KESKUSTELUJA

Arvokkuusterapia ennakoivassa palliatiivisessa vaiheessa: kiinnittymiskohdat ja eettiset reunaehdot ikääntyneiden hoidossa

Viivi Lehdonvalo ja Sini Heino

Johdanto

Ikääntyneiden hoitoa koskevassa tutkimuksessa ja käytännössä on viime vuosina korostunut tarve huomioida ihmisarvon, merkityksellisyyden ja elämän jatkuvuuden kokemukset tilanteissa, joissa toimintakyky, autonomia ja sairauden ennustettavuus heikkenevät (Golovchanova ym. 2021). Väestön ikääntyminen ja monisairastavuuden lisääntyminen ovat lisänneet palliatiivisten ja saattohoidollisten palveluiden tarvetta myös ikääntyneiden hoidon konteksteissa, joissa eksistentiaaliset kysymykset nousevat usein keskiöön (World Health Organization 2002; Saarto ym. 2017).

Arvokkuusterapia on strukturoitu, ohjattu psykososiaalinen interventio, joka perustuu ennalta määriteltyyn haastattelurunkoon ja jonka tuloksena syntyy potilaan omiin sanoihin perustuva perintödokumentti (Chochinov ym. 2005; Chochinov 2012). Menetelmän toteutuksessa keskustelu äänitetään potilaan suostumuksella ja litteroidaan, ja sen pohjalta fasilitoija jäsentää perintödokumentin potilaan kerronnasta. Valmis dokumentti käydään potilaan kanssa läpi, ja siihen tehdään tarvittavat muutokset hänen toiveidensa mukaisesti. Äänite poistetaan potilaan läsnä ollessa perintödokumentin palauttamisen yhteydessä.

Menetelmä on terapeuttinen, mutta ei psykoterapeuttinen, eikä se perustu diagnostiikkaan tai pitkäkestoiseen hoitosuhteeseen (Chochinov 2012). Sen tavoitteena on tukea vakavasti sairastavan ihmisen kokemusta arvokkuudesta, merkityksellisyydestä ja elämän jatkuvuudesta palliatiivisen hoidon eri vaiheissa (Chochinov 2002; Sulmasy 2002).

Arvokkuusterapian teoreettinen perusta nojaa Harvey Max Chochinovin kehittämään *dignity*-malliin, jossa ihmisarvo ymmärretään dynaamisena ja vuorovaikutuksessa rakentuvana kokemuksena. Malli jäsentää ihmisarvoa kolmeen toisiaan täydentävään pilariin: ihmisarvoa uhkaaviin tekijöihin, ihmisarvoa suojaaviin tekijöihin sekä hoitosuhteen merkitykseen elämän loppuvaiheessa. (Chochinov 2002; Chochinov 2007.) *Dignity*-mallin pohjalta kehitetty arvokkuusterapia sijoittuu palliatiivisen hoidon psykososiaalisen ja eksistentiaalisen tuen alueelle. Se muodostaa rajatun, tarkoituksellisen intervention, jonka ytimessä on potilaan oma kerronta (Chochinov ym. 2005; Chochinov 2012).

Vaikka arvokkuusterapiaa on kansainvälisesti tutkittu, se on Suomessa toistaiseksi jäänyt vähäiselle huomiolle eikä sille ole muodostunut vakiintunutta asemaa ikääntyneiden hoidon käytännöissä (Saarto ym. 2017; 2019). Kansallisissa palliatiivisen hoidon linjauksissa psykososiaalinen ja eksistentiaalinen tuki tunnistetaan laadun keskeiseksi ulottuvuudeksi, mutta arvokkuusterapiaa ei kuvata niissä menetelmänä eikä sen toteutukselle esitetä yhtenäisiä rakenteita tai ohjaavia suosituksia (Saarto ym. 2017; 2022). Menetelmän asema suomalaisessa palvelujärjestelmässä on siten toistaiseksi institutionaalisesti määrittymätön, mikä perustelee sen tarkastelun gerontologi-

sesta, palvelurakenteellisesta ja eettisestä näkökulmasta.

Lehdonvalo toteutti keväällä 2025 TYKSin palliatiivisessa keskuksessa arvokkuusterapian pilottikokonaisuuden. Toteutukseen sisältyi keskimäärin 1–3 tapaamista potilasta kohden. Pilotista tehdyt havainnot menetelmän toteutettavuudesta, ajallisesta kuormasta ja eettisistä reunaehdoista toimivat tässä tekstissä käytännön tarkastelupintana. Potilaiden ja omaisten antamia palautteita tuodaan esille tekstin eri kohdissa.

Arvokkuusterapian perusta ja tavoitteet

Menetelmän tavoitteena ei ole oireenmukainen hoito tai psykologinen interventio perinteisessä mielessä, vaan potilaan kokemuksen tukeminen arvokkuudesta, merkityksellisyydestä ja elämän jatkuvuudesta elämän loppuvaiheessa (Chochinov 2002; Sulmasy 2002). Arvokkuusterapia täydentää muuta hoitoa ja psykososiaalista tukea rajatussa ja tarkoituksenmukaisessa kontekstissa eli tilanteissa, joissa potilas kykenee reflektiiviseen työskentelyyn, haluaa osallistua prosessiin ja joissa hänen vointinsa, kuormituksensa ja hoitotilanteensa mahdollistavat intervention toteuttamisen ilman, että se muodostuu hänelle rasittavaksi (Chochinov ym. 2005). Lisäksi käytännön toteutuksessa on havaittu, että perintödokumentin merkitys korostuu erityisesti sen henkilökohtaisessa ja relationaalisessa ulottuvuudessa suhteessa läheisiin.

Tutkimusnäyttö on kertynyt pääosin palliatiivisen hoidon kontekstissa ja koostuu satunnaistetuista tutkimuksista, seurantatutkimuksista sekä laadullisista analyyseistä (Chochinov ym. 2005; Hall ym. 2011; Chochinov 2012; Seiler ym. 2024). Tulokset viittaavat myönteisiin vaikutuksiin erityisesti eksistentiaalisen ahdistuksen ja psyykkisen kuormituksen lievittymisessä sekä koetun elämänlaadun tukemisessa.

Pilottiin osallistuneet potilaat arvioivat arvokkuusterapian vaikutuksia elämänlaatuunsa myönteisesti, ja arviot sijoittuivat asteikon ”jonkin verran” – ”erittäin paljon” välille. Lisäksi perintödokumentin on todettu voivan tukea läheisten sopeutumista ja suruprosessia (Seiler ym. 2024). Pilottiin osallistuneiden omaisten palautteessa korostui kokemus dokumentin merkityksellisyydestä: eräs omainen kuvasi menetelmää toteamalla, että “tämä pitäisi tehdä kaikille”. Sekä osallistujat että dokumentin vastaanottajat ilmaisivat kiitollisuutta perintödokumentista.

Tutkimusnäytön tulkintaa rajoittaa kuitenkin se, että vaikuttavuus ei ilmene yhdenmukaisesti kaikilla kvantitatiivisilla mittareilla, eikä arvokkuusterapialle ole vakiintunutta, laajasti validoitua arviointimittaria (Hall ym. 2011; Seiler ym. 2024). Tutkimus on painottunut syöpäpotilaisiin ja erikoissairaanhoidon konteksteihin, mikä edellyttää varovaisuutta tulosten soveltamisessa ikääntyneiden hoidon ja pitkäaikaishoidon ympäristöihin (Hall ym. 2011; Seiler ym. 2024).

Tästä näkökulmasta arvokkuusterapiaa koskevaa tutkimusnäyttöä on perusteltua tarkastella ensisijaisesti prosessilähtöisenä ja laadullisena. Tämä vastaa menetelmän luonnetta merkityksellisyyttä, identiteettiä ja elämän jatkuvuutta käsittelevänä interventiona, mutta haastaa sen kytkemistä perinteiseen, standardoituihin mittareihin perustuvaan vaikuttavuusajatteluun (Sulmasy 2002; Seiler ym. 2024).

Kokonaisuutena tutkimus tukee arvokkuusterapian käyttöä rajattuna, potilaan valmiuksiin ja tilanteeseen perustuvana interventiona. Mittaristojen, kontekstien ja kohderyhmien vaihtelu sekä ikääntyneiden pitkäaikaishoidon niukempi tutkimusperusta puoltavat sen tarkastelua harkinnanvaraisena eikä rutiininomaisena hoitokäytäntönä.

Arvokkuusterapian ytimessä on potilaan kohtaaminen ja hänen oman kerrontansa mahdollistaminen. Pilottiin osallistuneet potilaat arvioivat arvokkuusterapian kokemuksensa

myönteiseksi ja hyödylliseksi, ja kokemus arvostetuksi tulemisesta sijoittui asteikon ”paljon” – ”erittäin paljon” välille. Perintödokumentti on tämän prosessin tuloksena syntyvä potilaan kerronnasta jäsennetty narratiivinen kokonaisuus. Se ei ole hoitotahto, ennakointikeskustelun yhteenveto eikä hoidon rajaamista koskeva asiakirja, eikä se korvaa hoidon tai palvelujen suunnittelua. Sen tarkoituksena on tehdä potilaan kertomuksesta ymmärrettävä ja merkityksellinen, ja se voi tukea potilaan arvojen, identiteetin ja merkityksellisten suhteiden välittymistä läheisille.

Gerontologinen näkökulma

Gerontologisessa tutkimuksessa merkityksellisyyden, elämän tarkoituksen ja identiteetin jatkuvuuden on osoitettu olevan keskeisiä iäkkäiden ihmisten psyykkiselle hyvinvoinnille ja sopeutumiselle elämän myöhemmissä vaiheissa (Sulmasy 2002; Golovchanova ym. 2021). Ikääntymiseen liittyvä toimintakyvyn heikkeneminen, sairastavuuden lisääntyminen ja sosiaalisten roolien kaventuminen voivat haastaa kokemusta omasta arvosta erityisesti tilanteissa, joissa autonomia vähenee ja tulevaisuuden näkymät lyhenevät (Chochinov 2002).

Ikääntyneet eivät muodosta homogeenista ryhmää, vaan heidän elämänhistoriansa, kognitiivinen toimintakykynsä ja tapansa jäsentää omaa elämäntarinaansa vaihtelevat merkittävästi. Gerontologisessa tutkimuksessa on osoitettu, että menneisyyden muistelu ja elämäntarinan jäsentäminen palvelevat useita erilaisia, yksilöllisesti vaihtelevia psykologisia funktioita, kuten identiteetin ylläpitämistä, merkityksellisyyden rakentamista ja sopeutumista (Cappeliez ym. 2007). Tämän vuoksi myös eksistentiaalisen tuen muodoissa yksilöllisyyden huomioiminen on keskeistä. Arvokkuusterapia vastaa tähän tarjoamalla rakenteen, joka perustuu potilaan omaan kerrontaan ja hänen itsensä määrittelemiin merkityksiin ilman ennakkooletuksia (Chochinov 2002; Chochinov 2012).

Arvokkuusterapian merkitys liittyy erityisesti kokemukseen elämän jatkuvuudesta tilanteissa, joissa muu toimijuus kaventuu. Menetelmä ei pyri palauttamaan menetettyä toimintakykyä eikä suuntaudu tulevaisuuden tavoitteiden asettamiseen, vaan mahdollistaa eletyn elämän jäsentämisen ja merkityksellisyyden tunnistamisen elämän loppuvaiheessa (Chochinov 2002; Sulmasy 2002).

Ikääntyneiden hoidon konteksti asettaa arvokkuusterapialle kuitenkin myös selkeitä reunaehtoja. Pitkäaikaissairaudet, haurastuminen, muistisairaudet sekä hoidon jatkuvuus eri ympäristöissä voivat rajoittaa arvokkuusterapian toteuttamismahdollisuuksia tai tehdä sen käytöstä eettisesti ja menetelmällisesti epäasianmukaista. Kaikissa tilanteissa narratiivinen ja ajallisesti vaativa prosessi ei ole realistinen tai potilaan kannalta tarkoituksenmukainen.

Gerontologisesti tarkasteltuna arvokkuusterapian keskeinen kiinnityspiste liittyy niihin tilanteisiin, joissa elämän jatkuvuuden kokemus uhkaa katketa jo ennen varsinaista elämän loppuvaihetta (Murphy ym. 2025). Arvokkuusterapia voi tällaisessa tilanteessa tarjota mahdollisuuden jäsentää elettyä elämää ja sen merkityksiä silloin, kun kognitiiviset ja emotionaaliset valmiudet siihen ovat vielä olemassa.

Toinen gerontologisesti merkittävä kiinnityskohta liittyy muistisairauksiin ja päätöksenteon tuen eettisiin rajoihin. Päätöksentekokyvyn heikkeneminen ei merkitse yksiselitteisesti kyvyttömyyttä ylläpitää arvoja tai merkityksellisiä suhteita (Jaworska 1999; Sulmasy 2002). Käytännön kokemuksessa tämä näyttäytyy tilanteina, joissa potilas kykenee ilmaisemaan arvojaan ja merkityksellisiä suhteitaan, vaikka hänen kykynsä tehdä monimutkaisia päätöksiä olisi heikentynyt. Menetelmä ei korvaa juridisia ennakointiin liittyviä asiakirjoja eikä päätöksenteon tukimuotoja, mutta voi täydentää niitä eksistentiaalisella tasolla.

Kolmas gerontologisesti olennainen ulottuvuus liittyy pitkäaikaishoidon arkeen. Hoivaympäristöissä kohtaamiset painottuvat usein perushoitoon ja välittömiin tarpeisiin, jolloin

elämänhistorian ja merkityksellisyyden käsittely ei välttämättä jäsenny systemaattiseksi osaksi hoidon arkea, vaikka psykososiaalinen ja eksistentiaalinen tuki tunnistetaan osaksi laadukasta hoitoa (Saarto ym. 2022). Tällaisessa kontekstissa eksistentiaalinen ulottuvuus voi jäädä implisiittiseksi tai tilanteisesti esiin nousevaksi osaksi hoitoa. Käytännön havainnot viittaavat siihen, että tällaiset keskustelut jäävät usein ajallisesti rajallisiksi ilman erikseen jäsennettyä tilaa.

Terveyspoliittinen ja palvelurakenteellinen näkökulma

Arvokkuusterapia sijoittuu palliatiivisen hoidon laadun, yhdenvertaisuuden ja ihmisarvon ydinkysymysten äärelle. Kansainvälisesti on tunnistettu, että palliatiivinen hoito edellyttää lääketieteellisten hoitojen ohella systemaattista psykososiaalista ja eksistentiaalista tukea (World Health Organization 2002). Suomessa STM:n linjaukset ja THL:n kansallinen laatusuositus tunnistavat nämä ulottuvuudet osaksi laadukasta hoitoa, mutta jättävät niiden käytännön toteutuksen pitkälti avoimeksi (Saarto ym. 2017; 2019; 2022).

Konkreettisesti tämä tarkoittaa, että eksistentiaalinen tuki jää usein hoitotyön implisiittiseksi osaksi ilman selkeitä rakenteita, vastuita tai resursointia. Arvokkuusterapian käytön avulla voidaan pyrkiä tekemään tämä työ näkyväksi ja tunnistamaan eksistentiaalisen tuen ajalliset ja osaamisvaatimukset osana hoidon laatua. Menetelmän käyttö tukee terveydenhuoltolain ja vanhuspalvelulain keskeisiä periaatteita asiakaslähtöisyydestä ja iäkkään henkilön vaikutusmahdollisuuksista omaan hoitoonsa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010; Ikälaki 980/2012).

Arvokkuusterapia on periaatteessa integroitavissa palliatiivisen hoidon, saattohoidon, kotihoidon ja erikoissairaanhoidon nykyisiin rakenteisiin. Sen toteuttaminen ei kuitenkaan tapahdu ilman tietoista organisatorista päätöstä, sillä menetelmä edellyttää ajallista resursointia, rakenteen hallintaa ja eettisten reunaehtojen ymmärtämistä. Käytännön toteutuksesta tehdyt havainnot viittaavat siihen, että yhden arvokkuusterapiaprosessin läpivieminen edellyttää tyypillisesti noin yhden työpäivän työpanosta. Varsinainen haastattelu kesti enimmillään noin tunnin, ja perintödokumentin palautus alle puoli tuntia riippuen toivottujen muutosten määrästä. Tämä konkretisoi sen, ettei kyse ole hoitotyön sivutuotteesta, vaan ajallisesti ja rakenteellisesti tunnistettavasta työstä, jonka toteuttaminen edellyttää priorisointia osana hoidon kokonaisuutta.

Palvelurakenteellisesti keskeistä on myös tunnistaa, ettei arvokkuusterapia ole kaikille potilaille eikä kaikkiin tilanteisiin tarkoituksenmukainen. Menetelmä edellyttää potilaalta riittävää kognitiivista ja emotionaalista kykyä jäsentää omaa elämäntarinaansa sekä halua osallistua narratiiviseen prosessiin. Kaikki, joille mahdollisuutta tarjottiin, eivät osallistuneet pilottiin.

Akuutit psyykkiset kriisit, vaikeat kognitiiviset oireet tai voimakas somaattinen kuormitus voivat tehdä arvokkuusterapian käytöstä ajallisesti tai eettisesti epärealistista sekä potilaalle kuormittavaa. Tällöin perintödokumentin sisältö voi välittyä läheisille tavalla, joka ei vastaa potilaan laajempaa kokemusta itsestään ja eletyn elämän merkityksistä.

Tämän vuoksi arvokkuusterapian käyttö on luonteeltaan harkinnanvaraista. Menetelmän soveltuvuutta ei voida määrittää palvelurakenteesta käsin, vaan se edellyttää yksilöllistä tilannearviota, jossa huomioidaan potilaan vointi, toiveet ja elämäntilanne. Palvelujärjestelmän tehtävänä ei ole varmistaa menetelmän universaalia saatavuutta, vaan mahdollistaa sen käyttö silloin, kun edellytykset täyttyvät ja intervention voidaan arvioida tukevan potilaan kokemusta arvokkuudesta.

Kaikki pilottiin osallistuneet kokivat arvokkuuden ja merkityksellisyyden lisääntyneen prosessin myötä: arviot sijoittuivat asteikon ”jonkin verran” – ”erittäin paljon” välille.

Palvelurakenteellisessa tarkastelussa arvokkuusterapian keskeinen merkitys liittyy siten eksistentiaalisen tuen näkyväksi tekemiseen. Menetelmä konkretisoi sen, että merkityksellisyyttä ja elämän jatkuvuutta koskeva työ ei synny spontaanisti kiireisessä hoitoympäristössä, vaan edellyttää aikaa, osaamista ja rakenteellista hyväksyntää. Tässä mielessä arvokkuusterapia toimii myös peilinä palvelujärjestelmälle: se tekee näkyväksi ne rakenteelliset ehdot, joiden varassa eksistentiaalinen tuki on ylipäätään mahdollista.

Eettiset ulottuvuudet

Arvokkuusterapian eettinen ulottuvuus ei liity yksittäisiin tekniikoihin tai perintödokumentin sisältöön, vaan tapaan, jolla eksistentiaalinen tuki tunnistetaan ja rajataan osaksi hoitoa. Menetelmä ymmärretään rajattuna ja tarkoituksellisena interventioprosessina, jonka eettinen perusta nojaa potilaan autonomian, oman äänen ja merkityksenantamisen ensisijaisuuteen (Chochinov 2002; Sulmasy 2002).

Arvokkuusterapian keskeinen tuotos on perintödokumentti, joka on tarkoitettu potilaalle itselleen ja hänen nimeämilleen läheisille. Se ei ole hoitohenkilökunnan työväline eikä osa potilasasiakirjoja, eikä sillä ole ohjaavaa roolia hoitopäätöksissä tai kliinisessä arvioinnissa (Chochinov 2012). Dokumentin sisältö, säilyttäminen ja jakelu perustuvat potilaan tahtoon, ja sen merkitys määrittyy potilaan ja hänen läheistensä välisessä suhteessa.

Arvokkuusterapiassa potilaan kerronta suuntautuu läheisille, vaikka vuorovaikutus tapahtuu ammattilaisen kanssa. Fasilitoijan vastuulla on huolehtia siitä, että tämä suunta säilyy potilaan itsensä määrittelemänä eikä siirry kohti ammatillista vastaanottajaa tai hoitosuhteen sisäistä merkityksenantoa (Chochinov 2012). Tämä konkretisoituu perintödokumentin jäsentämisessä: fasilitoija rakentaa potilaan kerronnasta loogisen ja ymmärrettävän kokonaisuuden tunnistamalla sen rakenteen, painopisteet ja toistuvat teemat ilman, että potilaan ääni tai intentio vääristyy. Fasilitoija vastaa rakenteesta, potilas sisällöstä. Tässä mielessä perintödokumentin kirjoittaminen on rakenteellista ja eettistä työtä, ei luovaa kirjoittamista.

Kaikki pilottiin osallistuneet arvioivat saamansa perintödokumentin hyväksi tai erittäin hyväksi.

Arvokkuusterapian keskeiset eettiset riskit liittyvät prosessin toteutukseen. Näitä ovat menetelmän mekaaninen käyttö ilman ymmärrystä sen tarkoituksesta, potilaan kerronnan ohjaaminen fasilitoijan omien arvojen suuntaan sekä perintödokumentin irrottaminen potilaan alkuperäisestä tarkoituksesta (Chochinov 2007; Chochinov 2012).

Eettisesti kestävä toteutus edellyttää selkeitä reunaehtoja, ammatillista itsetuntemusta ja jatkuvaa reflektiota. Vastuu kohdistuu fasilitointiin, prosessin rajaamiseen ja siihen, että potilaan oma ääni säilyy ensisijaisena koko intervention ajan. Vain potilaan nimenomaisella suostumuksella perintödokumentti tai sen rajatut osat voivat toimia rajapintana potilaan, omaisten ja hoitotiimin välillä, eikä tällöinkään dokumentin tehtävänä ole ohjata hoitopäätöksiä tai korvata kliinistä arviointia (Barry & Edgman Levitan 2012).

Kirjoittajien kokemuksen mukaan ei ole tavatonta, että potilas pyrkii ohjaamaan keskustelua omista lähtökohdistaan, mikä korostaa fasilitoijan roolitietoisuutta ja vastuuta prosessin rakenteen säilyttämisessä.

Johtopäätökset

Arvokkuusterapia tarjoaa ikääntyneiden palliatiiviseen hoitoon rajatun, mutta merkityksellisen tavan tukea potilaan kokemusta arvokkuudesta, merkityksellisyydestä ja elämän jatkuvuudesta tilanteissa, joissa toimintakyky ja hoitomahdollisuudet ovat kaventuneet (Chochinov 2002; World Health Organization 2002). Menetelmän keskeinen merkitys ikääntyneiden hoidossa ei liity ensisijaisesti mitat-

taviin vaikutuksiin, vaan siihen, että potilaalle avautuu mahdollisuus sanoittaa elettyä elämää ja sen merkitystä omista lähtökohdistaan elämän loppuvaiheessa.

Gerontologisesta näkökulmasta arvokkuusterapia asettuu luontevasti osaksi hoitoa, jossa vanhuus ymmärretään omana elämänvaiheenaan eikä pelkästään toimintakyvyn heikkenemisenä. Menetelmä tukee identiteetin jatkuvuutta ja eletyn elämän kokonaisuuden jäsentämistä silloin, kun tulevaisuuteen suuntautuva toimijuus on jo rajautunut. Tässä mielessä arvokkuusterapia vastaa ikääntyneiden hoidon keskeisiin haasteisiin tavalla, joka ei perustu aktiivisuuden tai toimintakyvyn palauttamiseen, vaan kokemukselliseen jatkuvuuteen ja merkityksellisyyteen (Chochinov 2002; Sulmasy 2002).

Suomalaisessa palvelujärjestelmässä arvokkuusterapia ei ole erillinen hoitomuoto eikä yleispätevä ratkaisu, vaan tarkoituksellinen lisä olemassa olevaan palliatiiviseen hoitoon. Sen toteuttaminen edellyttää rakenteellista tunnistamista ja ajallista resursointia, mutta ei välttämättä uusia hallinnollisia tai toiminnallisia järjestelyjä. Keskeistä on se, että eksistentiaalinen tuki ei jää sattumanvaraiseksi tai henkilöriippuvaiseksi, vaan on mahdollista silloin, kun potilaan tilanne ja edellytykset sitä tukevat (Saarto ym. 2017; 2022).

Tutkimuksen ja kehittämisen kannalta olennaista on syventää ymmärrystä arvokkuusterapian soveltuvuudesta ikääntyneiden erilaisissa hoitoympäristöissä, erityisesti niissä konteksteissa, joissa pitkäaikaissairaus, haurastuminen ja hoidon jatkuvuus asettavat erityisiä vaatimuksia eksistentiaaliselle tuelle. Samalla tarvitaan arviointitapoja, jotka tunnistavat menetelmän merkityksen hoidon laadulle ilman, että sitä pakotetaan perinteisen instrumentaalisen vaikuttavuusajattelun kehyksiin (Sulmasy 2002; Seiler ym. 2024).

Kirjoittajat

Viivi Lehdonvalo, tradenomi, saattohoitaja (EAT), TYKS YLE Resurssipooli – Palliatiivinen keskus, Varsinais-Suomen hyvinvointialue, viivi.lehdonvalo@varha.fi

Sini Heino, TtM, HTM, ylihoitaja, Päijät-Hämeen hyvinvointialue, sini.heino@paijatha.fi

Kirjallisuus

Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making: the pinnacle of patient-centered care. N Engl J Med 2012;366(9):780–1. https://doi.org/10.1056/NEJMp1109283

Cappeliez P, Rivard V, Guindon S. Functions of reminiscence in later life: proposition of a model and applications. Eur Rev Appl Psychol 2007;57(3):151–6. https://doi.org/10.1016/j.erap.2005.02.014

Chochinov HM. Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. BMJ 2007;335:184–7. https://doi.org/10.1136/bmj.39244.650926.47

Chochinov HM. Dignity conserving care: a new model for palliative care. JAMA 2002;287(17):2253–60. https://doi.org/10.1001/jama.287.17.2253

Chochinov HM. Dignity therapy. Curr Opin Support Palliat Care 2012;6(4):499–504.

Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. J Clin Oncol 2005;23(24):5520–5. https://doi.org/10.1200/JCO.2005.08.391

Golovchanova N, Ozhiganova G, Molodchenkova I, Tikhomandritskaya O. Presence of meaning in life in older men and women: The role of dimensions of frailty and social support. Front Psychol 2021;12:730724. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.730724.

Hall S, Goddard C, Opio D, Speck P, Higginson IJ. Assessing the feasibility, acceptability and potential effectiveness of dignity therapy for people with advanced cancer. BMC Palliat Care 2011;10:1. https://doi.org/10.1186/1472-684X-8-5

Ikälaki 980/2012. Internet: https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2012/980 (viitattu 11.5.2026).

Jaworska A. Respecting the margins of agency: Alzheimer's patients and the capacity to value. Phil Pub Affairs 1999;28(2):105–38. https://doi.org/10.1111/j.1088-4963.1999.00105.x

Murphy S, McCance T, White PJ. How do older people experience person-centred integrated care? An integrative review of the evidence. Int J Integr Care 2025;25(4):1–21. https://doi.org/10.5334/ijic.ICIC25214

Saarto T, asiantuntijatyöryhmä. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatukriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2017. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3896-0

Saarto T, Finne-Soveri H, asiantuntijatyöryhmät. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Alueellinen kartoitus ja suositusehdotukset laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2019. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4041-3

Saarto T, Lyytikäinen M, Ahtiluoto S, Junttila K, Lehto J, Finne-Soveri H, ym. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Ohjaus 4/2022. https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-824-8

Seiler A, Leung D, Poon M, et al. Effects of dignity therapy on psychological distress and quality of life in terminally ill patients and their family caregivers. BMC Palliat Care 2024;23(1). https://doi.org/10.1186/s12904-024-01408-4

Sulmasy DP. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. The Gerontologist 2002;42(suppl-3): 24–33. https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl_3.24

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Internet: https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2010/1326 (viitattu 11.5.2026).

World Health Organization. Active ageing: A policy framework. Geneva: WHO, 2002. Internet: https://iris.who.int/handle/10665/67215 (viitattu 12.5.2026).