee pääpiirteissään samassa järjestyksessä.

Kun opinnäytetyöhön sisällytettävä aineisto oli valittu, analysointi tapahtui perehtymällä kuhunkin valittuun artikkeliin huolellisesti. Samalla poimin kustakin artikkelista erilliseen muistiinpanovihkoon artikkelista löytämäni kuolevan potilaan hoitotyötä koskeviin eettisiin haasteisiin liittyvät havainnot ja maininnat. Kun aineistosta oli näin eritelty opinnäytetyön aiheeseen liittyvät elementit, nämä eri artikkeleissa käsitellyt tilanteet ja haasteet ryhmiteltiin yläluokiksi. Kutakin yläluokkaa analysoitiin opinnäytetyössä esiteltyyn teoreettiseen viitekehykseen nojaten. Analyysin tulokset esitellään luvussa 6.

## 5.4 Aineiston esittely

Lopulliseksi tutkimusaineistoksi valikoitui neljä sisäänotto- ja poissulkukriteereiden perusteella soveltuvaksi arvioitua artikkelia, jotka esitetään taulukossa 2. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa käytettävän aineiston riittävyys arvioidaan tutkimuskysymysten ja niiden laajuuden perusteella (Kangasniemi ym., 2011, s. 295). Mukaan valikoituneisiin neljään artikkeliin tutustuminen osoitti näiden tarjoavan tarpeeksi tutkimuskysymyksiin vastaavaa materiaalia tämän opinnäytetyön laajuuteen nähden, jolloin aineiston keruu voitiin lopettaa.

Taulukko 2. Aineistoon sisältyvät artikkelit

| ARTIKKELI   | MENETELMÄ  | KIELI |
|---|--|-------|
| Sarivaara, S., Lämsä, R. & Seppälä, U. (2018). "Kuolema vuodeosastolla: Kuolevan potilaan hyvän hoidon edellytykset." Julkaisussa <i>Gerontologia</i> , 32(1), 2018, s. 4–20.   | teemahaastattelu, aineistolähtöinen sisällönanalyysi | suomi |
| Hävölä, H., Rantanen, A., & Kylmä, J. (2015). "Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvaamina." Julkaisussa <i>Hoitotiede</i> ; Kuopio Vol. 27, Iss. 2, (2015), s. 132–147. | haastattelu, aineistolähtöinen sisällönanalyysi      | suomi |



|   |   |          |
|---|---|----------|
| Rajala, K., Lehto, J.T.,<br>Saarinen, M., Sutinen, E.,<br>Saarto, T. & Myllärniemi, M.<br>(2016). "End-of-life care of<br>patients with idiopathic<br>pulmonary fibrosis."<br>Julkaisussa <i>BMC Palliative<br/>Care</i> , Vol.15, Artikkelinro 85.                                       | potilasrekisteritietoihin<br>perustuva kvantitatiivinen<br>analyysi | englanti |
| Karlsson, M., Roxberg, A.,<br>Barbosa da Silva, A. &<br>Berggren, I. (2010).<br>"Community nurses'<br>experiences of ethical<br>dilemmas in palliative care: a<br>Swedish study." Julkaisussa<br><i>International Journal of<br/>Palliative Nursing</i> , May 2010,<br>16(5), s. 224–231. | haastattelu, laadullinen<br>sisällönanalyysi                        | englanti |

Mukaan otetut tutkimukset on yhtä lukuun ottamatta toteutettu Suomessa. Näiden lisäksi mukana on yksi Ruotsissa tehty tutkimus, joka käsittelee kotisairaanhoidossa työskentelevien hoitajien kohtaamia eettisiä haasteita. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena varten suomalainen ja ruotsalainen hoito- ja kulttuuriympäristö on katsottu tarpeeksi samankaltaisiksi, jotta ruotsalaisen tutkimuksen sisällyttäminen aineistoon on mielekästä. Ruotsalaisen ja suomalaisen kotisairaanhoidon ja uskonnollis-eettisen arvomaailman välillä voi toki olla eroavaisuuksia; toisaalta alueellisia eroja voi löytyä myös Suomen rajojen sisäpuolelta.

Artikkelit käsittelevät kuolevan potilaan hoitotyötä eri näkökulmista. Esimerkiksi Rajala ym. (2016) tarkastelevat potilasryhmää, jota yhdistää sama diagnoosi (idiopaattinen keuhkofibroosi), kun taas Hävölän ym. (2015) haastatteleminen potilaiden yhdistävänä tekijänä on saattohoidossa oleminen ja mielenkiinnon kohteena yksilölliset

kokemukset toivosta. Tutkimusten käsittelemät hoitoympäristöt eroavat toisistaan: esimerkiksi Karlssonin ym. (2010) tutkimuskohteena on kuolevan potilaan hoitotyö kotisairaanhoidossa, kun Sarivaara ym. (2018) puolestaan kuvaavat erityisesti vuodeosastolla kohdattavia haasteita.

Tutkimukset ovat myös lähestymis- ja toteutustavoiltaan erilaisia: Rajala ym. (2016) analysoivat tietoja potilasryhmänsä terveydenhuoltokäynneistä tilastoanalyysin menetelmin, kun taas kolmen muun artikkelin kuvaamat tutkimukset on toteutettu haastattelun muodossa. Käyttämäni kirjallisuuskatsauksen menetelmä tarjoaa mahdollisuuden erilaisten aineistojen rinnakkaiseen tarkasteluun, ja aineistojen monenkirjaisuus tarjosikin monipuolisen katsauksen tutkimuksen aiheena oleviin kysymyksiin.

## 6 TULOKSET

Analyysi nosti aineistosta esiin lukuisia eettisten haasteiden tyyppejä, joista kristillisen etiikan näkökulmasta keskeisimpinä näyttäytyivät seuraavat yläluokat:

- Hoidon linjaukset ja lääketieteellisesti tarpeettomat hoidot
- Yksilön ja yhteisön hyvän rajankäynti
- Henkisen ja hengellisen hoitotyön eettiset haasteet

Lisäksi esiin nousi hoitajien näkemys eroista hoitajien ja lääkärien eettisten prioriteettien välillä. Käsittelen myös tätä teemaa tämän luvun lopussa.

## 6.1 Hoidon linjaukset ja lääketieteellisesti tarpeettomat hoidot

Aineistoon sisältyvissä artikkeleissa käsitellään lääketieteellisesti tarpeettomien tai hyödyttömien hoitojen eettisyyttä elämän loppuvaiheessa. Tarpeettomiksi voidaan katsoa sellaiset hoidot joista potilas kokee hyötyvänsä, vaikka niille ei ole lääketieteellisiä perusteita, tai hoidot joille on olemassa lääketieteellisiä perusteita mutta joista potilas ei katso saavansa itselleen merkittävää hyötyä, sekä lisäksi sellaiset, jotka ovat molemmista näkökulmista hyödyttömiä (Breier-Mackie, 2001, s. 512).

Lääketieteen kehityksen ansiosta vakavasti sairasta tai vammautunutta ihmistä voidaan usein pitää hengissä pitkänkin aikaa, mutta määrällisesti pitkitetty elämä ei välttämättä ole laadultaan hyvää. Potilas saattaa esimerkiksi viettää useita vuosia tiedottomassa tilassa tai kokea niin suurta kärsimystä tai toiminnanvajausta, ettei kykene nauttimaan elämästään lainkaan. Keskeinen tekijä hoidon tarpeellisuuden arvioinnissa onkin potilaan elämänlaatu.

Elämänlaadun mittaamiseksi on pyritty kehittämään erilaisia mittareita, mutta kyseessä on lopulta hyvin yksilöllinen ja mittareiden tavoittamattomissa oleva kokemus (Breier-Mackie, 2001, s. 518). Ulkopuolisen näkökulmasta esimerkiksi vakavasti toimintarajoitteisen tai vaikeista kivuista kärsivän ihmisen elämä ei välttämättä vaikuta elämisen arvoiselta, mutta ihminen itse saattaa olla täysin toista mieltä; samaan aikaan näennäisesti lievä sairaus tai vammautuminen saattaa viedä toiselta ihmiseltä elämänhalun täysin.

Tutkimusaineistossa lääketieteellisesti tarpeettomien hoitojen ongelmat kytkeytyvät usein hoitolinjausten ja hoidon rajausten määrittelyyn. Esimerkiksi Karlsson ym. (2010) sekä Rajala ym. (2016) kertovat, kuinka potilaat saavat elämänsä loppuun asti hoitoja, jotka eivät merkittävästi pidennä elinikää eivätkä paranna elämänlaatua. Tällaisista hoidoista ei siis käytännössä ole mainittavaa hyötyä mistään näkökulmasta. Hoitojen jatkaminen perustuneekin lääketieteellisen näytön sijasta hoitoon osallistuvien henkilöiden arvoihin ja eettisiin näkemyksiin: vaikka toivoa paranemisesta tai olon

helpottumisesta hoitojen johdosta ei ole, niiden lopettamisessa nähdään kenties liian suuri ennenaikaisen luovuttamisen riski. Tämä puolestaan saatetaan kokea eettisesti vääränä, koska kaiken voitavan tekeminen viimeiseen asti nähdään terveydenhuollon ammattilaisen eettisenä velvollisuutena.

Karlsson ym. (2010, s. 227) nostavat hoitajien kokemana eettisenä ongelmana muun muassa parantavien hoitojen jatkamisen liian pitkään. Hoitajat kertovat esimerkiksi kokevansa voimattomuutta, kun hoitoja jatketaan huonosta ennusteesta tai potilaan heikosta voinnista huolimatta. Tällaisissa tilanteissa hoitajat kokevat, ettei potilaan elämänlaadulla nähdä enää olevan väliä. Myös Rajalan ym. (2016) johtopäätöksissä pohditaan, että parantavat ja elämää pitkittävät hoidot aivan elämän viimeisinä päivinä liittyvät liian myöhään tehtäviin elämän loppuvaiheen hoitolinjauksiin. Ajoissa tehtävät hoitolinjaukset—mukaan lukien parantavia hoitoja koskevat rajaukset—puolestaan voisivat tutkimuksen tekijöiden mukaan parantaa potilaiden saamaa palliatiivista hoitoa.

Hoidon rajaaminen on eettisesti haastavaa, koska ollaan tekemisissä yhtäältä elämää ja kuolemaa sekä toisaalta inhimillistä kärsimystä koskevien kysymysten kanssa. Asiantuntijankin on vaikeaa ennustaa potilaan jäljellä olevaa elinaikaa tarkasti (esim. Christakis ym., 2000), joten parantavien hoitojen lopettamiseen ja palliatiiviseen hoitolinjaan tai saattohoitoon siirtymiseen sisältyy usein ainakin jonkinasteinen ennenaikaisen ratkaisun tekemisen riski. Toisaalta liian myöhään aloitettu palliatiivinen hoitolinja saattaa aiheuttaa potilaalle merkittävää tarpeetonta kärsimystä (Hänninen & Anttonen, 2008). Kuolemaa lähestyvän potilaan tilan ja ennusteen säännöllinen moniammatillinen arviointi onkin erittäin tärkeää, jotta hoitolinjausten muuttaminen tapahtuisi oikeaan aikaan.

Kristillisen etiikan näkökulmasta hoidon rajauksia voidaan lähestyä kahdesta eri näkökulmasta. Yhtäältä DNR-päätös tai parantavista hoidoista luopuminen rikkovat ”älä tapa” -käskyä vastaan, jos sen taustalla nähdään ajatus elämän pyhyydestä ja velvollisuudesta suojella elämää kaikissa tilanteissa. Toisaalta on tilanteita, joissa parantavat hoidot vain lisäävät potilaan kärsimystä tuottamatta vastaavaa hyötyä, jolloin

aktiivista parantavaa hoitoa voitaisiin pitää jopa hoitovirheenä (Grönlund & Huhtinen, 2011, s. 29). Tällaisissa tilanteissa hyödytön kärsimyksen tuottaminen tuskin edustaa potilaan kohtelua siten kuin toivoisi itseään kohdeltavan, joten parantavien hoitojen lopettamisen hyödyttöminä voisikin tällöin ajatella ilmentävän suurempaa lähimmäisenrakkautta. Niin elämän ylläpitäminen kuin kärsimyksen lievittämiseen tähtäävä parantavien hoitojen lopettaminenkin voidaan siis tilanteesta riippuen nähdä eettisesti hyväksyttävänä sekä myös kristillisen etiikan mukaisena toimintana.

Voidaan ajatella, että kristillisen etiikan kontekstissa ehdoton elämän pyhyiden asettaminen etusijalle kaikissa tilanteissa liittyy fundamentalistiseen raamatuntulkintaan, jonka mukaan koko Raamatun sisältö tulee ymmärtää kirjaimellisesti. Mahdollisimman hyvään elämänlaatuun ja kärsimyksen lievittämiseen tähtäävän hoidon taas voidaan katsoa pohjautuvan liberaaliin kristinuskon tulkintaan, jonka mukaan uskonto on hyvää, kun sen oppien avulla voidaan parantaa ihmisten elämänlaatua käytännön elämän tasolla. (Ketola, 2008; Bradley, 2010, s. 1–40.) Jos uskonnollisuus nähdään hyvänä kun se parantaa inhimillistä elämää, kristinuskon keskeisenä sanomana ihmisten keskinäisen toiminnan kannalta voidaan pitää lähimmäisenrakkauden ja myötätunnon kaltaisten hyveiden edistämistä. Kristillisen etiikan näkökulmasta aineistossa mukana olevat hoitajat vaikuttavat edustavan tällaista liberaalin uskonnollisuuden linjaa.

Aineistossa esiin noussut hoitajien käsitys hyvästä kuolevan potilaan hoitotyöstä voidaan nähdä myös Sairaanhoidajien eettisissä ohjeissa (Sairaanhoidajaliitto, 1996), joissa sairaanhoidajan velvollisuuksista potilasta kohtaan mainitaan, että hoitaja paitsi ”suojelee ihmiselämää” myös ”edistää potilaan yksilöllistä hyvää oloa”. Lisäksi mainitaan erikseen, että ”[s]airaanhoitaja kohtelee toista ihmistä lähimmäisenä”, mikä on myös kristinuskossa ja kristillisessä etiikassa runsaasti esiintyvä näkemys hyvästä toiminnasta. Hoitajan eettiset ohjeet ovat siis pitkälti linjassa kristillisessä etiikassa esiintyvien käsitysten kanssa ja jopa käyttävät kristinuskosta tuttua kieltä, vaikka nämä vaikutteet eivät välttämättä ole tietoisesti tai tarkoituksella mukana eettisissä ohjeissa.

## 6.2 Yksilön hyvä vai yhteisön hyvä?

Aineistosta esiin nousee myös eettinen ristiriita yksilön (potilaan) ja yhteisön (yhteiskunnan) hyvän välillä. Hoitajien mukaan työympäristön toiminnalliset, tilalliset ja ajalliset rakenteet kylläkin tarjoavat hyviä käytäntöjä ja toimintamalleja, mutta toisaalta niiden asettamat rajoitukset vaikeuttavat ammattietiikan mukaista toimintaa tai jopa estävät sen (Sarivaara ym., 2018).

Hoitajan kohtaamat eettiset haasteet voivat siis olla paitsi suoraan kuoleman kanssa työskentelyn myös rajallisten resurssien tai tuloskeskeisen ajattelun sanelemia: kuolemaa lähestyvä potilas saatetaan esimerkiksi siirtää osastolta toiselle, koska osastojen tuloksellisuuden mittarina toimii hoitojakson lyhyys. Välttämällä kuolevan potilaan hoitoon liittyvältä ja kuoleman jälkeiseltä työltä saadaan osaston tilastot pidettyä kauniimpina ja myös tuloksellisuus parempana (Sarivaara ym., 2018, s. 12).

Hoitohenkilökunta joutuu siis päättämään, hoidetaanko kuolevaa potilasta omalla osastolla loppuun asti hoitojaksotilastojen kustannuksella. Vaihtoehtona on lähettää potilas toisaalle, jolloin potilaalle todennäköisesti aiheutuu kärsimystä, mutta osasto ei joudu ”huonojen” hoitotulosten vuoksi esimerkiksi resurssien leikkausten uhan alaiseksi. Henkilöstöresursseihin ja organisaation talouteen liittyvät kysymykset ovat tuoreen väitöskirjatutkimuksen mukaan hoitotyön johtajien kohtaamista eettisistä ongelmista yleisimpiä ja haastavimmiksi koettuja (Aitamaa, 2020), joten ilmiö on tiedostettu ja todellinen.

Kristillisen etiikan näkökulmasta kysymys hyvän hoidon ja resurssien säästämisen välisestä ristiriidasta on monimutkainen. Yhtäältä kristinuskon opetuksen mukaan ihmisellä on ehdoton ja jakamaton arvo, jota ei voi mitata rahassa. Maallisen omaisuuden ylenmääräinen arvostaminen tai ”mammonan palveleminen” nähdään hyvin tuomittavana (esim. Raamattu, 1992, Matteuksen evankeliumi 6:24). Jos terveydenhuollossa säästämisestä ja tehokkuudesta tulee itseisarvo, voidaan rahan

ajatella asettuvan arvoasteikossa ihmisen edelle, mikä olisi kristillisen etiikan näkökulmasta eettisesti paheksuttavaa. Toisaalta terveydenhuollossa tehokkuuteen ja säästöihin pyrkimisen tavoitteena on (tai ainakin pitäisi olla) mahdollisimman hyvän hoidon turvaaminen mahdollisimman monelle, mikä sinänsä toteuttaa lähimmäisenrakkauden periaatetta.

Sarivaaran ym. (2018) tutkimuksessa esiin nousseiden näkemysten mukaan hoitajat kokevat tehokkuusvaatimusten ainakin tietyissä tilanteissa ajavan kuolevan potilaan hyvän hoidon edelle. Tässä hoitajat vaikuttavat pitävän eettisesti oikeana toimintana sellaista, joka edistää lähimmäisen—siis potilaan—hyvää. Kyseessä ei luonnollisesti ole yksioikoinen joko-tai-kysymys: ilman riittäviä resursseja terveydenhuolto ei pysty takaamaan hyvää hoitoa kenellekään, ei siis myöskään näille elämän loppuvaiheen potilaille. Hoitajien esiin nostamista ongelmakohtista kuitenkin välittyy näkemys, että resurssien säännöstelyssä tulisi ajatella, millaisissa tilanteissa kuolevan potilaan kustannuksella säästäminen ei enää ole eettisesti oikein. Tässäkin hoitajan etiikan (joskus saavuttamattomana) ihanteena on siis kuolevan potilaan näkeminen lähimmäisenä, jonka hyvästä pyritään huolehtimaan mahdollisimman pitkälle.

### 6.3 Henkisen ja hengellisen hoitotyön eettiset haasteet

Aineistossa hoitotyön eettisinä haasteina nousivat esille myös hoitotyön psykososiaaliset ulottuvuudet, erityisesti toivon ylläpitämisen muodossa. Esimerkiksi Hävölä ym. (2015) käsittelevät toivoa ylläpitäviä ja heikentäviä tekijöitä saattohoidossa olevan potilaan hoitotyössä. Eettisenä haasteena mainitaan muun muassa kysymys potilaalle annettavan tiedon sopivasta määrästä. Yhtäältä potilaalla on oikeus terveydentilaansa ja tilannettaan koskevaan tietoon, mutta toisaalta sanonnan mukaan ”tieto lisää tuskaa”: joissain tilanteissa esimerkiksi jokin potilaan ennustetta koskeva tieto saattaa aiheuttaa kohtuutonta henkistä kärsimystä ilman vastaavaa hyötyä. Hoitaja saattaakin joutua arvioimaan, onko sinänsä eettisesti oikea avoimuuden periaatteen noudattaminen kyseisen potilaan kohdalla eettisesti hyväksyttävä ratkaisu.

Toinen Hävölän ym. (2015) esiin nostama eettisten haasteiden luokka on tilanteet, joissa toivon ylläpitäminen on mahdollisesti ristiriidassa potilaan fyysisen hyvinvoinnin kanssa. Näin voi käydä esimerkiksi kun potilaan fyysistä terveyttä ja turvallisuutta ylläpitävät rajoitustoimet heikentävät hänen toivon tunnettaan ja siten myös hänen psyykkistä hyvinvointiaan. Myös tällaisessa tilanteessa hoitaja joutuu punnitsemaan potilaalle aiheutuvien riskien tai haittojen hyväksyttävyyttä, valitsipa hän toiminnassaan sitten potilaan toivon tai fyysisen terveyden priorisoinnin.

Samankaltainen ristiriita esiintyy Karlssonin ym. (2013, s. 834) tähän aineistoon sisältyvää artikkelia myöhemmin julkaistussa artikkelissa, jossa hoitajat kokevat, että kotona hoidettavan potilaan hoidossa käytettävät laitteet voivat tehdä kodista liian laitospäisen ja siten vaikuttaa potilaan autonomian ja arvokkuuden tunteisiin kielteisesti. Tässäkin esimerkissä hoitajat näkevät potilaan ja hänen omaistensa henkisen hyvinvoinnin merkittävänä elämänlaadun tekijänä silloinkin, kun henkistä hyvinvointia ylläpitävä toiminta on ristiriidassa fyysisen terveyden ylläpitämisen kanssa (esimerkiksi kun hoidossa tarvittavat laitospäiset hoitolaitteet heikentävät fyysisen terveyden hyödyistään huolimatta potilaan henkistä elämänlaatua).

Kuten edellä käsitellyissä eettisissä haasteissa myös psykososiaalisesti haastavissa tilanteissa voidaan kristillisen etiikan näkökulmasta ajatella, että johtoajatuksena hoitajan toiminnassa on lähimmäisenrakkauden toteutuminen. Jos toivon ylläpitäminen lisää kuolevan potilaan hyvinvointia, kristillisen etiikan näkökulmasta toiminta siis edistää lähimmäisen hyvää ja osoittaa myötätuntoa. Vaikka potilaan fyysistä terveyttä vaarantava toivon ylläpitäminen saattaa olla ristiriidassa elämän varjelemisen periaatteen kanssa, toivo saattaa olla potilaan elämänlaadun kannalta niin merkittävä tekijä, että sen asettaminen etusijalle voi olla kristillisestä näkökulmasta eettisesti oikea ratkaisu. Lisäksi toivosta puhuttaessa voidaan huomioda, että kyseessä on yksi kristinuskon kolmesta teologisesta hyveestä (usko, toivo ja rakkaus), ja ylläpitämällä lähimmäisen toivoa hoitajan voitaisiin siis ajatella toimivan kristillisesti.



Hävölän ym. (2015) tutkimuksesta välittyy näkemys, jonka mukaan hoitajat eivät halua riistää potilaalta toivoa silloinkaan, kun elämä lähestyy vääjäämättä loppuaan. Toivon ylläpitäminen nähdään eettisesti oikeana ratkaisuna, vaikka se olisi ristiriidassa realistisen tiedon antamisen tai potilaan turvallisuutta edistävien rajoituskeinojen kaltaisten, sinänsä eettisesti hyväksyttävien toimintatapojen kanssa.

#### 6.4 Hoitajien ja lääkärien näkemysten väliset erot

Aineistoon sisältyvissä artikkeleissa (esim. Rajala ym., 2016; Karlsson ym., 2010) esiintyy toistuvasti hoitajien näkemys, jonka mukaan kuolevan potilaan hoitoon osallistuvat lääkärit vaikuttavat usein olevan vahvasti kiinni parantavissa hoidoissa silloinkin, kun niistä ei enää ole potilaan elämänlaadun tai edes elinajan ennusteen kannalta hyötyä. Aineiston perusteella voidaan siis esittää, että lääkärin etiikassa kenties korostuu vahvemmin kristillisestä etiikastakin tuttu ajatus elämän pyhydestä ja varjelemisesta ehdottomana tavoitteena. Aineiston hoitajat puolestaan vaikuttavat pitävän eettisenä ohjenuoranaan lähimmäisen kärsimyksen vähentämistä—silloinkin, kun se tarkoittaa parantavista hoidoista luopumista.

On huomionarvoista, että Sairaanhoidajaliiton ja Lääkäriliiton eettiset ohjeet kullekin ammattikunnalle ovat kuolevan potilaan hoitoon liittyvin osin keskenään varsin samankaltaiset: kun sairaanhoidajien tehtävänä on ihmiselämän suojelemisen lisäksi ”väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen” (Sairaanhoidajaliitto, 1996), lääkärin velvollisuus on Lääkäriliiton ohjeiden mukaan ”ylläpitää ja edistää terveyttä, ehkäistä ja hoitaa potilaidensa sairauksia sekä lievittää heidän kärsimyksiään” sekä ”kaikessa toiminnassaan kunnioittaa ihmisyyttä ja elämää” (Suomen Lääkäriliitto, 2014). Aineistosta välittyy kuitenkin käsitys lääkärin hoitajia vahvemmassa sitoutumisesta elämän ylläpitämiseen tähtääviin hoitoihin myös kuolevan potilaan kohdalla, vaikka lääkärin eettiset ohjeet eivät vaikuta korostavan elämän ylläpitämistä sen enempää kuin hoitajienkaan.

Eettisiä ohjeita vertailemalla voidaan havaita, että sairaanhoitajien ohjeissa mainitaan erikseen hoidettavien ihmisten elämän laadun parantaminen ja yksilöllisen hyvän olon edistäminen sekä heidän kohtelemisensa lähimmäisenä. Kenties nämä erot ohjeistuksissa jollain tavalla heijastavat ammattikuntien suhtautumista työnsä tavoitteisiin käytännön työn tasolla. Yleisesti voidaan arvioida, että sairaanhoitajien ammattietiikassa ja mahdollisuuksien mukaan myös kuolevan potilaan hoitotyöhön liittyvässä toiminnassa heijastuvat kristillisen etiikan mukaiset lähimmäisenrakkauden ja myötätunnon hyveet. Tätä arviota tukevat paitsi sairaanhoitajien eettisistä ohjeista myös tämän opinnäytetyön aineistosta tehdyt havainnot.

## 7 POHDINTA

Aineiston analyysi osoittaa, että hoitajat kohtaavat kuolevan potilaan hoitotyössä moninaisia eettisiä haasteita. Aineistosta ilmenee myös, että eettisten haasteiden ratkaiseminen ei ole yksinkertaista, ja että hoitajan ratkaisuihin vaikuttavat hoitajan omien ammatillisten ja eettisten näkemysten lisäksi esimerkiksi potilasta hoitavan lääkärin, omaisten tai potilaan itsensä mielipiteet. Myös käytössä olevat resurssit, kuten aika, henkilöstön määrä tai tila, rajoittavat hoitajan mahdollisuuksia. Samalla aineistosta kuitenkin käy ilmi myös, että hoitajat tunnistavat ja pyrkivät aktiivisesti ratkaisemaan kohtaamiaan eettisiä haasteita. Vaikka eettisesti oikeaksi koettu toimintatapa ei aina ole käytännön syistä mahdollista, aineistossa hoitajat vaikuttavat kuitenkin pyrkivän siihen, tai ainakin ilmaisevat toivovansa että voisivat toimia näin.

Kristillisen etiikan näkökulmasta hoitajien ratkaisuja eettisiin ongelmiin näyttää ohjaavan lähimmäisenrakkaus: kuolevan potilaan kärsimystä halutaan vähentää. Sarivaaran ym. (2018) tutkimuksessa mainitaan, että lääkärit ovat usein hoitajien näkökulmasta parantavien hoitojen kannalla tarpeettoman pitkään, kun samassa tilanteessa tulisi hoitajien mielestä keskittyä hyvään elämän loppuvaiheen hoitoon.

Samalla tulee ottaa huomioon, että kyseessä on hoitajien näkemys ja mielipide, koska aineiston tutkimuksissa puheenvuoro on yleensä annettu nimenomaan hoitajille. On mahdollista, että lääkärit itse toisivat haastattelussa esille toisenlaisia näkemyksiä. Mahdolliset erot kuolevan potilaan hoitotyötä koskevissa eettisissä näkemyksissä lääkäreiden ja hoitajien välillä olisivatkin varteenotettava jatkotutkimuksen aihe.

Kuolevan potilaan hoitotyöhön liittyvän tiedon ja ymmärryksen lisääminen hoitajien keskuudessa on tärkeää. Kuten Karlsson ym. (2010, s. 225) toteavat, parempi etiikkaa koskeva koulutus valmistaisi hoitajat nostamaan esille erilaisia eettisiä ongelmia sekä myös ymmärtämään paremmin erilaisiin arvomaailmoihin perustuvia kantoja näihin eettisiin ongelmiin.

Yksilöiden ja yhteisöjen eettiset kannat ovat usein yhteydessä uskontoon ja uskonnolliseen etiikkaan. ETENE:n hahmottelemassa sosiaali- ja terveysalan eettisessä perustassa (ETENE, 2011) ei kuitenkaan nosteta esille kristinuskkoa tai muuta uskontoa, paitsi puhuttaessa perusoikeuksiin kuuluvasta uskonnon ja omantunnon vapaudesta sekä yleisesti uskonnollisten ja filosofisten oppien olemassaolosta. Uskonnon vaikutuksesta etiikka- ja moraalikäsitteisiin muistuttaa vain pikainen maininta siitä, kuinka moraalit syntyvät useista lähteistä, kuten ”kulttuuriperinteistä ja kasvuympäristöstä” (ETENE, 2011, s. 9).

On ymmärrettävää, että sosiaali- ja terveysministeriö pyrkii julkaisuissaan uskonnolliseen sitoutumattomuuteen. Samalla on kuitenkin muistettava, etteivät kulttuuriset käsitykset ja toimintatavat synny tyhjiössä, ja että kristinuskon arvot ja ihmiskäsitykseen liittyvät piirteet ovat ohjanneet länsimaista lainsäädäntöä ja moraalikäsitteitä jopa vuosituhansien ajan. Vaikka yksittäisten ihmisten asenteet eivät suoraan määritä uskonnon tai muunkaan yksittäisen tekijän mukaan, vaan niihin vaikuttaa jokaisen yksilön elämäntilanteen kokonaisuus (Schweda ym., 2017), uskonnon ja kulttuurin vaikutus arvomaailman osatekijänä on syytä tiedostaa ja huomioida. Jotta voidaan ymmärtää, miksi esimerkiksi terveydenhuollossa eettisesti haastavissa tilanteissa päädytään tietynlaisiin ratkaisuihin, on tärkeää ymmärtää

toiminnan eettinen perusta. Tähän eettiseen perustaan puolestaan vaikuttaa vähintään alitajuisesti muun muassa se, mitä toimintaan osallistuvien yksilöiden kasvuympäristön valtauskonto opettaa oikeasta ja väärästä.

Ofstadin (1961) kuvaamat matalan ("low-integrated") ja korkean ("high-integrated") integraatiotason päätökset (Karlsson ym., 2010, s. 225) näkyvät myös sairaanhoitajan eettisessä päätöksenteossa. Omien arvojen ja muiden henkilökohtaisten ominaisuuksien hyödyntämistä vaativa korkean integraatiotason päätöksenteko edellyttää eettistä osaamista ja ymmärrystä. Näin oman toiminnan taustalla olevia arvoja, samoin kuin toiminnan seurausten eettistä hyväksyttävyyttä, pystytään arvioimaan tietoisesti ja informoidusti.

Kuolevan potilaan hoitotyössä tällainen tiedostava eettinen päätöksenteko voi tarkoittaa esimerkiksi sitä, että hoitaja ymmärtää että kieltäytymällä hoitotoimista potilas saattaa aiheuttaa fyysiselle terveydelleen haittaa, mutta kenties samalla vahvistaa omaa autonomian ja toivon kokemustaan. Kunnioittamalla potilaan tahtoa hoitaja voi tässä tilanteessa yhtä aikaa rikkoa potilaan fyysisen hyvinvoinnin ylläpitämisen periaatetta ja toteuttaa lähimmäisenrakkauden periaatetta. Jotta hoitaja voi tehdä tällaisen päätöksen tietoisesti ja myös pystyä perustelemaan päätöstään, hänen on tärkeää olla tietoinen toimintaansa ohjaavista arvoista.

Esimerkiksi kuolevan potilaan hoitotyössä voidaan päätyä hyvinkin erilaisiin ratkaisuihin sen perusteella, pidetäänkö äärimmäisenä eettisenä hyvänä potilaan kärsimyksen vähentämistä, elämän ehdotonta pyhyyttä, yksilön täydellistä itsemääräämisoikeutta vai kenties mahdollisimman suurta yhteiskunnallista hyvää terveydenhuollon resurssien säästämisen muodossa. Kun toiminnan eettinen perusta on tiedostettu, on mahdollista paremmin perustella tai kyseenalaistaa sekä omaa että toisten toimintaa erilaisissa haastavissa tilanteissa. Tällöin on myös helpompaa etsiä erilaisia ratkaisumalleja, jotka edistävät eettisesti oikeana pidettyä tavoitetta. Samoin hoitotyöhön osallistuvien välinen yhteistyö voi helpottua, kun kaikki ovat paremmin

tietoisia omista eettisistä päämääristään. Näin he voivat yhdessä varmistua siitä, että kaikkien toiminnan tavoitteena on sama tai ainakin yhteensopiva eettinen hyvä.

### 7.1 Tulosten luotettavuus ja eettisyys

Tutkimusprosessissa eettisyys ulottuu paitsi tutkimuksen tekemisen yhteydessä käytettyihin menetelmiin ja valintoihin myös itse tutkimusaiheen valintaan ja tutkimuksen tavoitteisiin. On siis tärkeää tiedostaa, huomioida ja tuoda julki tutkimusta koskevat eettiset näkökohdat kaikissa opinnäytetyön prosessin vaiheissa.

Kylmän ja Juvakan (2007, s. 127–129) tarjoaman määritelmän mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida esimerkiksi uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden ja siirrettävyyden kriteereillä. Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, kuinka paikkansapitäviä tutkimuksen tulosten voidaan katsoa olevan. Vahvistettavuus taataan kuvaamalla tutkimusprosessi tarpeeksi tarkasti, jotta voidaan nähdä, kuinka tutkimuksen tekijä on päätenyt johtopäätöksiinsä. Refleksiivisyys viittaa omien lähtökohtien tiedostamiseen tutkimuksen tekijän asemassa. Siirrettävyys tarkoittaa sitä, kuinka hyvin tutkimuksen tulokset voidaan siirtää vastaavanlaisiin tilanteisiin.

Kirjallisuuskatsauksen muodossa toteutetun tutkimuksen uskottavuus, vahvistettavuus ja siirrettävyys ovat parhaiten varmistettavissa avoimesti kuvattun tutkimusprosessin sekä luotettavaksi katsottavan tutkimusaineiston ja -kirjallisuuden käytön avulla. Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan näiden kriteerien valossa pitää sikäli luotettavina, että tutkimuksen kulku ja vaiheet on kuvattu avoimesti. Lähteiden valinnassa on noudatettu huolellisuutta, jotta ne tarjoaisivat luotettavaa, tutkimusaiheen kannalta soveltuvaa ja tieteellisesti tasokasta tietoa.

Aineistoon sisällytetyt artikkelit on julkaistu vertaisarvioituissa julkaisuissa, ja niiden valintaperusteet on kuvattu. Aineistosta tehtyjä johtopäätöksiä on tarvittaessa perusteltu

lähdeviitteiden avulla. Näin varmistetaan, että saavutetut päätelmät perustuvat tutkittuun tietoon. Refleksiivisyyden kriteerin voi myös katsoa toteutuneen, koska olen kiinnittänyt huomiota tutkimuksen tekemisen näkökulmani ja lähtökohtieni tiedostamiseen ja reflektointiin koko opinnäytetyöprosessin ajan.

Opinnäytetyön eettisyys näkyy tutkimusprosessin aikana eri tavoin ainakin aihevalinnassa, käytetyissä tiedonhankinnan menetelmissä, tutkimusprosessin ja sen tulosten kuvaamisessa sekä tutkimustulosten soveltamisessa (Diakonia-ammattikorkeakoulu, 2010, 11). Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK:n (2012) julkaisemissa hyvän tieteellisen käytännön lähtökohdissa nimetään esimerkiksi rehellisyys ja huolellisuus, eettisesti kestävät tiedonhankintamenetelmät, avoin ja vastuullinen tiedeviestintä, asianmukaiset viittauskäytännöt koskien muiden tutkijoiden tuotoksia, tarvittavien tutkimuslupien hankkiminen ja sidonnaisuuksien tai esteellisyyden raportointi. Hyvä tieteellinen käytäntö koskee kaikkea ja kaikentasoista tutkimustoimintaa, siis myös opinnäytetöitä.

Tämän opinnäytetyön eettisyyttä voidaan arvioida niin aiheen valinnan ja käsittelyn kuin käytettyjen menetelmien ja hyvän tieteellisen käytännön noudattamisenkin osalta. Aihevalintaa voidaan pitää eettisesti kestäväenä, koska kuolevan potilaan hoitotyö on kiistatta aina ajankohtainen aihe. Aiheesta tuotettavalla tutkimustiedolla on mahdollista kehittää kuolevan potilaan hoitotyöhön osallistuvien hoitajien ymmärrystä ja osaamista aiheen saralta, mikä puolestaan voi parantaa kuolevan potilaan hoitotyön laatua. Opinnäytetyön tuottamaa tietoa on siis mahdollista hyödyntää käytännön toiminnassa, jonka tarkoituksena on vähentää inhimillistä kärsimystä. Eettisten haasteiden ymmärtäminen ja tunnistaminen voi auttaa ratkomaan haasteita entistä paremmin ja tehokkaammin, mikä puolestaan hyödyttää niin hoitajia kuin potilaita ja heidän omaisiaankin.

Voidaan myös arvioida, että opinnäytetyön tuottaman tiedon avulla ei ole suurta todennäköisyyttä tuottaa tutkimuksen käsittelemälle ihmisryhmälle eettisesti kyseenalaista haittaa. Näin voidaan olettaa, koska tavoitteena on hoitotyön kehittäminen

sekä hoitajien osaamisen että potilaiden hyvinvoinnin osalta. Lisäksi opinnäytetyön nimenomaisena tavoitteena on kehittää hoitajien eettisen päätöksenteon kykyä. Ei siis ole odotettavissa, että tuloksia tultaisiin käyttämään eettisesti arveluttaviin tarkoitukseen. Tosin kuten edellä on käsitelty, eri eettiset koulukunnat pitävät erilaisia asioita tavoiteltavina, joten voidaan toki myös ajatella, että tämän tutkimuksen eettinen kestävyys riippuu siitä, millaisia päämääriä lukija pitää eettisesti hyvinä.

Tutkijan toiminnan osalta tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden varmistamiseen sisältyy lähdekritiikki. Tämä koskee tiedon luotettavuuden, soveltuvuuden ja taustamotiivien arviointia ja tarkistamista. (Diakonia-ammattikorkeakoulu, 2010, s. 12.) Olen suhtautunut lähteideni laatuun ja alkuperäiseen kontekstiin kriittisesti kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Näin olen toiminnallani pyrkinyt varmistamaan, että niin teoreettinen viitekehyseni kuin aineiston pohjalta tekemäni havainnotkin ovat tieteellisesti vakaalla ja luotettavalla pohjalla.

Tutkimuksessa käytettävät menetelmät ovat eettisesti kestäviä, koska menetelmänä käytetty kirjallisuuskatsaus ei vaadi esimerkiksi arkaluontoisten henkilötietojen käsittelyä eikä ihmisten tai eläinten käyttämistä koeasetelmissa. Tutkimuksessa käytettävän kirjallisuuden luotettavuus on varmistettu kuvaamalla käytetyn aineiston mukaanotto- ja tiedonhakumenetelmät sekä arviot aineiston vahvuuksista ja mahdollisista puutteista avoimesti. Aineistoon on otettu mukaan artikkeleita vain vertaisarvioituista julkaisuista, ja artikkeleihin perehtymisen yhteydessä on mahdollisuuksien ja tarpeen mukaan tutustuttu myös niissä esiintyviin lähdeviitteisiin. Lisäksi teoreettisessa viitekehysessä käytetyn kirjallisuuden luotettavuus ja soveltuvuus opinnäytetyön tarkoitukseen on lähteitä valittaessa tiedostettu ja otettu huomioon. Erillistä tutkimuslupaa ei tarvittu, koska kirjallisuuskatsauksen aineistona toimivat aiemmin julkaistut tutkimukset.

Kuten Kylmä ja Juvakka (2007, s. 129) toteavat, laadullisessa tutkimuksessa on mahdollista, että kaksi tutkijaa päätyy saman aineiston pohjalta erilaisiin johtopäätöksiin. Tämä ei kuitenkaan heidän mukaansa välttämättä ole ongelma, sillä

laadullisessa tutkimuksessa hyväksytään se, että eri ihmiset kokevat todellisuuden eri tavoin. Erilaisiin tuloksiin päätyminen voikin suorastaan auttaa ymmärtämään tutkittavaa kohdetta laajemmin. Myös tämän tutkimuksen kohdalla toisen tutkijan olisi mahdollista tulkita samaa aineistoa joltain osin eri tavoin. Näin aiheeseen saattaisi avautua toisenlainen näkökulma. Perustelemalla prosessini ja johtopäätökseni olen kuitenkin pyrkinyt takaamaan, että saavuttamani tulokset kestävät tieteellistä tarkastelua.

## 7.2 Ehdotuksia jatkotutkimuksen aiheiksi

Tämän opinnäytetyön tulokset kuvaavat hoitotyön etiikkaa suomalaisessa hoitoympäristössä. Vastaavanlainen tutkimus olisi mahdollista toteuttaa myös käyttämällä aineistoa, joka käsittelee kuolevan potilaan hoitotyötä maassa jonka kulttuurisesti merkittävin kirkkokunta tai uskonto on toinen kuin Suomessa. Näin voitaisiin verrata perinteisesti evankelis-luterilaisen Suomen hoitajien eettisiä haasteita ja näkemyksiä sellaisiin, joiden taustalla olevassa kulttuuriympäristössä vaikuttaa toisenlainen kristinuskon tulkinta tai kokonaan toinen uskonto. Tällainen vertailu voisi antaa viitteitä siitä, millaiset eettiset ongelmat ja ratkaisut ovat kulttuuri- ja uskontosidonnaisia, ja toisaalta mihin suhtaudutaan samankaltaisesti uskonnollisesta taustasta riippumatta.

Toinen jatkotutkimuksen aihe on hoitajien kokemus omasta etiikan ja arvopohjan tuntemuksesta ja ymmärryksestä. Opinnäytetyön tulosten perusteella hoitajien kohtaamat eettiset haasteet ja tavat ratkoa niitä ovat pitkälti linjassa kristillisen lähimmäisenrakkauden periaatteen kanssa. Jatkotutkimuksen avulla voisi esimerkiksi haastattelun muodossa selvittää, näkevätkö hoitajat itse tätä kristillisen etiikan ja oman ammatillisen etiikkansa välistä yhteyttä, ja yleensä kuinka tietoisesti hoitajat arvioivat ja reflektoivat käytännön toimintansa eettisiä lähtökohtia.



Hoitajien eettistä osaamista ja itseymmärrystä olisi mahdollista selvittää myös hoitajien koulutusta koskevan jatkotutkimuksen kautta. Tällainen tutkimus voisi selvittää esimerkiksi suomalaisten sairaanhoitajia kouluttavien oppilaitosten opetussuunnitelmien ja kurssitarjonnan kautta, missä mittakaavassa eri oppilaitosten koulutusohjelmat tarjoavat hoitotyön etiikkaan liittyvää opetusta, sekä millaisia aihepiirejä etiikkaa koskeva opetus käsittelee (esimerkiksi nouseeko esille ympäröivän kulttuurin ja uskonnon vaikutus eettisiin käsityksiin). Katsauksen perusteella voitaisiin pohtia, tarjoaako sairaanhoitajakoulutus nykyisellään hoitajille riittävässä määrin työkaluja hoitotyön eettisen pohjan ymmärtämiseen, eettisten haasteiden kohtaamiseen ja oman etiikan reflektointiin.

Lisäksi opinnäytetyön tulosten perusteella esiin noussut jatkotutkimuksen aihe on hoitajien ja lääkärien kohtaamien eettisten haasteiden ja niiden ratkaisutapojen väliset erot. Tällainen vertaileva tutkimus voisi selvittää, kokevatko hoitajat ja lääkärit eettiset velvollisuutensa ja päämääränsä eri tavoin sekä mikä mahdollisia eroja voisi selittää.

### 7.3 Opinnäytetyön prosessi ja ammatillinen kasvu

Opinnäytetyöprosessi eteni suunnitelmien ja aikataulun mukaisesti: esittelin tutkimusideani kevättalvella 2020, ja opinnäytetyö valmistui tasaisen työstämisen tuloksena vuoden 2021 alussa. Tutkimuskysymykset ja aineisto muokkautuivat prosessin aikana hiukan, kun käsitykseni aiheesta syveni, mutta alussa hahmotellut suuret linjat pysyivät pitkälti ennallaan. Aineiston kokoamisvaiheessa tutustuin lukuisiin eri tietokantoihin, ja samalla tuli tutuksi myös suuri määrä vertaisarvioituja hoitotyötä käsitteleviä julkaisuja niin Suomesta kuin ulkomailtakin.

Aineistoon tutustumisen ja analyysin aikana tekemäni havainnot ovat tuoneet uusia näkökulmia tutkimukseni aiheeseen. Olin alusta asti varautunut siihen, että aineistossa käsiteltäisiin parantavien hoitojen eettistä ongelmallisuutta, mutta olin jopa hieman yllättynyt siitä, kuinka monitahoisesta ilmiöstä on aineiston perusteella kyse. Toinen

aineiston tarjoama oivallus oli se, kuinka monenlaisia eettisiä haasteita rajalliset resurssit asettavat hoitajille. Esimerkiksi hoitopaikan kapasiteettiin liittyvät tai hoitajaksojen lyhyden takaamiseen tähtäävät elämän loppuvaiheen potilassiirrot ovat eettisesti haastavia tilanteita, joihin liittyvässä päätöksenteossa on syytä tiedostaa päätösten taustalla vaikuttavat perustelut ja arvot sekä arvioida tilanteita yksilöllisesti.

Tutkimusaihe oli siinäkin mielessä antoisa, että se mahdollisti diakonisten ja hoitotyön opintojen yhdistämisen tavalla, joka tuotti sekä teoreettisesti mielenkiintoista että käytännön hoitotyötä hyödyttävää tietoa. Eettinen osaaminen on tärkeää missä tahansa ammatissa; erityisen suuressa roolissa se on kuitenkin työssä, jossa ollaan tekemisissä ihmisten terveyden ja jopa hengen kanssa. Kristillisen etiikan tunteminen on länsimaisen yhteiskunnan arvojen ymmärtämisen kannalta olennaista, ja tämän opinnäytetyön työstämisprosessin aikana oma ymmärrykseni aiheesta on lisääntynyt huomattavasti.

Olen aiemmalta koulutukseltani filosofian maisteri humanistiselta alalta, ja minulla on aiempaa kokemusta tutkimuksen tekemisestä pääasiassa kielen ja kulttuurin parista. Opinnäytetyö mahdollisti aiemmin hankkimieni tutkimuksen tekemiseen liittyvien taitojen ja kokemusten hyödyntämisen. Samalla tutkimuksen tekeminen toisessa oppilaitoksessa ja toisella alalla tutustutti uudenlaisiin menetelmiin, lähteisiin sekä opinnäytetyön prosessia ja rakennetta koskeviin käytäntöihin.

Tutkimuksessa käyttämäni lähdekirjallisuus ja aineiston analyysin pohjalta tekemäni johtopäätökset olivat erittäin arvokkaita myös diakonissaopintojeni ulkopuolella tekemääni, samaa aihepiiriä sivuavaa väitöskirjatutkimusta ajatellen. Voin siis ajatella opinnäytetyön hyödyttävän ammatillista kasvua myös muussa kuin sairaanhoitaja-diakonissan ominaisuudessa. Lisäksi toivon opinnäytetyölläni olevan tarjottavaa kuolevan potilaan hoitotyön parissa työskentelevien terveydenhuollon ammattilaisten eettisen osaamisen kehittämiseksi. Tämä olisi hyödyksi niin itselleni kuin kaikille muillekin hoitotyössä toimiville, sekä tietysti etenkin hoitoa saaville potilaille, joiden asemassa voi joskus olla kuka tahansa meistä.

## LÄHTEET

- Aitamaa, E. (2020). *Ethics in nursing management: identifying ethical problems and methods used by nurse managers to solve these*. (Väitöskirja, Turun yliopisto, hoitotieteen laitos). <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/150211/Annales%20D%201491%20Aitamaa%20DISS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bradley, I. (2010). *Grace, Order, Openness and Diversity: Reclaiming Liberal Theology*. Lontoo/New York: Bloomsbury Publishing.
- Breier-Mackie, S. (2001). Patient autonomy and medical paternity: can nurses help doctors to listen to patients? *Nursing Ethics*, 8(6), 510–521.
- Christakis, N., Smith, J., Parkes, C., & Lamont, E. (2000). Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. *BMJ*, 320, 469–472.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu. (2010). *Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä: Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten*. (Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja C Katsauksia ja aineistoja 17). Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- DOAJ. (2020). *About DOAJ (Directory of Open Access Journals)*. Luettu 25.9.2020. Saatavilla <https://doaj.org/about>
- EduPal. (i.a.) *Perustietoa hankkeesta*. Saatavilla 25.9.2020 <https://www.palliativisenkoulutuksenkehittaminen.fi/perustietoa-hankeesta/>
- ETENE. (2004). *Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa*. ETENE:n 2. kesäseminaari, Helsinki 21. elokuuta 2001. Helsinki: ETENE / Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisuja+4+Kuolemaan+liittyvät+eettiset+kysymykset+terveydenhuollossa.pdf/6a1cd043-354c-486d-b554-e9f37159924e/ETENE-julkaisuja+4+Kuolemaan+liittyvät+eettiset+kysymykset+terveydenhuollossa.pdf>

- ETENE. (2011). *Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta*. ETENE-julkaisuja 32. Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf>
- Finna. (i.a.) *Mikä Finna on?* Saatavilla 25.9.2020 <https://www.finna.fi/Content/about>
- Grönlund, E., & Huhtinen, A. (2011). *Kuolevan hyvä hoito*. Helsinki: Edita.
- Hallamaa, J. (1994). Kristillinen etiikka – jotakin erityistä? Teoksessa P. Järveläinen (toim.) (1994). *Kristinusko ja moraali* (s. 87–99). Suomalaisen Teologisen Kirjallisuusseuran julkaisuja 192. Helsinki: Suomalaisen Teologisen Kirjallisuusseuran vuosikirja 1994.
- Helsingin yliopiston kirjasto. (i.a.) *Medic*. Saatavilla 25.9.2020 <https://www.terkko.helsinki.fi/medic-tietokanta>
- Hänninen, J. (2013). Saattohoito tänään. Teoksessa K. Aalto (toim.) *Saattohoito kuolevan tukena* (s. 24–40). Helsinki: Kirjapaja.
- Hänninen, J., & Anttonen, M.S. (2008). Saattohoitopäätös ja hoitolinjauksen merkitys potilaan hoidossa. Teoksessa E. Grönlund, M.S. Anttonen, S. Lehtomäki & E. Agge (toim.) *Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito* (s. 23–36). Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Hävölä, H., Rantanen, A., & Kylmä, J. (2015). Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvaamina. *Hoitotiede*, Kuopio Vol. 27, Iss. 2, (2015), 132–147.
- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P., & Liikanen, E. (2013). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede*, 25 (4), s. 291–301.
- Karlsson, M., Roxberg, A., Barbosa da Silva, A., & Berggren, I. (2010). Community nurses' experiences of ethical dilemmas in palliative care: a Swedish study. *International Journal of Palliative Nursing*, toukokuu 2010; 16(5), s. 224-231.

- Karlsson, M., Karlsson, C., Barbosa da Silva, A., Berggren, I., & Söderlund, M. (2013). Community nurses' experiences of ethical problems in end-of-life care in the patient's own home. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, joulukuu 2013, Vol. 27 Issue 4, s. 831-838.
- Ketola, K. (2008). *Mitä on fundamentalismi?* [Esitelmä, Yhteinen fundamentalismi -seminaari, Suomen Ekumeeninen Neuvosto 8.3.2008.] Saatavilla 25.9.2020 [http://www.ekumenia.fi/etiikka\\_ja\\_ekumenia/yhteinen\\_fundamentalismi/seminaarin\\_esitelmat/kimmo\\_ketola\\_mita\\_on\\_fundamentalismi/](http://www.ekumenia.fi/etiikka_ja_ekumenia/yhteinen_fundamentalismi/seminaarin_esitelmat/kimmo_ketola_mita_on_fundamentalismi/)
- Kylmä, J., & Juvakka, T. (2007). *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita.
- Lehto, J., Marjamäki, E., & Saarto, T. (2019). Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. *Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim*, 135(4), 335–342.
- Liikala, E. (2013). *Hoitajien kokemuksia kuolevan potilaan hoitotyöstä päivystävässä sairaalassa*. (Opinnäytetyö, Diakonia-ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma). [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/59709/Liikala\\_Elise.pdf](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/59709/Liikala_Elise.pdf)
- McGrath, A. (2015). *Christianity: An Introduction*. Kolmas painos. Chichester: Wiley-Blackwell.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2011). *End of life care for adults*. Quality standard [QS13]. 28.11.2011. Päivitetty viimeksi 7.3.2017. Saatavilla 25.9.2020 <https://www.nice.org.uk/guidance/qs13>
- Paper, J. (2005). *The Deities Are Many: A Polytheistic Theology*. New York: State University of New York Press.
- Pieper, F. (1946/2010). *Kristillinen dogmatiikka*. 3. uudistettu painos julkaistu 2010. Suom. Heikki Koskenniemi. Helsinki: Kustannus Oy Arkki.
- ProQuest. (i.a.) *Health Research Premium Collection*. Saatavilla 25.9.2020 [https://about.proquest.com/products-services/hospital\\_collect\\_sht.html](https://about.proquest.com/products-services/hospital_collect_sht.html)
- Raamattu*. (1992). Suomen evankelis-luterilaisen kirkon kirkolliskokouksen vuonna 1992 käyttöön ottama suomennos. Kirjapaja.

- Rajala, K., Lehto, J.T., Saarinen, M., Sutinen, E., Saarto, T., & Myllärniemi, M. (2016). End-of-life care of patients with idiopathic pulmonary fibrosis. *BMC Palliative Care*, Vol.15, Artikkelinnumero: 85.
- Ryösä, J., Saavalainen, S., Seppä, S., & Tuuliainen, K. (2016). *Kuolevan potilaan kivunhoito sairaanhoitajan näkökulmasta*. (Opinnäytetyö, Saimaan ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma). [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/124461/Katariina\\_Tuuliainen.pdf](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/124461/Katariina_Tuuliainen.pdf)
- Saarto, T., & asiantuntijaryhmä. (2017). *Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatukriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliatiivisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf>
- Sairaanhoitajaliitto. (i.a.) *Ammattietiikka ja kollegiaalisuus*. Saatavilla 25.9.2020 <https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/kollegiaalisuus-ja-ammattietiikka/>
- Sairaanhoitajaliitto. (1996). *Sairaanhoitajien eettiset ohjeet* (hyväksytty Sairaanhoitajaliiton liittokokouksessa 28.9.1996). Saatavilla 25.9.2020 <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Sairaanhoitajien-eettiset-ohjeet.pdf>
- Salminen, A. (2011). *Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin*. Vaasa: Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62.
- Sarivaara, S., Lämsä, R., & Seppälä, U. (2018). Kuolema vuodeosastolla: Kuolevan potilaan hyvän hoidon edellytykset. *Gerontologia*, 32(1), 2018, 4–20.
- Schwarz, J.K. (2006). Ethical aspects of palliative care. Teoksessa M. LaPorte Matzo & D. Witt Sherman (toim.) *Palliative Care Nursing: Quality Care to the End Of Life* (s. 151–186). 2. painos. New York: Springer Publishing Company.
- Schweda, M., Schicktanz, S., Raz, A., & Silvers, A. (2017). Beyond cultural stereotyping: views on end-of-life decision making among religious and secular persons in the USA, Germany, and Israel. *BMC Medical Ethics*, Vol. 18, (2017), Lontoo.

- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2019). *Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa: Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161946/STM\\_2019\\_68\\_Rap.pdf](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161946/STM_2019_68_Rap.pdf)
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. (4.10.2019). *Palliatiivinen hoito ja saattohoito*. Käypä hoito -suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavilla 25.9.2020 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>
- Suomen Lääkäriliitto. (2014). *Eettiset ohjeet*. Saatavilla 25.9.2020 <https://www.laakariliitto.fi/laakaran-tietopankki/kuinka-toimin-laakarina/eettiset-ohjeet/>
- TENK. (2012). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (17.12.2019). *Lait ja suositukset koskien elämän loppuvaiheen hoitoa*. Saatavilla 1.2.2021 <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/lait-ja-suositukset-koskien-elaman-loppuvaiheen-hoitoa>
- Tyynelä-Korhonen, K. (2019). Aktiivinen lääkehoito vai palliatiivinen hoitolinja – valinnan vapaus vai vaikeus? *Lääkärilehti*, 1–2 2019, VSK 74. Suomen Lääkäriliitto, 46–48.
- Ulrich, C. (2012). *Nursing Ethics in Everyday Practice*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International.
- Ward, K. (2002). *Ethics and Christianity*. Lontoo: Routledge.
- WHO. (2020). *WHO definition of palliative care*. Saatavilla 25.9.2020 <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Zamer, J., & Volker, D.L. (2013). Religious Leaders' Perspectives of Ethical Concerns at the End of Life. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, Volume

15(7), lokakuu 2013, The Hospice and Palliative Nurses Association, 396–402.



LIITE 1. Kuolevan potilaan hoitoon liittyvä lainsäädäntö ja sopimukset  
(Grönlund & Huhtinen, 2011, 32; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2019.)  
Ajantasaisuus tarkistettu 1.2.2021, päivitetty soveltuvin osin.

Kuolevan potilaan hoitoon ja kuolemaan liittyvät säädökset, mukana Suomen lainsäädäntö sekä Suomen allekirjoittamat kansainväliset sopimukset.

Asetus kuolemansyyn selvittämisestä (948/1973).

Erikoissairaanhoidolaki (1062/1989).

Euroopan ihmisoikeussopimus (63/1999).

Kansanterveyslaki (66/1972).

Laki kuolemansyyn selvittämisestä (459/1973).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992).

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000).

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994).

Sosiaalihuoltolaki (1301/2014).

Suomen perustuslaki (731/1999).

Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä (582/2017).

Yleissopimus ihmisoikeuksien ja ihmisarvon suojaamiseksi biologian ja lääketieteen alalla (24/2010).

## LIITE 2. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet

(Sairaanhoitajaliitto, 1996). Julkaistu Sairaanhoitajaliiton luvalla.

### **Sairaanhoitajien eettiset ohjeet**

Eettisten ohjeiden tarkoituksena on tukea sairaanhoitajien, terveydenhoitajien, kättilöiden ja ensihoitajien (AMK) eettistä päätöksentekoa heidän päivittäisessä työssään\*. Ohjeet ilmaisevat sairaanhoitajille, muille terveydenhuollossa työskenteleville sekä väestölle sairaanhoitajan perustehtävän yhteiskunnassa ja hänen työnsä periaatteet.

\* Jatkossa käytetään termiä sairaanhoitaja tarkoittamaan sairaanhoitajan, terveydenhoitajan, kättilön ja ensihoitajan (AMK) tutkinnon suorittaneita.

#### I Sairaanhoitajan tehtävä

Sairaanhoitajan tehtävänä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen.

Sairaanhoitaja auttaa kaikenikäisiä ihmisiä erilaisissa elämäntilanteissa. Sairaanhoitaja palvelee yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä. Ihmisiä hoitaessaan hän pyrkii tukemaan ja lisäämään heidän omia voimavarojaan sekä parantamaan heidän elämänsä laatua.

#### II Sairaanhoitaja ja potilas

Sairaanhoitaja on toiminnastaan ensisijaisesti vastuussa niille potilaille, jotka tarvitsevat hänen hoitoaan. Hän suojelee ihmiselämää ja edistää potilaan yksilöllistä hyvää oloa. Sairaanhoitaja kohtaa potilaan arvokkaana ihmisenä ja luo hoitokulttuurin, jossa otetaan huomioon yksilön arvot, vakaumus ja tavat.

Sairaanhoitaja kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja järjestää potilaalle mahdollisuuksia osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Sairaanhoitaja pitää salassa potilaan antamat luottamukselliset tiedot ja harkitsee, milloin keskustelee niistä muiden hoitoon osallistuvien kanssa.

Sairaanhoitaja kohtelee toista ihmistä lähimmäisenä. Hän kuuntelee potilasta ja eläytyy tämän tilanteeseen. Sairaanhoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde perustuu avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen.

Sairaanhoitaja toimii tehtävässään oikeudenmukaisesti. Hän hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisen hoitotarpeen mukaan, riippumatta potilaan terveysongelmasta, kulttuurista, uskonnosta, äidinkielestä, iästä, sukupuolesta, rodusta, ihon väristä, poliittisesta mielipiteestä tai yhteiskunnallisesta asemasta.

### III Sairaanhoitajan työ ja ammattitaito

Tekemästään hoitotyöstä sairaanhoitaja vastaa henkilökohtaisesti. Hän arvioi omansa ja muiden pätevyyden ottaessaan itselleen tehtäviä ja jakaessaan niitä muille. Ammatissa toimivan sairaanhoitajan velvollisuutena on jatkuvasti kehittää ammattitaitoaan.

Samassa hoitoyhteisössä työskentelevät sairaanhoitajat vastaavat yhdessä siitä, että hoitotyön laatu on mahdollisimman hyvä ja että sitä parannetaan jatkuvasti.

### IV Sairaanhoitaja ja työtoverit

Sairaanhoitajat tukevat toinen toistaan potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa, työssä jaksamisessa ja ammatillisessa kehittämisessä.

Sairaanhoitajat kunnioittavat oman ja muiden ammattiryhmien edustajien asiantuntemusta. He pyrkivät hyvään yhteistyöhön muiden potilaan hoitoon osallistuvien työntekijöiden kanssa.

Sairaanhoitajat valvovat etteivät oman ammattikunnan jäsenet tai muut potilaan hoitoon osallistuvat toimi potilasta kohtaan epäeettisesti.

#### V Sairaanhoitaja ja yhteiskunta

Sairaanhoitajat osallistuvat ihmisten terveyttä, elämän laatua ja hyvinvointia koskevaan keskusteluun ja päätöksentekoon sekä kansallisella että kansainvälisellä tasolla.

Sairaanhoitaja toimii yhdessä potilaiden omaisten ja muiden läheisten kanssa ja vahvistaa näiden osallistumista potilaan hoitoon. Hän antaa terveyttä koskevaa tietoa väestölle ja lisää ihmisten kykyä hoitaa itseään. Sairaanhoitaja tekee yhteistyötä vapaaehtois-, vammais- ja potilasjärjestöjen kanssa.

Sairaanhoitajien kansainvälinen työ on ammatillisen tiedon ja taidon vastavuoroista välittämistä sekä osallistumista kansainvälisten järjestöjen toimintaan. Sairaanhoitajat kantavat vastuuta ihmiskunnan terveydellisten ja sosiaalisten elinolojen kehittämisestä maailmanlaajuisesti sekä edistävät samanarvoisuutta, suvaitsevaisuutta ja yhteisvastuullisuutta.

#### VI Sairaanhoitaja ja ammattikunta

Sairaanhoitajakunta huolehtii siitä, että ammattikunnan jäsenet hoitavat arvokkaasti yhteiskunnallisen tehtävänsä. Ammattikunta tukee jäsentensä moraalista ja eettistä kehitystä sekä valvoo, että sairaanhoitajalla säilyy ihmisläheinen auttamistehtävä.

Sairaanhoitajat vastaavat ammattikuntana jäsentensä hyvinvoinnista. Heidän ammattijärjestönsä toimii aktiivisesti oikeudenmukaisten sosiaalisten ja taloudellisten työolojen varmistamiseksi jäsenistölle.

Sairaanhoitajakunta vastaa oman alansa asiantuntijuudesta. Sairaanhoitajat huolehtivat ammatin sisällön syventämisestä, koulutuksen kehittämisestä sekä tieteellisyyden edistämisestä. Sairaanhoitajakunnan asiantuntijuuden kasvun tulisi näkyä väestön hyvän olon edistymisenä.