

Tuija Kinnunen

Ennakoivan hoitosuunnitelman kehittäminen moniammatillisessa yhteistyössä

Opinnäytetyö

Kliininen asiantuntija pal-
liatiivinen hoitotyö

Sairaanhoitaja ylempi (AMK)

Kevät 2023



**KAMK • University
of Applied Sciences**

Tiivistelmä

Tekijä(t): Kinnunen Tuija

Työn nimi: Ennakoivan hoitosuunnitelman kehittäminen moniammatillisessa yhteistyössä

Tutkintonimike: Sairaanhoidtaja ylempi (AMK) Palliatiivisen hoidon kliininen asiantuntija

Asiasanat: ennakoiva hoitosuunnitelma, palliatiivinen hoito, moniammatillinen yhteistyö, toimintatutkimus

Potilaan palliatiivinen- ja saattohoito perustuvat ajoissa tehtyyn potilaan ennakoivaan hoitosuunnitelmaan ja saattohoitopäätökseen. Varhain laadittu hoitosuunnitelma ja aloitettu palliatiivinen hoito, edistävät potilaiden ja heidän läheistensä elämänlaatua, vähentävät sairaalajaksoja ja epätarkoituksenmukaisia hoitoja elämän loppuvaiheessa. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää potilaan elämän loppuvaiheen ennakoivaa hoitosuunnitelmaa ja sen toteuttamista moniammatillisessa yhteistyössä.

Opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksen metodologiaa soveltaen. Sykli 1 oli kirjallisuuskatsaus, jossa haettiin vastausta tutkimuskysymykseen, miten palliatiivisen potilaan ennakoiva hoitosuunnitelma tehdään. Tarkoitus oli kartoittaa, miten palliatiivisen potilaan ennakoiva hoitosuunnitelma tehdään. Syklin aluksi kuvattiin kirjallisuuskatsauksen tietoperusta, tarkoitus ja tutkimuskysymys. Toimintavaiheessa määriteltiin hakusanat ja -lausekkeet sekä tehtiin kirjallisuushaku sisäänotto- ja poissulkukriteerien mukaisesti Medic, Cinahl, Pubmed ja Finna-tietokannoista sekä manuaalisesti. Tiedonhaulla saatiin kymmenen julkaisua. Havainnointivaiheessa tehtiin induktiivinen sisällön analyysi, jonka tuloksena saatiin seitsemän luokkaa: ajoissa tehty elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma, vuorovaikutus moniammatillisessa tiimissä, potilaskeskeinen hoidon suunnittelu, elämänlaadun ja hoitotyytyväisyyden varmistaminen, oirehoidon ohjaus, saattohoidosta keskustelu sekä potilaan ja läheisen psyykkisen ja eksistentiaalisen tuen tarve. Reflektiovaiheessa saatuja tuloksia arvioitiin tietoperustan avulla.

Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella suunniteltiin sykli 2, jonka tarkoitus oli kuvata ennakoivan hoitosuunnitelman toteutuminen moniammatillisena yhteistyönä. Tutkimuskysymys oli, miten toteutetaan palliatiivista hoitoa tarvitsevan potilaan ennakoiva hoitosuunnitelma Kuhmon terveyskeskussairaalan ja kotihoiton sairaanhoidtajien sekä asiakasohjaajien moniammatillisena yhteistyönä. Ratkaisua haettiin kahdessa kehittämisiltapäivässä, jotka toteutettiin etäyhteydellä. Aineisto kerättiin SWOTin avulla ja tuloksena oli moniammatillisuus voimavarana palliatiivisen potilaan ennakoivan hoitosuunnitelman tekemisessä sekä ennakoivan hoitosuunnitelman hyödyntäminen hoitotyössä.

Sykli 3 muodostui syklin 1 ja 2 tuloksista. Tarkoitus oli kuvata palliatiivisen potilaan laadukas ennakoiva hoitosuunnitelma moniammatillisena yhteistyönä. Tutkimuskysymys oli, mitä on palliatiivisen potilaan laadukas ennakoiva hoitosuunnitelma moniammatillisena yhteistyönä. Syklin aikana ennakoivaa hoitosuunnitelmaa pilotoitiin neljän viikon ajan, mutta tuona ajankohtana osastolla ei ollut potilaita, joille moniammatillinen ennakoiva hoitosuunnitelma olisi ollut ajankohtainen.

Syklin 4 tarkoitus oli kuvata moniammatillisesti toteutettavan ennakoivan hoitosuunnitelman implementointisuunnitelman käyttöönotto. Kehittämiskysymys, minkälainen implementointisuunnitelma tukee moniammatillisesti laadittavaa palliatiivisen potilaan ennakoivaa hoitosuunnitelmaa. Implementointi- ja arviointisuunnitelma tehtiin IOWA mallin mukaisesti ja näytön vieminen käytäntöön jäi opinnäytetyön jälkeiseen aikaan.

Johtopäätöksenä todettiin, että opinnäytetyössä ei saavutettu asetettua tavoitetta palliatiivisen potilaan ennakoivan hoitosuunnitelman kehittämiseksi moniammatillisessa yhteistyössä. Ennakoivan hoitosuunnitelman tekeminen ja arviointi jäi myöhemmin toteutettavaksi. Jatkotutkimusaiheiksi nousivat 1. Miten moniammatillisesti laadittu ennakoiva hoitosuunnitelma toteutuu potilaan ja läheisten näkökulmasta? 2. Miten moniammatillisesti kehitetään ennakoivaa hoitosuunnitelmaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon henkilöstön kesken?

Abstract

Author(s): Kinnunen Tuija

Title of the Publication: Development of a proactive treatment plan in multiprofessional collaboration

Degree Title: Master of Health Care

Keywords: advance care planning, palliative care, multiprofessional cooperation, action research

The patient's palliative and hospice care are based on the patient's proactive care plan and hospice decision made in time. An early treatment plan and started palliative care promote the quality of life of patients and their loved ones, reduce hospital stays and inappropriate treatments at the end of life. The aim of the thesis was to develop a predictive treatment plan for the end of the patient's life and its implementation in multiprofessional cooperation.

The thesis was carried out applying the methodology of action research. Cycle 1 was a literature review, which sought an answer to the research question, how to make a predictive treatment plan for a palliative patient. The purpose was to map out how to make a predictive treatment plan for a palliative patient. At the beginning of the cycle, the data base, purpose, and research question of the literature review were described. In the action phase, the search terms and phrases were defined, and a literature search was performed according to the inclusion and exclusion criteria in the Medic, Cinahl, Pubmed and Finna databases, as well as manually. The data search yielded ten publications. In the observation phase, an inductive content analysis was performed, which resulted in seven categories: a timely end-of-life care plan, interaction in a multiprofessional team, patient-centered treatment planning, ensuring quality of life and treatment satisfaction, symptom management, hospice-related discussion, and the need for psychological and existential support for the patient and loved ones. The results obtained in the reflection phase were evaluated using the database.

Based on the results of the literature review, cycle 2 was planned, the purpose of which was to describe the implementation of a proactive care plan as a multi-professional collaboration. The research question was how to implement a proactive treatment plan for a patient in need of palliative care as a multiprofessional collaboration of Kuhmo health center hospital and home care nurses and client counselors. A solution was sought in two development afternoons, which were carried out remotely. The material was collected with the help of SWOT and the result was multiprofessionalism as a resource in making a predictive treatment plan for a palliative patient and the utilization of a predictive treatment plan in nursing work.

Cycle 3 consisted of the results of cycles 1 and 2. The purpose was to describe a high-quality proactive treatment plan for a palliative patient as a multi-professional collaboration. The research question was, what is a high-quality proactive treatment plan for a palliative patient as a multi-professional collaboration. During the cycle, the predictive treatment plan was piloted for four weeks, but at that time there were no patients in the ward for whom a multiprofessional predictive treatment plan would have been relevant.

The purpose of cycle 4 was to describe the introduction of the implementation plan of a multi-professional proactive care plan. The question of development is what kind of implementation plan supports the multi-professionally drawn up anticipatory treatment plan for palliative patients. The implementation and evaluation plan was made according to the IOWA model, and putting the screen into practice will be done after the thesis.

As a conclusion, it was stated that the thesis did not achieve the set goal of developing a proactive treatment plan for a palliative patient in multiprofessional collaboration. Making and evaluating a proactive treatment plan was left to be implemented later. The topics for further research were 1. How does a multi-professionally prepared proactive treatment plan come true from the perspective of the patient and loved ones? 2. How is a multi-professionally developed proactive care plan among the personnel of specialized medical care and primary health care?

Jokainen päivä pitäisi pyrkiä viettämään tavalla,

joka saa elämän tuntumaan miellyttävältä

– niin, että jos se päättyisi huomenna,

olisit tyytyväinen itseesi.

- Jane Seymour

Sisällys

1	Opinnäytetyön peruslähtökohtia	1
1.1	Aiheen valinta	1
1.2	Toimintatutkimus opinnäytetyön metodologiana.....	2
1.3	Opinnäytetyön toimeksiantaja ja projektiorganisaatio	4
1.4	Lähteet	7
2	Kirjallisuuskatsaus (1. sykli)	10
2.1	Ennakoiva hoitosuunnitelma - kirjallisuuskatsaus (suunnittelu).....	10
2.2	Aineiston hankinta (toiminta).....	12
2.3	Tutkimusten näytön asteen ja laadun arviointi	16
2.4	Aineiston analyysi (havainnointi).....	18
2.5	Tulokset.....	20
2.6	Johtopäätökset (reflektointi)	25
2.7	Luotettavuus	27
2.8	Eettisyys	28
2.9	Lähteet	29
3	Ennakoivan hoitosuunnitelman kehittämisprosessi (2. sykli).....	33
3.1	Ennakoivan hoitosuunnitelman kehittäminen moniammatillisesti (suunnittelu)....	33
3.2	Learning cafe-kehittämismenetelmänä (toiminta).....	34
3.3	Aineiston analyysi (havainnointi).....	36
3.4	Tulokset.....	38
3.5	Johtopäätökset (reflektointi)	39
3.6	Lähteet	40
4	Ennakoivan hoitosuunnitelman kokonaissuunnitelma (3. sykli)	43
4.1	Ennakoivan hoitosuunnitelman taustaa (suunnittelu)	43
4.2	Ennakoiva hoitosuunnitelma - pilotoinnin suunnittelu (toiminta).....	45
4.3	Ennakoiva hoitosuunnitelma – pilotoinnin toteutuminen (havainnointi).....	49
4.4	Ennakoiva hoitosuunnitelma – pilotoinnin arviointi (reflektointi)	49
4.5	Lähteet	50
5	Ennakoivan hoitosuunnitelman käyttöönottosuunnitelma (4. sykli)	53
5.1	Näyttöön perustuva toiminta (suunnittelu)	53
5.2	Implementointi IOWA -mallin mukaisesti (suunnittelu).....	53

5.3	Lähteet	58
6	Pohdinta	60
6.1	Johtopäätökset.....	60
6.2	Opinnäytetyön luotettavuus.....	62
6.3	Opinnäytetyön eettisyys	63
6.4	Asiantuntijuuden kehittyminen	64
6.5	Opinnäytetyön jatkotutkimus- ja kehittämisasiheet.....	65
6.6	Lähteet	66

Liitteet (6 kpl)

1 Opinnäytetyön peruslähtökohtia

1.1 Aiheen valinta

Suomessa väestörakenne ikääntyy ja ihmiset kuolevat yhä vanhempina, mikä vaikuttaa palliatiivisen- ja saattohoidon tarpeeseen. Merkittävän haasteen elämän loppuvaiheen hoidolle tuo yksin asuvien ihmisten lisääntyvä osuus väestössä. (Palliatiivisen ja saattohoidon tila Suomessa 2019, 14.) Kuhmon terveyskeskussairaalassa olevat potilaat ovat usein iäkkäitä monisairaita potilaita, joilla ei ole nimettyjä läheisiä tai läheiset asuvat muilla paikkakunnilla. Yhteistyössä kotihoidon työntekijöiden ja asiakasohjaajien kanssa pyritään järjestämään potilaille kotona asumiseksi turvalliset olosuhteet. Opinnäytetyön myötä terveyskeskussairaalan henkilöstön, kotihoidon työntekijöiden sekä asiakasohjaajien välinen yhteistyö tiivistyy sekä potilaan ja hänen läheisensä mielipiteet huomioidaan potilasta hoidettaessa.

Palliatiivinen hoito kuuluu kaikille kuolemaan tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavalle. Varhain laadittu hoitosuunnitelma ja aloitettu palliatiivinen hoito kohentaa potilaiden ja heidän läheistensä elämänlaatua, vähentää sairaalajaksoja ja epätarkoituksenmukaisia hoitoja elämän loppuvaiheessa. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.) Opinnäytetyössä palliatiivisella potilaalla tarkoitetaan parantumatonta, etenevää, sairautta sairastavaa potilasta.

WHO on arvioinut noin 30 000 henkilön tarvitsevan Suomessa vuosittain elämän lopussa palliatiivista hoitoa, joista syöpäpotilaita on 40 prosenttia ja 60 prosenttia potilaista sairastaa pitkäaikaisia sairauksia. Palliatiivinen hoito tulee integroida osaksi potilaan sairauden hoitoa jo hoidon alussa. Potilaan palliatiivinen- ja saattohoito perustuu potilaan ennakoivaan hoitosuunnitelmaan ja saattohoitopäätökseen, jotka on tehty ajoissa. (Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen 2017, 7; Palliatiivisen ja saattohoidon tila Suomessa 2019, 14.) Tällä hetkellä Kuhmon perusterveydenhuollossa olevalle palliatiiviselle potilaalle ei tehdä ennakoivaa hoitosuunnitelmaa tai se on puutteellisesti tehty. Saattohoito ajoittuu potilaan viimeisiin viikkoihin tai päiviin, jotka ajoittuvat kuolinhetken välittömään läheisyyteen (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019).

Moniammatillisuuden avulla yhteistyöhön saadaan mukaan eri toimijoiden osaaminen. Yhteistyössä korostuu osaamisen prosessointi ja sen hyödyntäminen. (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 33.) Kotihoidon, asiakasohjaajien ja terveyskeskussairaalan sairaanhoitajien moniammatil-

lisessa yhteistyössä kehitettävä palliatiivisen potilaan ennakoiva hoitosuunnitelma vahvistaa palliatiivisen potilaan laadukkaan hoidon. Yhteistyö edellyttää rohkeutta tarkastella asiaa uudesta näkökulmasta sekä kyseenalaistaa aikaisemmin opittuja ja tehtyjä toimintamalleja. (Kekoni, Mönkkönen, Hujala, Laulainen & Hirvonen 2019.)

1.2 Toimintatutkimus opinnäytetyön metodologiana

Toimintatutkimus on toiminnan kehittämistä ja sen samanaikaista seuranta. Samanaikaisesti pyritään tutkimaan ja saamaan aikaan muutosta sosiaalisessa todellisuudessa. Toimintatutkimuksessa yhdistyvät teoria ja käytäntö. Toimintatutkimuksen tunnuslauseena voidaan pitää toteamusta, jonka mukaan ei ole mitään käytännöllisempää kuin hyvä teoria. (Aarnos 2018, 217; Toikko & Rantanen 2009, 29.)

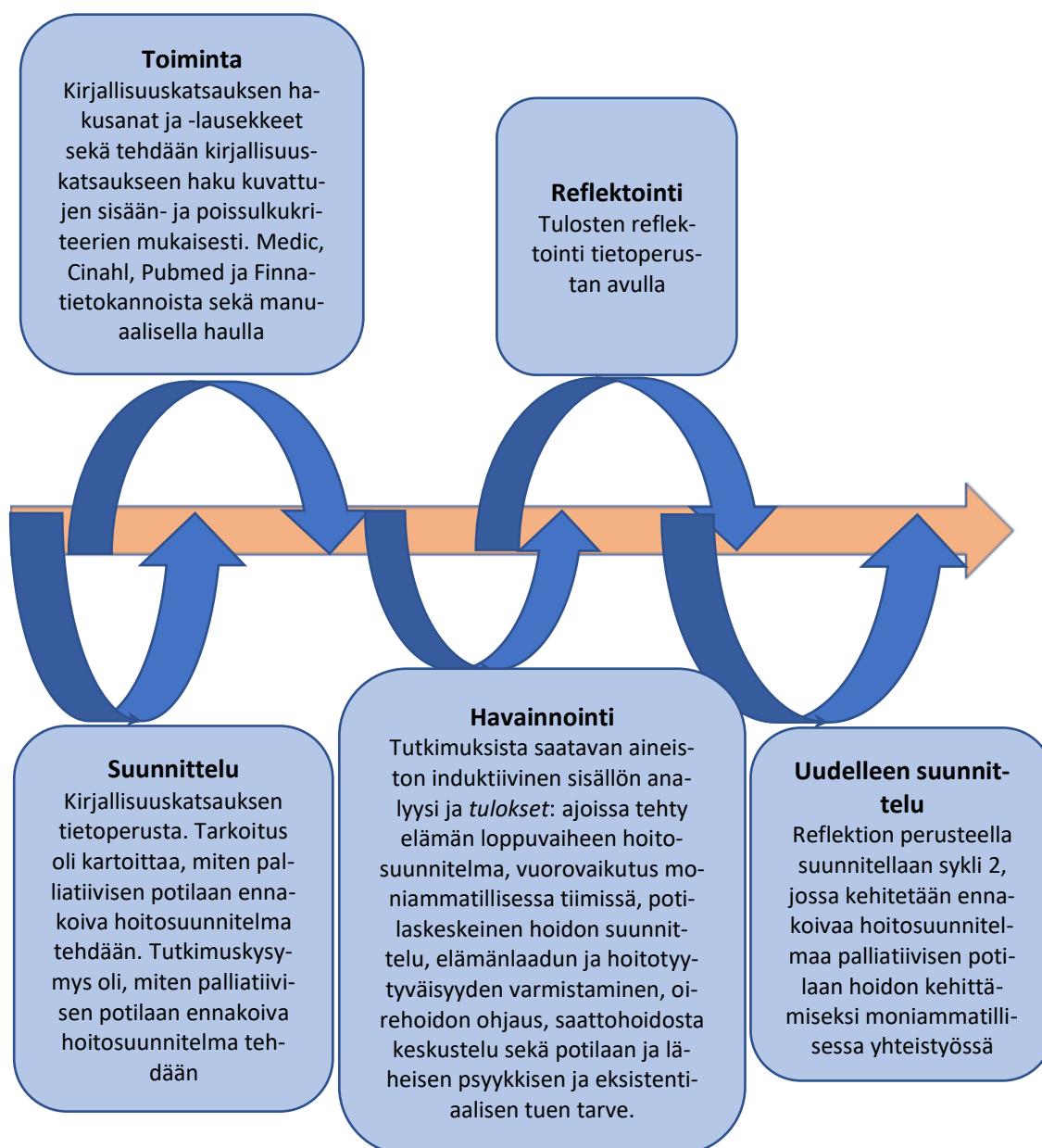
Toimintatutkimuksella voidaan tavoitella yhteiskunnallisesti muutosta tai yksittäisten toimijoiden henkilökohtaista oppimista. Muutos tavoitteet voivat olla erilaiset. (Toikko & Rantanen 2009, 30.) Toimintatutkimuksella on pyrkimys ratkaista käytännön ongelmia erilaisissa yhteisöissä kuten yrityksissä ja sairaaloissa (Kananen 2014, 11). Toimintatutkimus valikoitui metodologiaksi opinnäytetyöhön, kun teoriaan perustuen kehitetään palliatiivisen potilaan ennakoivaa hoitosuunnitelmaa kotihoidon, asiakasohjaajien ja terveyskeskussairaalan työntekijöiden moniammatillisena yhteistyönä.

Tutkimus ja kehittäminen vuorottelevat prosessissa (Toikko & Rantanen 2009, 30). Yhdessä ihmisen parhaaksi-hankkeen (2022) tavoite on kehittää toimijoiden osaamista toteuttaa palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa jokapäiväisessä hoitotyössä. Kehittäminen koskettaa kaikkia palliatiivista hoitotyötä tekevää henkilöstöä. Ideat, ratkaisut ja muutokset tehdään yhdessä avoimesti asioista keskustelemalla sekä sopimalla (Aarnos ym. 2018, 218). Toimintatutkimuksen avulla kehitetään käytänteitä ja pyritään selvittämään, kuinka asioiden tulee olla eikä vain, kuinka asiat ovat (Heikkinen 2015, 209).

Toimintatutkimusta kuvataan prosessina, jossa on useita kokeilevia vaiheita. Käytäntö ja reflektio sekä suunnittelu ja toteutus vuorottelevat keskenään. (Toikko & Rantanen 2009, 30.) Toimintatutkimus mahdollistaa tuomaan esille käytännön ja teorian yhteyden (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 43). Reflektion avulla pyritään ymmärtämään uudenlaista toimintaa ja siten kehittämään toimintaa. Tutkimuksen keskeisin elementti on tutkimusongelma- tai kysymys. Tutkimuksella halutaan

löytää vastaus tarkasti muotoiltuun tutkimusongelmaan- tai kysymykseen. Tutkimus rajataan tarkasti ja huolellisesti käsitteellistettyyn teemaan tutkimuskysymyksen muotoilun avulla. Toimintatutkimuksessa tutkimuksen tehtävän määrittely voi aloittaa tutkimuksen. (Heikkinen 2015, 209.)

Toimintatutkimuksessa kehitetään toimintaa samanaikaisesti seuraamalla sitä systemaattisesti (Toikko & Rantanen 2009, 30). Toimintatutkimuksessa reflektion keskeisyyttä voi kuvata itse-reflektiivisenä kehänä, jolloin kehästä syntyy ajassa etenevä spiraali, kun syklit asettuvat peräkkäin. Kuviossa 1. kuvataan toiminnan ja ajattelun liittymistä toisiinsa suunnittelun, toiminnan, havainnoinnin, reflektion ja uudelleen suunnittelun sykleinä. (Heikkinen 2015, 209–213.)



Kuvio 1. Opinnäytetyön ensimmäinen sykli

Ensimmäinen sykli toteutuu kirjallisuuskatsauksen avulla, jolloin saadaan opinnäytetyön kannalta tärkeää tietoperustaa. Kirjallisuuskatsauksen avulla perehdytään aikaisempaan tutkimustietoon, jolloin tarkastelu kohdentuu ja tarkentuu juuri tämän opinnäytetyön tarkoitukseen. Kun tutkimusten aineisto on kerätty ja tulokset analysoitu, edetään syklin mukaisesti johtopäätöksiin ja pohdintaan. Kehittämistyö jää kesken, jos se jää ensimmäiseen suunnitteluun, toiminnan, havainnoinnin ja reflektoinnin sykliin. Toimintatutkimuksen lähtökohtana on reflektiivinen ajattelu, jolloin tarkastellaan kokemuksia ja ajattelua sekä uskomuksia. Reflektion avulla pyritään kehittämään ja ymmärtämään uudenlaista toimintaa. (Heikkinen 2015, 209–211; Kiviniemi 1999, 67).

Opinnäytetyön ensimmäinen sykli alkoi suunnittelulla, jolloin kuvattiin kirjallisuuskatsauksen tietoperusta sekä opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymys. Toimintavaiheessa määriteltiin hakusanat ja -lausekkeet sekä tehtiin kirjallisuuskatsaukseen haku valituista tietokannoista kuvattujen sisään- ja poissulku kriteerien mukaisesti. Havainnointivaiheessa tehtiin tutkimuksista saatavan aineiston avulla sisällön analyysi. Reflektiovaiheessa tuloksia reflektointiin tietoperustan avulla ja reflektion perusteella suunniteltiin 2. sykli, jossa kehitettiin ennakoivaa hoitosuunnitelmaa palliatiivisen potilaan hoidon kehittämiseksi moniammatillisessa yhteistyössä.

1.3 Opinnäytetyön toimeksiantaja ja projektiorganisaatio

Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Yhdessä ihmisen parhaaksi (YIP) -hanke. Hanke päättyi vuoden 2022 lopussa. Hankkeen päätavoitteet olivat palliatiivisen hoidon osaamisen vahvistaminen, toimintamallien kehittäminen sekä Kainuun alueellisen palliatiivisen hoidon toimintamallin kokonaisuuden kuvaaminen. Kehittäminen toteutui yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon yksityisen ja julkisen sektorin, oppilaitosten ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. (Hankesuunnitelma 2020.)

YIP-hanke esitteli palliatiivisen potilaan palveluketjun kehittämiskohteita Kajaanin ammattikorkeakoulun palliatiivisen hoidon kliininen asiantuntija (YAMK) opiskelijaryhmälle, joka keskitti opinnäytetyönsä maakunnallisen palliatiivisen hoidon toimintamallin kehittämiseen. Ennakoivan

hoitosuunnitelman merkitys ja haasteet moniammatillisessa yhteistyössä nousivat esille, kun työryhmä kuvasi Kainuun soten palliatiivisen hoidon prosessia ja asiasta keskusteltiin kotisaattohoidon verkostotyöpajoissa. (Kukkonen 2022.)

Työpajoissa havaittiin, että elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelmassa on puutteita. Osallistujat toivat esille moniammatillisen yhteistyön haasteita. Haastavien asioiden puheeksi ottamisessa potilaiden ja läheisten kanssa oli kehittämisen tarvetta. Oirehoidossa haasteita aiheutti muun muassa lääkemääräysten puuttuminen, tarvittavien lääkkeiden saatavuus oireiden vaikeutuessa ja akuuteissa tilanteissa ja lääkehoidon osaaminen. Palliatiivisen hoidon toimijoita ja tehtäviä, esimerkiksi konsultaatiotoimintaa, ei tunneta. Myös hoitotietojen siirtymisessä toimijoiden välillä tunnistettiin ongelmia. (Kukkonen & Suomalainen 2021.)

YIP-hanke teki toimeksiannon opinnäytetyölle elämän loppuvaiheen ennakoivasta hoitosuunnitelmasta. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää potilaan elämän loppuvaiheen ennakoivaa hoitosuunnitelmaa ja sen toteuttamista moniammatillisessa yhteistyössä. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää palliatiivisen hoidon alueellisessa toimintamallissa ja palliatiivisen hoitotyön opintojaksojen sisältöjen kehittämisessä.

Opinnäytetyön prosessissa korostuu toimintatutkimuksen mukaisesti yhteissuunnittelu ja -kehittäminen. Tätä varten perustetaan projektiorganisaatiota mukaileva kokonaisuus, jossa projektipäällikkönä toimii opinnäytetyön tekijä. Projektipäällikön oma motiivointi auttaa projektiryhmäläisiä opinnäytetyön tulosten saavuttamisessa. Projektipäällikön tehtävänä on saada ihmiset sitoutumaan tavoitteiden saavuttamiseksi ja huolehtia siitä, että projektiorganisaatio pystyy työskentelemään mahdollisimman tehokkaasti. (Mäntyneva 2016, 37.) Projektipäällikön keskeinen tehtävä on auttaa projektiryhmäläisiä itseorganisoitumaan kehittämistehtävään (Soback 2021). Projektiryhmäläiset tietävät oman roolinsa ennakoivan hoitosuunnitelman laatimisessa potilaan edun mukaisesti.

Projektiorganisaatiosta puhutaan silloin, kun organisaatio työskentelee vain tietyn projektin edistämiseksi (Mäntyneva 2016, 19). Projektiin osallistuvat henkilöt, joita opinnäytetyön aihe koskettaa. Kehittämistyössä osallistujat toimivat yleensä oman työnsä ohella, jolloin he voivat käyttää osan työajastaan kyseiseen kehittämiseen (Kettunen 2009, 17). Opinnäytetyön valmistuttua määräaikainen projektiorganisaatio puretaan (Mäntyneva 2016, 19, 20), jonka jälkeen tulokset on hyödynnettävissä. Toimeksiantaja hyödyntää hankkeen tuloksia opetussuunnitelmien kehittämistyöhön palliatiivisen hoitotyön osalta. Kainuun soten kuntayhtymässä opinnäytetyön tuloksia

hyödynnetään perusterveydenhuollossa palliatiivisen potilaan hoidossa. (Yhdessä ihmisen parhaaksi-hanke 2022.)

Projektiryhmään kuuluu terveyskeskussairaalan lääkäri sekä kolmen eri työyksikön hoitotyöntekijöitä, jotka osallistuvat palliatiivisten potilaiden hoitoon terveyskeskussairaalassa tai potilaiden kotona. Projektiorganisaation kuuluu myös asiakasohjaajat, joiden avulla uudet kotihoidon asiakkaat ohjautuvat kotihoidon työntekijöiden vastuulle. Projektiryhmän mietinnässä on otettava huomioon, ketkä ihmiset ovat sopivia opinnäytetyön onnistumiseksi (Kettunen 2009, 129). Mukaan otettavien henkilöiden tietämys, persoonallisuus ja kokemusta vaikuttavat projektiorganisaation suorituskykyyn (Mäntyneva 2016, 19).

Opinnäytetyön ohjausryhmään kuuluvat terveyskeskussairaalan osastonhoitajat Immonen ja Heikkinen, kotihoidon palveluesihenkilö Ikonen, opinnäytetyötä ohjaava opettaja Leinonen, vertainen Kansala sekä toimeksiantajan roolissa Yhdessä ihmisen parhaaksi-hankkeen projektipäällikkö Kukkonen. Ohjausryhmä on projektipäällikön tuki ja tavoitteeseen ohjaava päätöksentekijä (Kettunen 2009, 168). Opinnäytetyöprosessin aikana terveyskeskussairaalan osastonhoitajaksi vaihtui Piirainen, joka tuli opinnäytetyön ohjausryhmään Immosen ja Heikkisen tilalle.

Projektiorganisaatioon kuuluvien henkilöiden työpaikassa Kuhmon terveyskeskussairaalassa on 22 sairaansijaa. Terveyskeskussairaalan perustehtävänä on tuottaa Kainuun sosiaali- ja terveyden kuntayhtymän alueella perusterveydenhuollon sairaalapalveluja kaikille tarvitseville asukkaille (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2022). Saattohoito on ollut Kuhmon terveyskeskussairaalassa kehittämiskohteena usean vuoden ajan. Palliatiivisen potilaan hoitoa kehitetään myös opinnäytetyön tulosten avulla. Asiakasohjaajien ja kotihoidon työntekijöiden yhteistyötä on ollut potilaiden kotiutuessa osastolta, jolloin osastolta kotiutuvalle potilaalle on järjestetty yhteistyössä turvallinen kotiutuminen. Terveyskeskussairaalassa järjestetään lupapaikan tarvitsijalle sairaansija tarvittaessa. Lupapaikan tarvitsijat ovat pääsääntöisesti syöpäpotilaita, joiden syöpähoidot ovat päättyneet tuloksettomina ja heidän pitää saada jatkossa palliatiivista hoitoa.

Toinen projektiorganisaation kuuluvien työpaikka on Kuhmon kotihoito. Kotihoidon avulla tuetaan kotona asumista. Kotihoidon palveluilla pyritään tukemaan ja edistämään asiakkaan toimintakykyä, jotta hän selviytyy mahdollisimman omatoimisesti päivittäisistä toiminnoistaan. Kotihoito on asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin perustuvaa kotona tapahtuvaa huolenpitoa ja hoivaa

sekä terveyden- ja sairaanhoitoa. Palveluntarvetta arvioidaan säännöllisesti ja palvelua muute-
taan asiakkaan toimintakyvyn mukaiseksi. (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä
2022.) Kotihoidolla tarkoitetaan sosiaalihuoltolaissa (L 1301/2014) kotipalvelun ja kotisairaanhoidon
muodostamaa kokonaisuutta, jotka on usein yhdistetty kotihoidon yksiköksi kuntayhtymän
organisaatiossa (Kotihoito 2021). Opinnäytetyössä potilaista ja asiakkaista käytetään potilas nimi-
tystä.

1.4 Lähteet

Aarnos, E., Eskola, J., Hakala, J.T., Heikkinen, H. L.T., Kiviniemi, K., Lätti, J., Niikko, A., Perkkilä, P.,
Ropo, E., Saarela, M., Saloviita, T., Syrjälä, L., Valli, R., Wallin, A., Vastamäki, J., Vilkkä, H., Virtanen,
S. & Åhlberg, M. (2018). Toimintatutkimus: Kun käytäntö ja tutkimus kohtaavat. Ikkunoita tutki-
musmetodeihin 1. Teoksessa R. Valli (toim.) *Metodin valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloitte-
levalle tutkijalle*. (215–230). Jyväskylä: PS-kustannus.

Heikkinen, H.L.T (2015). Toimintatutkimus: kun käytäntö ja tutkimus kohtaavat. Ikkunoita tutki-
musmetodeihin 1. Teoksessa R. Valli, J. Aaltola (toim.) *Metodin valinta ja aineistonkeruu: virik-
keitä aloittelevalle tutkijalle*. (204–219). Jyväskylä: PS-kustannus.

Heikkinen, H.L.T & Jyrkämä, J. (1999). Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa Siinä tutkija missä
tekijä. H.L.T Heikkinen, R. Huttunen & P. Moilanen (toim.) *Toimintatutkimuksen perusteita ja nä-
köaloja*. (25–62). Helsinki: Atena.

Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. (2008). Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteis-
työ. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. (2022). saatavilla 27.1.2022 <https://hyvinvointialue.kainuu.fi/>

Kananen, J. (2014). Toimintatutkimuksen ominaispiirteet. *Toimintatutkimus kehittämistutkimuk-
sen muotona*. Teoksessa T. Makkonen (toim.) *Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäyte-
työnä?* (11–17). Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja- sarja. Suomen yliopisto-
paino OY- Juvenes print.

Kekoni, T., Mönkkönen, K., Hujala, A., Laulainen, S. & Hirvonen, J. (2019). Moniammatillisuus käsitteinä ja käytänteinä. Teoksessa K. Mönkkönen, T. Kekoni & A. Pehkonen (toim.) Moniammatillinen yhteistyö – vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Gaudeamus Oy. [BookBeat e-kirjapalvelu 2022]

Kettunen, S. (2009). *Onnistu projektissa*. Juva: WS Bookwell Oy.

Kiviniemi, K. (1999). Toimintatutkimus yhteisöllisenä prosessina. Teoksessa H.L.T. Heikkinen, R. Huttunen & P. Moilanen (toim.) Siinä tutkija missä tekijä -toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. (63–83). Jyväskylä: ATENA kustannus

Kukkonen, T. & Suomalainen, T. (2021). Verkostotyöpajojen tuloksia-raportti. Yhdessä ihmisen parhaaksi-hanke. Kajaani.

Kukkonen, T. (2022). Projektipäällikkö. Teams-palaveri. 24.2.2022.

Kotihoito. (2021). Kuntaliitto.fi. saatavilla 25.8.2022. <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaalihuolto/iakkaiden-palvelut/kotihoito>

L 1301/2014 Sosiaalihoitolaki. 30.11.2014. saatavilla 4.4.2023 <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301#Pidm45053756819968>

Mäntyneva, M. (2016). *Hallittu projekti*. Helsingin seudun kauppakamari. Viro: Printon.

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. (2019). Käypä hoitosuositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito-johtoryhmän asettama työryhmä. Saatavilla 9.1.2022. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063?tab=suositus>

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. (2017). Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 44. Saatavilla 7.1.2022. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliatiivisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf>

Palliatiivisen ja saattohoidon tila Suomessa. (2019). Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 14. Saatavilla. 10.1.2022 https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R_14_19_Palliatiivisen_hoidonjasaattohoidon_tila.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Soback, D. (2021). Valmentava johtajuus – Opas voiman, viisauden ja myötätunnon herättämiseen. Helsinki: Basam Books Oy.

Toikko, T. & Rantanen, T. (2009). Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämissprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampereen yliopistopaino OY-Juvenes print.

Yhdessä ihmisen parhaaksi-hanke. (2022). Saatavilla 27.1.2022 <https://hyvinvointialue.kainuu.fi/yhdessa-ihmisen-parhaaksi>

2 Kirjallisuuskatsaus (1. sykli)

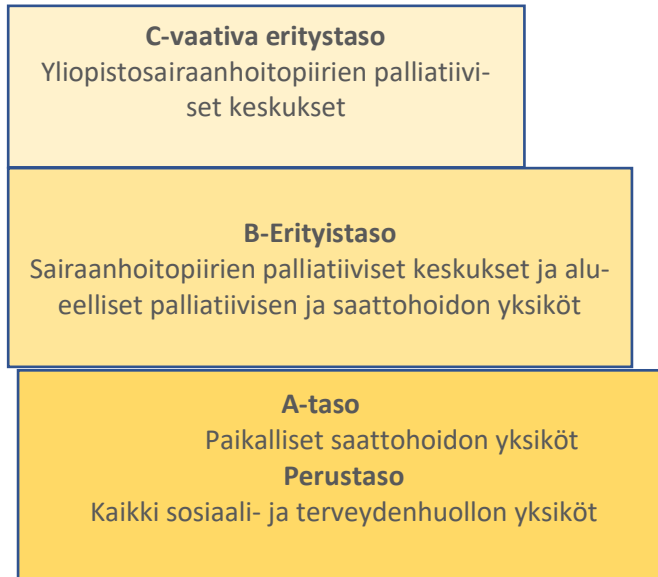
2.1 Ennakoiva hoitosuunnitelma - kirjallisuuskatsaus (suunnittelu)

Palliatiivinen hoito

Palliatiivinen hoito kuuluu kaikille sitä tarvitseville ilman diagnoosirajoituksia. Palliatiivista hoitoa toteutetaan moniammatillisesti potilaan ja hänen läheistensä fyysiset, psykososiaaliset, henkiset sekä eksistentiaaliset tarpeet huomioiden. (Palliatiivisen ja saattohoidon tila Suomessa 2019, 13.) Palliatiivisen hoidon tavoitteena ei ole lyhentää eikä pidentää elämää. Kuolema on luonnollinen asia pitkälle edennyttä sairautta sairastavan kohdalla. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.) Hyvän elämän loppuvaiheen hoito edellyttää palliatiivisen hoidon tarpeen ja lähestyvän kuoleman tunnistamisen. Ajoissa tehdyt hoitosuunnitelmat ja -linjaukset mahdollistavat hyvän elämän loppuun saakka. Palliatiivisessa hoidossa potilasta tuetaan aktiiviseen elämään ja sopeutumaan sairauteen sekä autetaan potilasta ja hänen läheisiään luopumisessa, surussa ja lähestyvän kuoleman kohtaamisessa. (Palliatiivisen ja saattohoidon tila Suomessa 2019, 13.)

WHO on määritellyt palliatiivisella eli oireita lievittävällä hoidolla tarkoitettavan parantumattomasti sairasta potilasta ja hänen läheisensä aktiivista kokonaishoitoa, kun henkeä uhkaava tai kuolemaan johtava sairaus heikentää heidän elämänlaatuaan ja aiheuttaa kärsimystä. Vaikka palliatiivista hoitoa ei ole rajattu ajallisesti tiettyyn sairauden vaiheeseen, sen tarve korostuu kroonisen sairauden edetessä ja lähestyvässä kuolemassa. (Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen 2017, 7.)

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palvelut ovat STM:n suosituksessa jaettu perustasoon (kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt), perustason saattohoidon yksiköihin (A-taso), hyvinvointialueiden (aikaisemmin sairaanhoitopiirien) erityistason yksiköihin (B-taso), sekä vaativan erityistason keskuksiin, jotka ovat yliopistosairaaloissa (C-taso) (Palliatiivisen ja saattohoidon tila Suomessa 2019, 14; Saarto & Lehto 2019, 539). Kuvio 2.



Kuvio 2. Palliatiivisen ja saattohoidon kolmiportainen malli

Kotihoito ja terveyskeskussairaala kuuluvat palliatiivisen ja saattohoidon kolmiportaisen mallin mukaisesti perus- ja A-tasolle.

Ennakoiva hoitosuunnitelma

Ennakoivalla hoitosuunnitelmalla tarkoitetaan potilaan, hänen läheisensä ja terveydenhuollon henkilökunnan kanssa käytävää keskustelua potilaan hoitoon liittyvistä toiveista ja tavoitteista sekä näiden kirjaamista potilastietojärjestelmään. Potilaan hoidonlinjauksia ja hoitotahtoja on tehty, mutta elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma on osittain vieras käsite. (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019, 335–336.) Ennakoiva hoitosuunnitelma laaditaan moniammatillisessa tiimissä. Opinnäytetyön kehittämissuunnitelmassa ovat mukana Kuhmon kotihoidon ja terveyskeskussairaalan sairaanhoitajat ja lääkäri sekä asiakasohjaajat. Moniammatillisessa toiminnassa korostuu yhteisen tehtävän tai kehittämiskohteen ympärille muotoutuva toiminta, jolloin toimintaan osallistuvien osaaminen korostuu (Kekoni ym. 2019).

Hoitava lääkäri, kuolemaan johtavaa sairautta sairastava ja hänen läheisensä laativat ennakoivan hoitosuunnitelman (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Tarpeeksi varhain puheeksi otettu palliatiivinen hoito ja aikaisin laadittu hoitotahto ovat perusta elämän loppuvaiheen hoidon suunnittelulle (Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen 2017, 7). Ennakoiva hoitosuunnitelma mahdollistaa potilaan tehdä henkilökohtaisia päätöksiä hoidostaan, mikä myös vähentää potilaiden hoitoa sairaalassa ja teho-osastolla (Goswami, Mistic & Fedricker 2020).

Ennakoivaa hoitosuunnitelmaa laadittaessa tulee kunnioittaa potilasta, hänen arvovalintojaan sekä huomioida hänen toiveensa sekä tarpeensa. Lääkäri voi kokea vaikean sairauden ennustettavuuden vaikeuttavan keskustelun aloittamista elämän loppuvaiheen suunnittelusta (Lehto ym. 2019, 337–338). Jos ennakoivaa hoitosuunnitelmaa ei tehdä, voi elämän loppuvaiheessa tulevat vaikeat oireet johtaa potilaan toistuviin sairaala- ja päivystyskäynteihin. Suuri osa ihmisistä haluaa olla mahdollisimman pitkään tutussa asuinympäristössä ja kuolla kotona. (Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen 2017, 10.) Kotona selviytyminen edellyttää moniammatillista yhteistyötä. Saumaton hoito- ja palveluketjun toimintamalli yhdistyvät asiakaskeskeiseksi ja saumattomaksi kokonaisuudeksi. (Isoherranen ym. 2008, 19.)

Kirjallisuuskatsaus alkaa tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittämisellä. Opinnäytetyön tekijän kiinnostus aiheen valintaan vahvistaa saamaan vaativa katsausprosessi loppuun saakka. Opinnäytetyön tekijän tulee tuottaa tietoa objektiivisesti ja näin ollen on tärkeää tunnistaa tekijän omat aiheeseen liittyvät ennako-olettamukset. (ks. Niela-Vilén & Hamari 2016, 24.) Opinnäytetyöprosessi alkoi kirjallisuuskatsauksella, jonka avulla haettiin vastausta tutkimuskysymykseen, miten palliativisen potilaan ennakoiva hoitosuunnitelma tehdään. Ensimmäisen syklin tarkoitus oli kartoittaa, miten palliativisen potilaan ennakoiva hoitosuunnitelma tehdään.

2.2 Aineiston hankinta (toiminta)

Kirjallisuuskatsaukseen valitaan mukaan tutkittavan asian kannalta aikaisempi, oleellinen tutkimusmateriaali (Kylmä & Juvakka 2007, 45). Kirjallisuuskatsaus alkoi hakusanojen, sanojen katkaisun sekä hakulausekkeiden määrittämisellä. Tietokantahaku toteutettiin sisään- ja poissulkukriteerien mukaisesti. Sisäänottokriteerejä olivat suomen- tai englanninkieliset julkaisut, tutkimukset, vertaisarvioidut tieteelliset artikkelit ja muut julkaisut, vapaasti verkosta saatavilla oleva kokoteksti ja julkaistu vuosina 2010–2022. Ikäryhmänä julkaisuissa tuli olla aikuiset ja iäkkäät. Poissulkukriteerejä olivat maksulliset julkaisut, julkaistu ennen vuotta 2010, sillä ennakoiva hoitosuunnitelma palliativisessa hoidossa on vielä tuolloin vakiintumaton käsite. Muu kuin suomen tai englannin kielen julkaisu, lapsen ja nuoren ennakoiva hoitosuunnitelma sekä lapsen ja nuoren palliativisen ja saattohoidon julkaisut, olivat myös poissulkukriteereitä (taulukko 1.)

Tietokantahakuja varten muodostetaan hakusanat ja hakulausekkeet. Opinnäytetyöntekijä määrittelee aiheensa keskeiset käsitteet, joita voidaan käyttää hakusanoina. Sisäänotto- ja poissulkukriteerien avulla voidaan hallita katsauksen aineiston kokoa. (ks. Valkeapää 2016, 57–59; Niela-Vilén & Hamari 2016, 25–26.)

TAULUKKO 1. Sisään- ja poissulkukriteerit

SISÄÄNOTTOKRITEERIT	POISSULKUKRITEERIT
Suomen – tai englanninkieliset julkaisut	Muu kuin suomen- tai englanninkieliset julkaisut
Tutkimukset, vertaisarvioidut tieteelliset artikkelit	Opinnäytetyöt ja pro gradu tutkielmat
Julkaistu vuosina 2010–2022	Julkaistu ennen vuotta 2010
Vapaasti verkossa saatavilla oleva kokoteksti	Maksulliset julkaisut
Ikäryhmä aikuiset ja iäkkäät	Ikäryhmä lapset ja nuoret

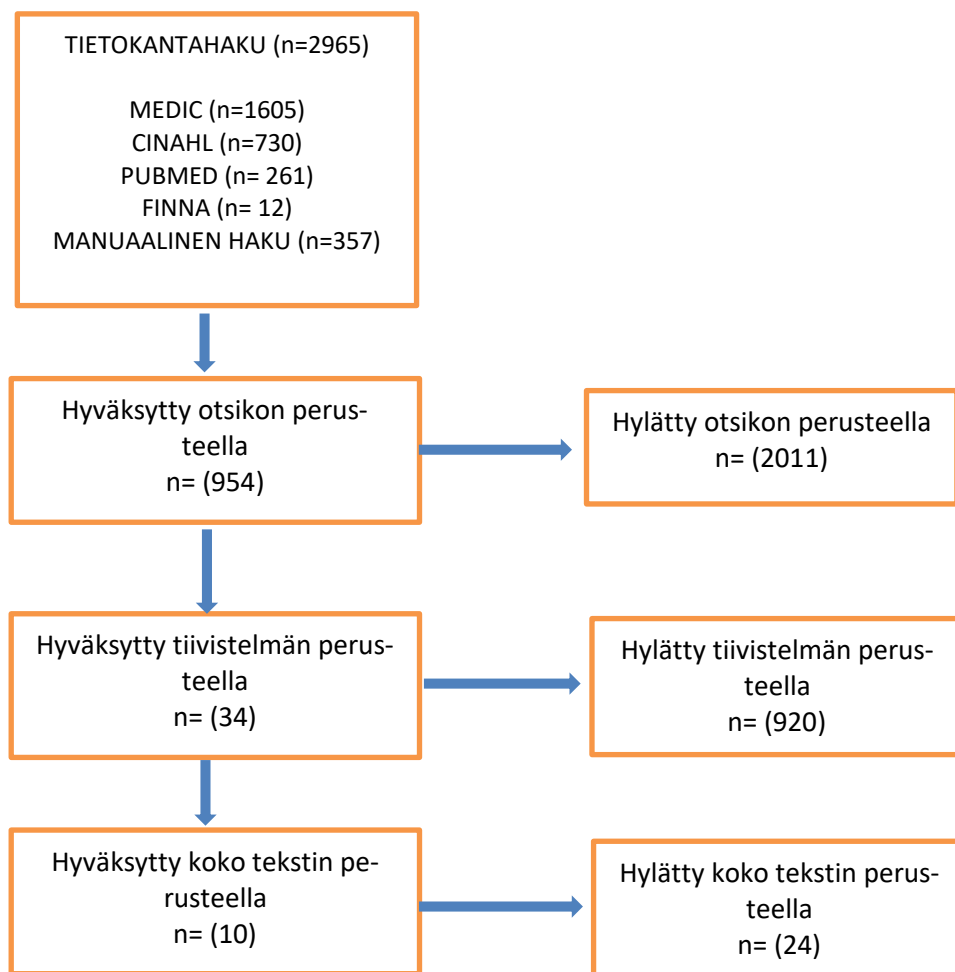
Tutkimukset ja artikkelit haettiin sähköisesti Medic, Cinahl, Pubmed ja Finna-tietokannoista sekä manuaalisesti (kuvio 3). Kirjallisuushaulla tunnistetaan ja löydetään materiaalia, jotka vastaavat tutkimuskysymykseen. Sähköisten tietokantahakujen lisäksi voi käyttää myös manuaalista hakua, jolloin tavoitetaan lisää katsaukseen soveltuvia tutkimuksia. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 25.). Tietokantahakua toteutettiin aktiivisesti 9.1.2022- 23.3.2022 välisenä aikana, jolloin sisään- ja poissulkukriteerien mukaisia tieteellisiä artikkeleita ja tutkimuksia löytyi 2965 kappaletta.

Medic-tietokannasta saatiin yhteensä 1605 julkaisua, joita haettiin sanalyhenteillä ja hakusanoilla: moniamm* OR ennakoiva hoitosuunnitelma, ennakoiv* OR hoitosuunnitelma, moniammat* AND sekä OR palliatiivinen hoitotyö, ennak* + hoitos*, palliatiivinen, saattohoito, advance care planning. Rajauksena hauissa käytettiin suomi ja englanti, alkuperäistutkimus, 2010–2022 ja vain koko teksti. Kokonaistarkastelun jälkeen kirjallisuuskatsaukseen valikoitui Medic-tietokannasta kuusi julkaisua.

Cinahl-tietokannasta hakuja tehtiin sanoilla: advance care planning AND palliative care, advance care planning AND palliative care OR end of life, multiprofessional AND palliative care AND advance care planning, advance care planning AND adults AND palliative care. Rajauksena käytettiin full text, 2010–2022, englanti. Julkaisuja tuli 730, joista yhtään julkaisua ei valittu kirjallisuuskatsaukseen.

Pubmed-tietokannasta julkaisuja haettiin hakusanoilla: advance care planning + palliative. Rajauksena olivat full text, 2010–2022. Tietokannasta hakuja tuli 261, joista kirjallisuuskatsaukseen valikoitui kolme julkaisua.

Finna-tietokannasta julkaisuja tuli 12 haulla: moniammatillinen yhteistyö palliatiivisessa hoidossa. Julkaisuista yhtään ei valittu kirjallisuuskatsaukseen. Manuaalisella haulla löytyi 357 julkaisua, joista osa oli valikoitunut kirjallisuuskatsaukseen jo aikaisempien tietokantahakujen tuloksena. Manuaalisen haun tuloksena valittiin yksi julkaisu, joka läpäisi kirjallisuuskatsaukselle laaditut sisään- ja poissulkukriteeristön mukaisen arvon.



Kuvio 3. Tiedonhakuprosessi

Tarkkaan suunnitellusta tietokantahausta huolimatta, tuloksena voi tulla suuri joukko tutkimuksia, jotka eivät kuitenkaan anna vastausta tutkimusongelmaan. Julkaisuja valitaan alkuun otsikon ja sitten abstraktin perusteella, ja lopulliset valinnat tehdään kokotekstin perusteella. Hakuprosessi kuvataan tarkasti, että lukija pystyy halutessaan toistamaan kirjallisuuskatsauksen. Hakuja

voi joutua tarkentamaan ja muokkaamaan useita kertoja, ja siksi tiedonhaku on kirjallisuuskatsauksen aikaa vievin osuus. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 27.) Tiedonhaulla saatiin kymmenen julkaisua lopulliseen kirjallisuuskatsauksen tarkasteluun ja arviointiin.

2.3 Tutkimusten näytön asteen ja laadun arviointi

Kirjallisuuskatsauksen seuraava vaihe hakuprosessin jälkeen on valittujen tutkimuksien arviointi, jolloin tarkastellaan alkuperäistutkimuksien tiedon kattavuutta ja vältetään mahdollinen katsauksen tulosten vinoumaa. Tämän vuoksi jokainen katsaukseen valitun tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan erikseen. Arvioinnin luotettavuutta lisää, jos sen suorittaa itsenäisesti vähintään kaksi henkilöä. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 28; Lemetti & Ylönen 2016, 67.)

Tutkimusten ja artikkeleiden tulosten näytön aste on tärkeä huomioida. Korkein näytön aste on satunnaiskontrolloidulla tutkimuksilla (RCT) näytönaste A- ja asiantuntijalausunnoilla on matalin näytön aste D. (Lemetti & Ylönen 2016, 69–70.) Kirjallisuuskatsaukseen valikoitujen julkaisujen näytön asteen vahvuuden määrittämiseen käytettiin hoitotyön tutkimussäätiön näytön asteen määrittämisen kriteeristöä. (Taulukko 2.)

TAULUKKO 2. Näytönasteen määrittäminen (mukaillen Hotus n.d.a)

Näytön aste/ vahvuus	Määritelmät	Kriteerit
A (vahva)	lähes varmaa, että vaikutus on varsin lähellä todellista arvioita	Vähintään kaksi tasokasta tutkimusta ja tutkimusasetelma on paras mahdollinen tutkittavalle asialle
B (Kohtalainen)	On melko varma, että vaikutus on lähellä todellista arviota. Mutta uudet tutkimukset saattavat vaikuttaa arvion suuntaan tai suuruuteen	Tasokkaita tutkimuksia vain yksi. Tasokkaita tutkimuksia useita, mutta tuloksissa vähäistä ristiriitaa. -Useita kelvollisia tutkimuksia, joiden tulokset samansuuntaiset eikä tuloksissa ole systemaattista virhettä
C (Heikko)	Luottamus vaikutuksen arvioon on rajoitettu. Uudet tutkimukset todennäköisesti vaikuttavat arvion suuruuteen	Kelvollisia tutkimuksia ainakin yksi. Tasokkaita, tutkimuksia on useita, mutta tuloksissa on merkittävää ristiriitaa
D (hyvin heikko)	Luottamus vaikutuksen arvioon on hyvin rajoitettu. Vaikutus arvion suuruudesta ja suunnasta on epävarma	Tutkimukset ovat menetelmällisesti heikkoja. - Tutkimusnäyttöä ei ole käytettävissä, arvio perustuu asiantuntijan konsensuslausumaan

Näytön vahvuudeksi saatiin kahdelle tutkimukselle A, kolmelle tutkimukselle näytön vahvuus B ja kahdelle asiantuntija artikkelille C- sekä kolmelle D-näytön vahvuus. (Liite 1 ja taulukko 3.) Näytön

vahvuuden arvion mukaan osa tutkimuksista oli heikkoja ja osa vahvoja julkaisuja. Osaa suomenkielisten asiantuntija-artikkeleiden näytön vahvuutta nosti kirjoittajien asiantuntijuus kirjoitettujen artikkeleiden sisällöstä sekä tasokkaat tutkimukset käytetyissä julkaisuissa.

Kirjallisuuskatsaukseen valitut julkaisut arvioidaan arviointikriteeristöillä, joiden avulla julkaisut pisteytetään. Tutkimusten arvioinnilla pyritään pätevyyden, yleistettävyyden ja esitettyjen tulosten merkittävyyden arviointiin. (Lemetti & Ylönen 2016, 67–69.) Katsaukseen valittujen tutkimusten menetelmällinen laatu arvioitiin käyttämällä JBI:n (Joanna Briggs Institute) kriittisen arvioinnin tarkistuslistoja. (ks. Hotus n.d.b) Julkaisuista suomalaiset asiantuntijoiden näkemykset, joita oli viisi, saivat kaikki 6/6 pistettä. Järjestelmällisiä katsauksia oli kolme, joiden pisteytys kahdella julkaisulla oli 9/11 ja yhdellä julkaisulla 10/11. Yksi laadullinen tutkimus sai pisteytyksen 7/10 sekä julkaisuista yksi oli satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, jonka pistemääräksi tuli 10/13 pistettä.

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta ja yleistettävyyttä lisätään esittämällä aineisto, mikä mahdollistaa valittujen julkaisujen erilaisuuksien ja samankaltaisuuksien vertailun. Kaikissa valituissa aineistossa ei tarkastella samoja asioita ja aineiston esittelyn perusteena onkin tarkoituksenmukaisuus, joka on sidoksissa opinnäytetyön tutkimuskysymykseen ja tarkoitukseen. (Kangasniemi & Pölkki 2016, 83.) Taulukossa 3 (liite 1) on esitetty kirjallisuuskatsaukseen valitut alkuperäiset tutkimukset sekä näytönvahvuus sekä JBI- kriteeristön mukainen pisteytys.

Katsaukseen valittua aineistoa voi kuvailla opinnäytetyössä muun muassa artikkelin kirjoittajan, julkaisuvuoden ja -maan, tutkimuksen tavoitteen ja tarkoituksen mukaan sekä kertoa alkuperäistutkimusten keskeiset tulokset. Kirjallisuuskatsaukseen valitun aineiston luotettavuuden arviointia tehtäessä on perusteltua, että jokainen artikkeli on arvioitu soveltuvien kriteerien mukaisesti ja arviointiperusteiden tulee näkyä kirjallisuuskatsauksen raportissa. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 29–30.) Taulukossa 3 on kuvattu alkuperäistutkimusten kirjoittajat, julkaisuvuosi ja -maa, tutkimuksen tarkoitus ja tavoite, tutkimustyyppi, keskeiset tulokset sekä JBI-kriteeristön pisteytys ja näytönvahvuus. Liitteessä 2 on esimerkki opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen JBI- kriteeristön mukaisesta arviointilomakkeesta.

2.4 Aineiston analyysi (havainnointi)

Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on koota yhteen jo olemassa olevaa tietoa ja aineiston käsittelymenetelmän valintaan vaikuttaakin se, mitä tietoa katsauksella halutaan tuottaa. Kirjallisuuskatsauksen aineiston käsittelyn on tarkoitus tuottaa kattava ja luotettava kokonaiskuva tutkittavasta ilmiöstä. Opinnäytetyössä tulee näkyä aineiston käsittelyn eteneminen ja saadut tulokset visuaalisesti havainnollistettuna. (ks. Kangasniemi & Pölkki 2016, 80–82; Niela-Vilén & Hamari 2016, 30.)

Kirjallisuuskatsauksen tietokantahaulla Medic, Cinahl, Pubmed ja Finna-tietokannoista ja manuaalisella haulla saatiin lopulliseen tarkasteluun kymmenen julkaisua. Opinnäytetyölle merkityksellinen sisältö analysoitiin saaduista tutkimuksista induktiivisen sisällön analyysin mukaisesti. Aineiston analyysi aloitettiin tutustumalla aineistoon, jolloin aineistoa luettiin läpi useaan kertaan. Aineisto koostui pääsääntöisesti julkaisujen tuloksista ja johtopäätöksistä. Aineistosta saatiin koodeja 147 kappaletta, kun aineistosta tehtiin havainnot, jotka liittyivät ennakoivan hoitosuunnitelman tekemiseen ja palliatiiviseen hoitoon. Induktiivisessa sisällön analyysissä, aineistoon perehtymisen jälkeen päätetään analyysiyksikkö. Analyysiyksiköksi valikoitui sana, lause tai ajatuskokonaisuus aineiston laadun mukaan (ks. Kangasniemi & Pölkki 2016, 87; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 25).

Katsauksen tekijä lukee ja koodaa aineistoa merkintöjä tekemällä. Koodauksen avulla tiivistetään aineisto. Aineistosta saatiin koodeja 147 kappaletta, jolloin saatiin alkuperäiset ilmaukset. Alkuperäisilmaukset pelkistettiin, jolloin alkuperäisistä ilmauksista otettiin pois ylimääräiset sanat. Seuraavaksi pelkistetyt ilmaisut ryhmitellään vertailemalla samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia, minkä jälkeen ne abstrahoidaan luokiksi ja tarvittaessa luokittelua jatketaan, jonka jälkeen luokat nimetään sisällön mukaisesti. (Kangasniemi & Pölkki 2016, 87; Niela-Vilén & Hamari 2016, 31.) Esimerkki kirjallisuuskatsauksen aineiston luokittelusta taulukossa 4.

TAULUKKO 4. Esimerkki kirjallisuuskatsauksen aineiston luokittelusta

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	luokat
1.tautikohtaisen diagnostiikan ja hoidon lisäksi lääkärin tulee tunnistaa pitkälle edennyt sairaustilanne, osata muuttaa tavoitteita ja luoda	1.a. Hoidon lisäksi tunnistaa edennyt sairaus tilanne muuttaa tavoitteita 1b ja luoda potilaan kanssa elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma	I Ajoissa tehty elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma (1a,2,6,7,8,15a,16,34,60,71,77,85,86,87,107,108,110,112,127,129,138)

<p>potilaan kanssa elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma</p> <p>2. keskustelut kohdennettu pitkälle edennyttä sairautta sairastaviin potilaisiin ja erityisesti niihin, joiden sairaus pahenee toistuvasti ja jotka voivat menettää kykynsä kommunikoida</p> <p>3. alun perin ACP- keskustelun tavoitteina ovat olleet kirjatut hoitotahdot, hoidon rajaukset ja sijaispäättäjän määrittely</p> <p>4. Acp keskusteluista kuvattuja hyötyjä ovat potilaan lisääntynyt hoitotyytyväisyys ja palliatiivinen hoito sekä läheisten ahdistuneisuuden väheneminen</p> <p>5. Acp interventiot ovat muun muassa vähentäneet siirtoja hoiva yksiköstä sairaalaan, tehohoito jaksoja ja elvytys yrityksiä elämän loppuvaiheessa sekä lisänneet kirjallisia hoitotahtoja</p> <p>6. Keskustelu tulisi asettaen avata tauti kohtaisten hoitojen rinnalla ja erityisesti niiden vasteen hiipussa tai ollessa epävarma</p> <p>7. Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma on viimeistään tarpeen, kun vaikean sairauden etenemiseen ei enää voida merkittävästi vaikuttaa</p>	<p>2. Keskustelut kohdennettu potilaisiin, joiden sairaus pahenee toistuvasti ja voivat menettää kykynsä kommunikoida</p> <p>3. ACP keskustelun tavoitteena kirjatut hoitotahdot, hoidon rajaukset ja sijaispäättäjän määrittely</p> <p>4. Acp hyötyjä potilaan lisääntynyt hoitotyytyväisyys, palliatiivinen hoito, ahdistuneisuuden väheneminen</p> <p>5. ACP:t vähentäneet siirtoja sairaalaan, tehohoitojaksoja, elvytys yrityksiä elämän loppuvaiheessa lisänneet kirjallisia hoitotahtoja</p> <p>6. keskustelu avata hoitojen rinnalla, vasteen hiipussa tai ollessa epävarma</p> <p>7. ACP tarpeen, Kun sairauden etenemiseen ei voida vaikuttaa</p> <p>8. Ajoissa tehty ennakkoiva hoitosuunnitelma tärkeä potilaille, joiden sairaus pahenee tai voivat menettää kykynsä luotettavan kommunikointiin sairauden etenemisen vuoksi</p> <p>9. sisältää keskustelut sairauden luonteesta, hoitomenetelmistä hoidon tavoitteista, hoidon rajauksista potilaan toiveista ja peloista sairauden edetessä, kuoleman lähestyessä</p> <p>10. Pyritään konkreettiseen hoitosuunnitelmaan, jossa ennakoidaan potilaan kivun ja fyysisten oireiden hoito sekä potilaan ja hänen läheistensä psyykkiset,</p>	<p>II Vuorovaikutus moniammatillisessa tiimissä (21,23,29,30,142, 147)</p> <p>III Potilaskeskeinen hoidon suunnittelu (1b,3, ,9,10,11,12,14,17,18,19,24a, 25,26,27,28,31,32,32,33a,33b,33c,35,36,37, 50b,50c,51,62,63,65,67,69,72,74a,75,76a,76b,78,90, 99,101,102,103,104,109,116,117,121, 122,124,125,126)</p> <p>IV Elämänlaadun ja hoitotyytyväisyyden varmistaminen (4,5,13,15b,22,24b, 24 c,48a,56,58.61a,61b, 68,70,73,83,100,113,114,115)</p> <p>V Oirehoidon ohjaus (20,39a,39b,39c,49b,74b,74c,74d,79a,79b, 79c,79d,79e,79f,79g,79h,79i,79j,80,81,84, 88,93,95,130,132a,132b, 132 c,132d,132e, 132f,135b,141)</p> <p>VI Saattohoidosta keskustelu (38,40,41a,41b,42b,43,45,48 c,49a,89, 91,92,94,96,97,98,105a,105b, 105 c,106,111, 118,120,123,128,131,133,134,135a,136,137,139,140 ,144,145,146)</p> <p>VII Potilaan ja läheisen psyykkisen ja eksistentiaalisen tuen tarve (42a,44,46,47,48b,50a,52a,52b, 52 c,53,54,55,57, 59,64,66,82,119, 143)</p>
--	---	--

<p>8. Ajoissa tehty ennakoiva hoitosuunnitelma on erityisen tärkeä potilaille, joiden sairaus pahenee toistuvasti (esimerkiksi keuhkohtaumatauti tai sydämen vajaatoiminta) tai jotka voivat menettää kykynsä luotettavaan kommunikatioon sairauden etenemisen vuoksi (esimerkiksi muistisairaudet ja motoneuronitauti)</p>	<p>sosiaaliset ja henkiset tarpeet</p>	
---	--	--

Alkuperäiset ilmaukset, joita oli 147, pelkistettiin, jolloin osa niistä jaettiin edelleen pienaakosilla sisällön mukaan omaksi asiakokonaisuudeksi. Tämän jälkeen samansisältöiset ilmaisut ryhmiteltiin vertailemalla samankaltaisuuksia ja abstrahoiitiin omiksi luokikseen. Luokkia tuli seitsemän, jotka nimettiin sisältöjen mukaisesti: ajoissa tehty elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma, vuorovaikutus moniammatillisessa tiimissä, potilaskeskeinen hoidon suunnittelu, elämänlaadun ja hoitotytyväisyyden varmistaminen, oirehoidon ohjaus, saattohoidosta keskustelu sekä potilaan ja läheisen psyykkisen ja eksistentiaalisen tuen tarve.

2.5 Tulokset

Ensimmäisen syklin tarkoitus oli kartoittaa, miten palliatiivisen potilaan ennakoiva hoitosuunnitelma tehdään. Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella vastattiin tutkimuskysymykseen, miten palliatiivisen potilaan ennakoiva hoitosuunnitelma tehdään. Tulosten mukaan moniammatillinen ennakoivasta hoitosuunnitelmasta keskustelu koettiin tärkeänä osana potilaan palliatiivista hoitoa. Palliatiivisen potilaan tunnistamisen vaikeus ja rohkeus ottaa elämän loppuvaihe puheeksi vaikeuttavat osaltaan ennakoivan hoitosuunnitelman tekemistä. Tulosten mukaan ennakoivan hoitosuunnitelman tekeminen lisäsi potilaiden ja omaisten hoitotytyväisyyttä ja vähensi heidän ahdistuneisuuttansa.

1 Ajoissa tehty elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma

Ennakoivan hoitosuunnitelman tekeminen on yhteydessä palliatiivisen potilaan tunnistamiseen, jos palliatiivisen vaiheen potilasta ei tunnisteta, ei elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelmaakaan tehdä. Hoitohenkilökunnan ja hoitavan lääkärin tulee motivoida omaisia ja potilasta hoidon suunnitteluun, kun potilas on vielä kykenevä esittämään oman mielipiteen hoitolinjauksiin (Antikainen, Konttila, Virolainen & Strandberg 2013, 914). Keskustelu elämän loppuvaiheen hoidosta on hyödyllistä missä tahansa sairauden vaiheessa ja palliatiivista hoitoa tulisi tarjota jo yhdessä elinennustetta pidentävien hoitojen kanssa. Ennakoivan hoitosuunnitelman keskustelu olisi kuitenkin hyvä käydä, kun sairauden etenemiseen ei voida enää vaikuttaa. Ennakoiva hoitosuunnitelma on tärkeä erityisesti niille potilaille, joiden sairauden odotetaan pahenevan sen edetessä kuten keuhkohtaumatautia sairastavat ja sydämen vajaatoimintaa sairastavat potilaat sekä kommunikaatiokykynsä mahdollisesti menettävät muistisairaavat ja motoneuronitautia sairastavat potilaat. (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019; Tilvis & Antikainen 2015.)

Ennakoivan hoitosuunnitelman tekeminen on tärkeää, ja sen päivittämistä sairauden edetessä ei tule laiminlyödä. Hoitosuunnitelma on prosessi, jonka toistuvien keskustelujen ja hoitosuunnitelman päivittämisen kautta saadaan tarkennettua hoidon tavoitteet ja potilaan toiveet (Lehto ym. 2019, 336). Ennakoiva hoitosuunnitelma tulee laatia siten, että se on jo laadittu, jos potilaan hoito sitä edellyttää (Antikainen ym. 2013, 914).

II Vuorovaikutus moniammatillisessa tiimissä

Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma tehdään moniammatillisessa tiimissä, johon kuuluu myös potilas ja läheinen. Hoitoneuvottelut, joissa elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelmat tehdään kuuluvat lääkäri, hoitajat, potilas ja hänen luvallaan myös läheisiä. Hoitosuunnitelman tekeminen vaatii kommunikaatio-osaamista ja onnistuessaan keskustelut edistävät hoitotyytyväisyyttä ja läheisten selviytymistä. Hoitosuunnitelmaan osallistuvien roolin ymmärtäminen vähentää väärinymmärryksen riskiä ja luo edellytykset hyvälle vuorovaikutukselle (Lehto ym. 2019.) Tutkimuksen Wang, Chan ja Chow (2018, 1) mukaan tutkittiin sosiaalityöntekijöiden kokemuksia ennakoivan hoitosuunnitelman tekemisestä. Sosiaalityöntekijät olivat yksimielisiä siitä, että heillä oli tärkeä rooli ennakoivan hoitosuunnitelman laatimisessa ja toteuttamisessa.

Lääkärin tehtävä on koota moniammatillinen tiimi potilaan tueksi, johon voi kuulua sosiaalityöntekijä, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, sairaalapastori sekä järjestöjen tukihenkilöitä, jotka voivat tarjota potilaalle apua arkeen ja eksistentiaaliseen ahdistukseen. Moniammatillinen tiimi on tärkeä potilaan hoidon onnistumisessa (Rahko & Rajala 2020, 1611–1612).

III Potilaskeskeinen hoidon suunnittelu

Potilas saa päättää kenet hän haluaa osallistuvan hoidon suunnitteluun, ja onko hän itse valmis keskustelemaan elämänsä loppuvaiheesta. Ennakoivan hoitosuunnitelman keskustelun tulisi sisältää ainakin keskustelua sairauden luonteesta, hoidon rajauksista, hoidon tavoitteista ja -linjauksista sekä potilaan toiveista ja peloista, joita sairauden eteneminen ja lähestyvä kuolema voi tuottaa. Keskustelun yhteydessä potilas voi nimetä itselleen henkilön, joka tekee hoitopäätökset potilaan kommunikoinnin heikentyessä. Potilaalle annetaan mahdollisuus oman hoitotahdon tekemiseen keskustelun yhteydessä. (Lehto ym. 2019, 336–337.)

Ennakoivasta hoitosuunnitelman tekemisestä on esitetty myös kriittisiä arvioita kuten Korfage ym. (2020) tutkimuksessa tuovat esille. Tuloksissa strukturoidun ennakoivan hoitosuunnitelman tekeminen ei parantanut potilaiden elämänlaatua, mutta potilaat saivat todennäköisemmin palliatiivista hoitoa. Palliatiivisen hoidon aloittaminen ei ole luovuttamisen tai hoidon epäonnistumisen merkki, se on lisäpalvelu potilaan kärsimysten hoidossa, toteaa Tilvis ja Antikainen (2015, 2239). Potilas antaa suostumuksensa hoitoon ja potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilas voi kieltäytyä hoidosta, jolloin häntä hoidetaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. (Lehto ym. 2019, 340.)

Hoitohenkilökunnan tulee kohdata rohkeasti ja avoimesti potilas sekä läheinen. Läheisten huomiointi on osa ennakoivan hoitosuunnitelman laatimista. Yhdessä tehdyt hoitopäätökset ja -linjat potilaan ja läheisen kanssa, luovat perustan potilaan selviytymiselle palliatiivisessa hoidossa. Potilaan ilmaisemat huolenaiheet ja toiveet ohjaavat potilaskeskeiseen hoidon suunnitteluun. (Saukkonen, Viitala, Lehto & Åstedt-Kurki 2017, 203; Rahko & Rajala 2020, 1606.)

IV Elämänlaadun ja hoitotyytyväisyyden varmistaminen

Elämänlaatuun ja hoitotyytyväisyyteen vaikuttaa avoin kertominen potilaan tilanteesta sekä hoitosuunnitteluun osallistuminen. Kotona asuminen mahdollisimman pitkään lisää itsenäisyyden ja kontrollin tunnetta potilailla. Avoin keskustelu ja rehellisen tiedon saaminen on potilaista ja läheisistä tärkeää. Asioiden kertomista rehellisesti mutta ei julmasti, arvostetaan. (Saukkonen ym. 2017, 203.) Keskusteluja tulee käydä kiireettömästi. Tutkimuksen Tilvis ja Antikainen (2015, 2241) mukaan potilaat, jotka sairastivat sydämen vajaatoimintaa, saivat mielestään liian vähän aikaa keskustella tulevaisuudestaan ja terveydentilastaan hoitohenkilöstön kanssa. Oikea-aikainen tieto ja avoin keskustelu myös lähestyvistä kuolemasta edistää hoitosuhteen luottamusta (Rahko & Rajala 2020, 1605).

Saukkosen ym. (2017, 203) mukaan läheinen tunsu itsensä tärkeäksi osallistuessaan potilaan hoitoon liittyviin asioihin ja päätöksiin. Potilaille oli tärkeää säilyttää kontrollin ja itsenäisyyden tunne, joka onnistui parhaiten potilaan saadessa olla omassa kodissa mahdollisimman pitkään. Läheisten osallistuminen potilaan elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelmasta keskusteluun koettiin elämänlaadun kannalta tärkeäksi (Schichtel, Perera & Onakpoya 2019).

V Oirehoidon ohjaus

Potilas ja läheiset olivat kiinnostuneita ja halusivat yksityiskohtaista tietoa loppuvaiheen oireista ja hoidon järjestelyistä (Haho 2017, 1708). Tarkkaa loppuvaiheen ennustetta on vaikea antaa, mutta oireenmukaista hoitoa on annettava aina uusien oireiden ilmaantuessa (Tilvis & Antikainen 2015, 2241). Lisääntyvä väsymys, ruokahaluttomuus ja liikuntakyvyn heikentyminen voivat ennustaa lähestyvää kuolemaa. Hallitsematon kipu, ahdistuneisuus, delirium, pelko- ja sekavuustilat, turvotukset, keuhkokuume, pahoinvointi ja oksentelu, ihon rikkoutuminen ja kutina kuuluvat myös tavanomaisiin viime vaiheen oireisiin. Ummetuksen hoito on tärkeää, mutta ei kuitenkaan suolen sisältömassaa lisäävillä valmisteilla. (Kiljunen & Marjamäki 2017, 1234; Tilvis & Antikainen 2015, 2240; Antikainen ym. 2013, 911).

Potilaan lääkitys selvitetään haastatteleamalla ja lääkelistalta karsitaan lääkkeitä, joilla ei saavuteta välitöntä oireiden lievitystä. Lääkitys loppuu viimeistään silloin, kun potilas ei pysty ottamaan lääkkeitä suun kautta. Lääkityksen riittävyyden arvioinnissa on omaisilla ja hoitohenkilökunnalla tärkeä vastuu, jos potilas ei itse jaksa tai kykene kommunikoimaan (Rahko & Rajala 2020, 1608–1609; Kiljunen & Marjamäki 2017, 1231.)

Kuten elämä, myös kuolema ja kuolemaa edeltävä aika ja oireet ovat yksilöllisiä. Oirehoidon tarvetta on suositeltavaa kartoittaa systemaattista kyselylomaketta esimerkiksi Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)-lomaketta käyttämällä, joka ohjaa hoidon suunnittelua. (Rahko & Rajala 2020, 1606–1611; Kiljunen & Marjamäki 2017, 1232.)

VI Saattohoidosta keskustelu

Saattohoito kuuluu osana palliatiiviseen hoitoon ja siitä tulee keskustella ennakoivan hoitosuunnitelman tekemisen yhteydessä. Ajankohtaiseksi saattohoidosta puhuminen tulee viimeistään silloin kun potilaan sairaus pahenee. Potilaan lähestyvän kuoleman tunnistaminen on tärkeä kliininen taito (Rahko & Rajala 2020, 1605).

Antikainen ym. (2013, 911) mukaan hoitolinjaukset tehtiin vasta lähellä kuolemaa ja saattohoitoa oli saanut vain kolmannes tutkittavista potilaista. Saattohoidossa oireenmukaiseen hoitoon ei pitäisi kuulua verinäytteiden ottoa, mekaanisia rajoitteita, suonensisäisiä kanyyleja tai ruokintaletkuja. On tärkeä tunnistaa, että suonensisäisellä nesteytyksellä aiheutetaan joskus myös lisää oireita. Verituotteiden käyttöä ei suositella saattohoidossa, sillä uupumus on monitekijäinen eikä punasolusiirrosta todennäköisesti ole hyötyä, vaikka potilas on aneeminen. Loppuvaiheen hoitoratkaisut koskevat yleisimmin infektioiden, etenkin keuhkokuumeen, syömisongelmien ja kivun hoidon sekä tarkoituksenmukaisen hoitopaikan valintaa. (Rahko & Rajala 2020, 1609; Antikainen ym. 2013, 911.)

Antikaisen ym. (2013, 913) mukaan saattohoidossa olleiden omaiset olivat tyytyväisempiä saamaansa tietoon ja hoidon laatuun kuin he, joiden läheisiä ei ollut hoidettu saattohoidon periaatteiden mukaisesti. Saattohoitoa pystytään toteuttamaan laadukkaasti perusterveydenhuollon hoitoyksiköissä. Potilaan sekä läheisen kohtaaminen on osa elämän loppuvaiheen hoitoa, johon tulee varata riittävästi aikaa. (Rahko & Rajala 2020, 1612.)

Saattohoitopotilaalla voi esiintyä vaikeita oireita, joita ei saada lievitettyä muilla menetelmillä kuin palliatiivisen sedaation avulla. Palliatiivinen sedaatio tarkoittaa tajunnantason heikentämistä lääkkeellisesti, jonka avulla ei nopeuteta potilaan kuolemaa eikä se korvaa hyvää kivunhoitoa. Sedaation tavoitteena on potilaan levollisuus eikä koneellista hoidon seuranta tarvi. Ennen sedaation aloittamista on tärkeää keskustella asiasta potilaan, läheisten sekä hoitohenkilökunnan kanssa (Rahko & Rajala 2020, 1609; Kiljunen & Marjamäki 2017, 1235.)

VII Potilaan ja läheisen psyykkisen ja eksistentiaalisen tuen tarve

Kuolevan potilaan eksistentiaalinen kärsimys on ahdistuksen ja tuskaisuuden monimuotoisesti ilmenevä kokemus, joka kohdistuu koko olemiseen, jolle on vaikea löytää konkreettista syytä mielestä, kehosta tai ympäristöstä. Ihmisellä on halu ymmärtää, mitä kuolema on. Eksistentiaalinen kärsimys kulminoituu oivallukseen kaiken loppumisesta. (Haho 2017, 1704–1705.)

Hahon (2017, 1709) mukaan potilaan eksistentiaalista kärsimystä lievittää tieto siitä, että saa mahdollisimman hyvän hoidon ja konkreettinen hoitosuunnitelma on tehty potilaan tahtoa kunnioittaen. Eksistentiaalista kärsimystä voi helpottaa ammattilaisen valmius ja tahto käydä kuolevan kanssa eksistentiaalista pohdiskelua. Saukkonen ym. (2017, 203) kuvaa nykyhetken arvostamisen, myönteisen elämänasenteen sekä sairauden parantumattomuuden hyväksymisen edistäneen potilaan ja läheisen selviytymistä palliatiivisessa hoidossa.

Elämän loppuvaiheen hoito pyrkii potilaan ja läheisten psyykkisten, fyysisten sekä henkisten kärsimysten lievittämiseen ja ehkäisemiseen moniammatillisen hoitosuunnitelman avulla. Hyvä somaattinen hoito edistää potilaan ja läheisten psyykkistä hyvinvointia, ja se saavutetaan eri ammattiryhmien yhteistyöllä. (Antikainen ym. 2013, 913; Rahko & Rajala 2020, 1611.)

2.6 Johtopäätökset (reflektointi)

Tarkoituksena oli kartoittaa aikaisempaa tutkimustietoa ennakoivan hoitosuunnitelman tekemisestä. Kirjallisuuskatsauksen avulla haettiin vastausta tutkimuskysymykseen, miten palliatiivisen potilaan ennakoiva hoitosuunnitelma tehdään. Tuloksissa korostui, että ajoissa tehty elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma moniammatillisessa tiimissä varmistaa potilaan ja läheisen elämänlaadun ja hoitotyytyväisyyden. Potilaskeskeisessä hoidonsuunnittelussa tulee huomioida potilaan ja läheisen psyykkisen ja eksistentiaalisen tuen tarve, oirehoidon ohjaus sekä saattohoidosta keskusteleminen.

Ennakoiva hoitosuunnitelma on hyödyllinen missä sairauden vaiheessa tahansa ja viimeistään se on tarpeen pitkälle edenneessä sairaustilanteessa (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019, 335). Moniammatillisena yhteistyönä ajoissa tehty ennakoiva hoitosuunnitelma ohjaa laadukkaaseen ja oikea-aikaiseen palliatiiviseen hoitoon. Ennakoiva hoitosuunnitelman laatiminen aloitetaan etenevässä ja pitkälle edenneissä sairauksissa jo ennen palliatiivista hoitolinjausta, tautikohtaisen hoidon ohessa (Saarto ym. 2022, 22; Sipola, Pöyhiä, Anttonen & Pajunen 2021, 57.) Palliatiivinen hoito yhdessä potilaan muun sairauden hoidon kanssa auttaa potilasta hallitsemaan sairauteen liittyviä oireita, lievittämään tuskaa, lisää sairauden ymmärtämistä sekä antaa potilaille mahdollisuuden pohtia ennakoivan hoitosuunnitelman avulla syvällisesti omia arvojaan, jotka ohjaavat potilaiden tulevia hoitoja. (Agarwal & Epstein 2020, 2018, 1). Ennakoiva hoitosuunnitelma hoidonlinjauksineen ja -rajauksineen tulee kirjata potilaan hoitokertomukseen (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019, 337–338).

Tutkimuksen Korfage ym. (2020, 3) mukaan strukturoitu ennakoivan hoitosuunnitelman keskustelu ei parantanut palliatiivisen potilaan elämänlaatua, mutta ennakoivan hoitosuunnitelman keskusteluihin osallistuvat potilaat saivat todennäköisemmin palliatiivista hoitoa ja saivat mieltymyksensä kirjallisena lääketieteellisiin asiakirjoihin. Palliatiiviseen hoitolinjaan siirtyminen ja saattohoidon aloittaminen sovitaan yhteisymmärryksessä potilaan ja läheisten kanssa. Potilaalla on oikeus kieltäytyä taudin hoidosta, jolloin hoitolinja on oireenmukainen. (Tasmuth 2020, 1237.)

Palliatiivisella eli oireita lievittäväällä hoidolla tarkoitetaan potilaan aktiivista kokonaishoitoa, kun parantavaa hoitoa ei enää ole. Tuolloin hoidon tavoitteena on potilaan ja läheisen mahdollisimman hyvä elämänlaatu. (Lehto, Toikkainen & Saarto 2011, 1089; Antikainen ym. 2013, 913). Potilailla on yleensä sairaudestaan johtuvia oireita, jotka rajoittavat toimintakykyä ja heikentävät elämänlaatua. Oirehoidon tarvetta ja oireiden läpikäymistä suositellaan esimerkiksi Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) lomaketta käyttäen. (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019, 340; Rahko & Rajala 2020, 1606.) Oirehoidon hallinnalla on merkitystä potilaan kärsimyksen lievittämisen ja toivon säilyttämisen kannalta (Hävölä, Rantanen & Kylmä 2015, 143).

Potilaan ja läheisten eksistentiaalinen ja psyykinen hyvinvointi korostui tuloksissa. Läheisten huomioiminen kuuluu hoitoon (Rahko & Rajala 2020, 1606). Hävölän ym. (2015, 143) ja Saukkosen ym. (2017, 203) mukaan potilaat toivoivat saavansa asua kotonaan mahdollisimman pitkään ja elää normaalia elämää. Eksistentiaalista kärsimystä ja pelkoa potilaille aiheuttivat muun muassa huoli elämänhallinnan ja itsemääräämisen menettämisestä. Turhien hoitojen antaminen, inhimillinen kohtelu ja kuoleman pitkittyminen aiheuttivat myös huolta potilailla. Näihin ahdistuksen ja pelon tunteisiin voidaan vaikuttaa luottamuksellisella hoitosuhteella sekä potilaan laati- milla hoito- ja hoivatahdoilla. (Haho 2017, 1709.) Potilaan kärsimystä voi lievittää myös lupaus saattohoidosta, johon siirrytään potilaan kuoleman lähestyessä.

Saattohoidosta keskusteleminen tulee sisällyttää osaksi ennakoivaa hoitosuunnitelmaa. Saattohoitovaiheessa potilaalla ja hänen läheisillään tulee olla tieto hoidosta vastaavasta osastosta ja mahdollisuus olla yhteydessä sinne terveydentilan muuttuessa. Potilas voi siirtyä tukiosastolle kaikkina vuorokauden aikoina viiveettä omasta pyynnöstään, joka mahdollistaa hoidon kotona mahdollisimman pitkään ja edistää turvallisuutta. (Saarto ym. 2022, 21.) Saattohoidon aikaan omaisten ja hoitohenkilökunnan merkitys korostuu potilaan kommunikoinnin heikentyessä (Rahko & Rajala 2020,1608). Tilvis ja Antikaisen (2015, 2241), Saarron ym. (2022, 29) sekä Rahkon ja Rajalan (2020,1611) mukaan saattohoidossa olevien potilaiden turhia siirtoja tulee välttää ja varmistaa saattohoito sinne, missä potilas on. Ihmiset toivovat usein, ettei heidän tarvitse kuolla yksin ja on tärkeä huolehtia läheiselle mahdollisuus myös yöpyä potilaan luona. Läheiset ovat osa saattohoitoa. Kuoleman jälkeen vainajaa kohdellaan kunnioittavasti. Läheisille annetaan aikaa vainajan hyvästelyyn ja mahdollisuus osallistua vainajasta huolehtimiseen. Kuoleman jälkeen hoitohenkilökunnalla on varattava aikaa myös läheisten tukemiseen.

Tulosten reflektion perusteella kehittämistyö jatkuu toiseen sykliin, jonka tarkoitus on kuvata ennakoivan hoitosuunnitelman toteutuminen moniammatillisena yhteistyönä. Syklin tutkimuskysymys on, miten toteutetaan palliativista hoitoa tarvitsevan potilaan ennakoiva hoitosuunnitelma Kuhmon terveyskeskussairaalan- ja kotihoidon sairaanhoitajien sekä asiakasohjaajien moniammatillisessa yhteistyössä?

2.7 Luotettavuus

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta tarkastellaan laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerien avulla. Luotettavuuden tarkasteluun ei ole vakiintuneita kriteereitä, ja ne vaihtelevat eri koulukuntien välillä. Luotettavuutta voidaan tarkastella esimerkiksi *uskottavuuden*, *vahvistettavuuden*, *reflektiivisyyden* sekä *siirrettävyydskriteerien* avulla (Puusa & Julkunen 2020, 200; Kylmä & Juvakka 2007, 127.) Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta *vahvistettavuuden* ja *uskottavuuden* avulla.

Vahvistettavuuden tukena voidaan käyttää viittauksia samankaltaisiin tutkimuksiin (Kananen 2014, 133). Kirjallisuuskatsaukseen löydettiin useita samansisältöisiä tutkimuksia. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui julkaisuja potilaan, hoitajien ja asiantuntijalääkärien näkökulmista, mikä vahvistaa kirjallisuuskatsauksen tuloksia. Valitut alkuperäiset tutkimusartikkelit arvioitiin katsaustyyppin arviointikriteerejä käyttäen. Tutkimusartikkelien arviointi tulee suorittaa vähintään kaksi arvioijaa. (ks. Lemetti & Ylönen 2016, 67,75.) Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen julkaisujen arviointi tehtiin opiskelijan toimesta, joka heikentää kirjallisuuskatsauksen vahvistettavuutta.

Julkaisujen laatu arvioitiin JBI (Joanna Briggs Institute) tarkistuslistoja apuna käyttäen, sekä näytön vahvuuden määrittämiseen käytettiin hoitotyön tutkimussäätiön näytön asteen määrittämisen kriteeristöä. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2022) Näytön vahvistettavuutta lisää uudet terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen palliativisen hoidon ja saattohoidon kansalliset laatusuositukset (Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus 2022), joiden kanssa kirjallisuuskatsauksen tulokset ovat samansuuntaiset. Kirjallisuuskatsauksen julkaisujen etsinnässä saavutettiin kylläntymispiste, ja lisähaut aikaisemmin kuvatuista tietokannoista eivät olisi tuonut uutta tietoa tutkimuskysymyksen näkökulmasta (ks. Vilka 2021b, 125).

Kirjallisuuskatsauksen *uskottavuutta* on pyritty lisäämään kuvaamalla ennakoivan hoitosuunnitelman tekemistä monipuolisesti ja perinpohjaisesti. Opinnäytetyön tekijä tunnisti oman keskeisen asemansa opinnäytetyön tekemisessä ja toi julki omat valintansa kirjallisuuskatsausta tehtäessä. Kirjallisuuskatsausta tehtäessä analyysimenetelmät ja kirjallisuuskatsauksen vaiheet on kuvattu huolellisesti, jolloin lukija voi arvioida opinnäytetyön tekijän tekemät valinnat. Induktiivisella analyysillä voidaan saavuttaa yhtä korkeatasoista tutkimusta kuin määrällisellä tutkimuksella saavutettaisiin. (ks. Puusa & Julkunen 2020, 190–195.) Kirjallisuuskatsauksen vaiheet ja analyysi on kuvattu opinnäytetyössä avoimesti ja aineiston luokittelun esimerkki lisäävät kirjallisuuskatsauksen uskottavuutta. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden arviointia tehdessä tulee huomioida lisäksi eettisyyden periaatteet.

2.8 Eettisyys

Kirjallisuuskatsauksen tekemisessä tulee noudattaa hyviä tieteellisen käytännön periaatteita. Tutkimustyössä noudatetaan yleistä huolellisuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta tulosten tallentamisessa sekä arvioinnissa ja esittämisessä. (Vilka 2021a, 197; Tuomi & Sarajärvi 2018, 150.) Opinnäytetyön kirjallisuuskatsaukseen valitut julkaisut on esitetty taulukossa 3 (liite 1). Tulokset on esitetty selkeästi ja rehellisesti lähteisiin viitaten. Tutkija ottaa muiden tutkijoiden saavutukset ja työt huomioon asianmukaisesti ja kunnioittavasti. Julkaisuihin viitataan asianmukaisella tavalla omassa opinnäytetyössä ja tuloksia julkistaessa. (Hyvä tieteellinen käytäntö 2021.)

Opinnäytetyön tekijän kokemattomuus voi heikentää kirjallisuuskatsauksen eettisyyttä, tiedollisten ja taidollisten valmiuksien ollessa puutteellisia. Opinnäytetyön tekijän vastuu aiheen valinnassa on eettinen ja menetelmälliset ratkaisut on arvioitava tutkimusetiikan näkökulmasta, saavutetaanko haluttu tieto valituilla menetelmillä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 153; Kylmä & Juvakka 2007, 146.) Kirjallisuuskatsauksen aineiston tulosten avulla saatiin tarvittava tieto ennakoivan hoitosuunnitelman tekemisestä. Ennakoiva hoitosuunnitelma tuo palliatiivisille potilaille ja heidän läheisilleen turvaa heidän tietäessään, kuinka hoitoa toteutetaan. Palliatiiviset potilaat ovat haavoittuvia tutkimukseen osallistujia, heidän kanssaan sensitiivinen kohtaaminen ei toteutunut, koska kirjallisuuskatsausta tehdessä tarkasteltiin valmiita julkaisuja, jotka liittyivät palliatiivisiin potilaisiin.

Opinnäytetyölle haettiin tutkimuslupaa, joka myönnettiin opinnäytetyön suunnitelman perusteella. (ks. Hyvä tieteellinen käytäntö 2021). Kirjallisuuskatsauksen eteneminen oli suunniteltu

opinnäytetyön suunnitelmaan, jossa oli kerrottu sisään- ja poissulkukriteerit ja tutkimuskysymys sekä, kuinka ensimmäisen syklin tutkimuskysymykseen haetaan vastauksia eri tietokannoista saatavista tieteellisistä julkaisuista. Toimintatutkimuksen syklisyyden vuoksi, opinnäytetyön suunnitelmaan kuvattiin vain kirjallisuuskatsaus tarkasti, seuraavat syklit muodostuvat opinnäytetyön edetessä.

2.9 Lähteet

Agarwal, R. & Epstein, A.S. (2018). Palliative care and advance care planning for pancreas and other cancers. *Chin Clin Oncol* 6(3), 1–14. Doi:10.21037/cco.2017.06.16.

Goswami, P., Mistic, M. & Fedricker, D- B. (2020). Advance Care Planning Advanced practice provider –initiated discussions and their effects on patient-centered end-of-life care. *Clinical journal of oncology nursing* 24(1), 81-89. DOI: 10.1188/20.CJON.81–87

Hotus. (n.da). Näytönasteen määrittäminen. Saatavilla 24.8.2022 <https://www.hotus.fi/naytonasteen-maarittaminen/>

Hotus (n.db). Kriittisen arvioinnin tarkistuslistat (JBI). saatavilla 24.8.2022 <https://www.hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat>

Hyvä tieteellinen käytäntö. (2021). Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Saatavilla 24.8.2022 <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk>

Hävölä, H, Rantanen, A. & Kylmä, J. (2015). Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvaamina. *Hoitotiede* 27(2), 132–147.

Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. (2008). Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kananen, J. (2014). Toimintatutkimuksen ominaispiirteet. *Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona*. Teoksessa T. Makkonen (toim.) *Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä?* (11–17). Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja- sarja. Suomen yliopistopaino OY- Juvenes print.

Kangasniemi, M. & Pölkki, T. (2016). Aineiston käsittely: kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa M. Stolt., A. Axelin. & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:73. (80–93). Turku. Juvenes Print.

Kekoni, T., Mönkkönen, K., Hujala, A., Laulainen, S. & Hirvonen, J. (2019). Moniammatillisuus käsitteinä ja käytänteinä. Teoksessa K. Mönkkönen, T. Kekoni & A. Pehkonen (toim.) Moniammatillinen yhteistyö – vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Gaudeamus Oy. [BookBeat e-kirjapalvelu 2022].

Kylmä, J. & Juvakka, T. (2007). Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy.

Latvala, E. & Vanhanen – Nuutinen, L. (2003). Laadullinen hoitotieteellinen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. (21–43). Juva. WSOY.

Lehto, J. Toikkainen, V. & Saarto, T. (2011). Hengenahdistuksen palliatiivinen hoito. Suomen lääkärilehti 66(13),1089–1096.

Lemetti, T. & Ylönen, M. (2016). Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusartikkeleiden arviointi. Teoksessa M. Stolt., A. Axelin. & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:73. (67–79). Turku. Juvenes Print.

Nilen-Vilèn, H. & Hamari, L. (2016). Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa R. Suhonen, A. Axelin & M. Stolt (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:73. (23–34). Turku. Juvenes Print.

Puusa, A. & Julkunen, S. (2020). Uskottavuuden arviointi laadullisessa tutkimuksessa. Teoksessa A. Puusa & P. Juuti (Toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. (189–201). Helsinki. Gaudeamus Oy.

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. (2019). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Saatavilla 9.1.2022. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. (2022). Sosiaali- ja terveysministeriön ohjaus 4. Saatavilla 4.5.2022_ <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-824-8>

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. (2017). Sosiaali- terveysministeriön raportteja ja muistioita 44. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3896-0>

Palliatiivisen ja saattohoidon tila Suomessa. (2019). Alueellinen kartoitus ja suositusehdotukset laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 14. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4041-3>

Saarto, T. & Lehto, J. (2019). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Suomessa – kolmiportainen malli. *Duodecim* 135(6), 535–541.

Sipola, V., Pöyhiä, R., Anttonen, M.S. & Pajunen, M. (2021). Potilaan spiritualiteetin tukeminen ja eksistentiaaliset kysymykset palliatiivisessa hoidossa – Kansallinen suositus. Suomen ev. -lut. kirkon julkaisuja. *Kirkko ja toiminta* 113. Kirkkohallitus. Helsinki. Grano oy.

Tasmuth, T. (2020). Aivokasvainta sairastavan potilaan loppuelämä. *Duodecim* 136(10), 1233–1241.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Tammi.

Valkeapää, K. (2016). Tutkimusaineiston valinta systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Teoksessa M. Stolt., A. Axelin. & R. Suhonen (toim.) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. *Tutkimuksia ja raportteja A:73*. (56–66). Turku. Juvenes Print.

Vilkkä, H. (2021a). Näin onnistut opinnäytetyössä – Ratkaisut tutkimuksen umpikujiin. Jyväskylä. PS- Kustannus.

Vilkkä, H. (2021b). *Tutki ja kehitä*. Jyväskylä. PS- Kustannus.

Kirjallisuuskatsaukseen valitut alkuperäisjulkaisut, joita käytetty myös tekstissä

Antikainen, R., Konttila, T., Virolainen, J. & Strandberg, T. (2013). Vaikeasti dementoituneen vanhuksen elämän loppuvaiheen hoito. *Suomen lääkirilehti* 68(12), 909–915.

Haho, A. (2017). Palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaiden eksistentiaalinen kärsimys. *Lääkirilehti* 72(33), 1704–1709.

Kiljunen, M. & Marjamäki, E. (2017). Lääkehoidon arviointi elämän loppuvaiheessa. *Lääkirilehti* 72(19), 1231–1235.

Korfage, I.J., Carreras, G., Arnfelt Cristensen, C.M., Billekens, P., Bramley, L., Briggs, L., Bulli, F., Caswell, G., Cerv, B., Van Delden, J. J.M., Deliens, L., Dunleavy, L., Eecloo, K., Gorini, G., Groenvold, M., Hammes, B. Ingravallo, F., Jabbarian, L.J., Kars, M. C., Kodba- Ceh, H., Lunder, U., Miccinesi, G., Mimi`c, A., Ozbic, P., Payne, S.A., Polinder, S., Pollock, K., Preston, N.J., Seymour, J., Simonic, A., Thit Johnsen, A., Toccafondi, A., Verkissen, M.N., Wilcock, A., Zwakman, M., Van der Heide, A., & Rietjens, J.A.C. (2020). Advance care planning in patients with advance cancer: A6- country, cluster randomized clinical trial. *PLOS Medicine* 17(11), 1–16. Doi: 10.1371/journal.pmed.1003422

Lehto, J., Marjamäki, E. & Saarto, T. (2019). Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 135 (4), 335–342. Saatavilla 26.1.2022 [Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma \(duodecimlehti.fi\)](https://www.duodecimlehti.fi)

Rahko, E. & Rajala, K. (2020). Saattohoito terveyskeskuksen vuodeosastolla. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 136 (13), 1605–1613.

Saukkonen, M. Viitala, A., Lehto, Juho. T. & Åstedt- Kurki, P. (2017) Syöpäpotilaan ja hänen läheisensä selviytymistä edistävät tekijät palliatiivisen hoidon aikana- systemaattinen kirjallisuuskat-
saus. *Hoitotiede* 29(3), 195–206.

Schichtel, M., Perera, R. & Onakpoya, I. (2019). The effect of advance care planning on heart failure: a systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med* 35(3), 874-84. Doi: 10.1007/s11606-019-05482-w

Tilvis, R. & Antikainen, R. (2015). Sydämen pitkälle edenneen vajaatoiminnan palliatiivinen hoito. *Suomen lääkärilehti* 70(36), 2238–2241.

Wang, C-W., Chan. C.L.W. & Chow, A.Y.M. (2018). Social workers involvement in advance care planning: a systematic narrative review. *BMC Palliative care* 17(5), 1-20. Doi: 10.1186/s12904-017-0218-8

3 Ennakoivan hoitosuunnitelman kehittämisprosessi (2. sykli)

3.1 Ennakoivan hoitosuunnitelman kehittäminen moniammatillisesti (suunnittelu)

Opinnäytetyön 1 syklin kirjallisuuskatsauksen perusteella ennakoivan hoitosuunnitelman laatiminen moniammatillisesti edisti potilaiden ja läheisten hoitotyytyväisyyttä. Oikea- aikainen ja laadukas palliatiivinen hoito parantumatonta sairautta sairastavan tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan potilaan kohdalla saavutetaan ennakoivan hoitosuunnitelman laatimisella. Ennakoiva hoitosuunnitelma tehdään yhdessä hoitohenkilöstön, potilaan ja hänen läheisensä kanssa, jossa potilas voi halutessaan päättää tulevista hoidoistaan. Ennakoivaa hoitosuunnitelmaa päivitetään ja tarkennetaan saattohoitoon saakka. (Saarto ym. 2022, 22; Schictel, Wee, Perera, & Onakpoya, 2019, 874.) Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan potilaat ja läheiset olivat kiinnostuneet konkreettisista sairauden aiheuttamista oireista elämän loppuvaiheessa. Kaikkia oireita ei voida poistaa, mutta niitä voidaan helpottaa esimerkiksi lääkityksen avulla. (Haho 2017, 1708; Tilvis & Antikainen 2015, 2240.)

Ennakoivan hoitosuunnitelman laadintaan on jo olemassa olevia ohjeita, joissa on tautikohtaisesti esitetty yleisiä sairauden oireita sekä oirekyselylomakkeita, joita ennakoivan hoitosuunnitelman laatimisessa voidaan hyödyntää. (ks. Lehto, Marjamäki & Saarto 2019, 337; Rahko & Rajala 2020,1607.) Edmonton Symptom Assesment Scale (ESAS)-kyselyllä saadaan tietoa potilaan oireista ja mielialasta. Kyselyn uusiminen sairauden edetessä auttaa hoitohenkilökuntaa reagoimaan potilaan sen hetkisiin tarpeisiin.

Opinnäytetyön ensimmäisessä syklissä tarkoitus oli kartoittaa, miten palliatiivisen potilaan ennakoiva hoitosuunnitelma tehdään. Vastauksia saatiin kirjallisuuskatsauksen avulla. Kirjallisuuskatsauksesta saatujen tulosten perusteella muodostui 2 syklin tarkoitus, joka oli kuvata ennakoivan hoitosuunnitelman toteutuminen moniammatillisena yhteistyönä. Toisen syklin tutkimuskysymys oli, miten toteutetaan palliatiivista hoitoa tarvitsevan potilaan ennakoiva hoitosuunnitelma Kuumon terveyskeskussairaalan- ja kotihoidon sairaanhoitajien sekä asiakasohjaajien moniammatillisessa yhteistyössä.

3.2 Learning cafe-kehittämismenetelmänä (toiminta)

Kehittämisiltapäivät, joiden aikana ennakoivaa hoitosuunnitelmaa kehitetään, toteutetaan learning cafe menetelmällä. Learning cafe työpajatyöskentelyn avulla keskitytään ongelmien tai kysymysten ratkaisuun. (ks. Haukijärvi, Kangas, Knuutila, Leino- Richert & Teirasvuo 2014, 37–40; Vilkkä 2021, 88.) Ennen ensimmäistä learning cafe työskentelyä, opinnäytetyöntekijä oli kartoittanut kirjallisuuskatsauksen avulla ennakoivan hoitosuunnitelman sisältöä ja saanut tuloksia kehittämisiltapäivien työskentelyn tueksi. Kirjallisuuskatsauksessa saadut tulokset arvioitiin ohjausryhmässä ennen learning cafe työskentelyä.

Ennen kehittämisiltapäiviä opinnäytetyöntekijä laittoi sähköpostia terveystieteiden osastonhoitajalle, kotihoidon palveluesihenkilölle ja asiakasohjaajille tulevista kehittämisiltapäivistä. Saatekirjeessä oli kerrottu aluksi opinnäytetyöntekijästä ja koulutuksesta, sekä opinnäytetyön aiheesta. Sähköpostissa kerrottiin myös toimeksiantajasta Yhdessä ihmisen parhaaksi -hankkeesta ja lopuksi ajankohdat, jolloin iltapäivät pidetään. Esihenkilöt välittivät saatekirjeen (Liite 3) työyksikkönsä kaikille sairaanhoitajille, joista kehittämisiltapäivään osallistuisivat ne hoitajat, jotka pääsisivät työtilanteen mukaan osallistumaan.

Osallistujat jaettiin kahteen eri pöytään istumaan, joissa pohdittiin vastauksia syklin 2 tutkimuskysymykseen. Pöydissä pohdittiin vastauksia kysymykseen, miten toteutetaan palliatiivista hoitoa tarvitsevan potilaan ennakoiva hoitosuunnitelma moniammatillisena yhteistyönä. Mitä ennakoivan hoitosuunnitelman käyttöönotto edellyttää moniammatilliselta yhteistyöltä.

Pöytiä oli kaksi ja molempiin pöytiin sovittiin puheenjohtaja, joka esitti käsiteltävän teeman, kirjasi ideat muistiin ja ideoi mukana. Aikaa varattiin noin 15 minuuttia yhden teeman ideoimiseen, jonka jälkeen pöytäryhmään kuuluvat siirtyvät seuraavaan pöytään. Ryhmätyöskentelyjen aikana ohjaaja huolehti ajankäytön. Lopuksi ideoiden tuloksista keskusteltiin pöytäryhmittäin puheenjohtajien esitellessä ensiksi saadut ideat. Purkukeskustelun aikana osallistujat saivat ilmaista mielipiteitään, kun puheenjohtaja esitti aluksi vastaukset. Opinnäytetyöntekijä ohjasi purkukeskustelun, joka kesti noin 20 minuuttia. (ks. Haukijärvi, Kangas, Knuutila, Leino- Richert & Teirasvuo 2014, 37–40; Vilkkä 2021, 88.)

Kehittämisiltapäivien lähestyessä opinnäytetyön tekijä sairastui ja toteutus muutettiin etätoteutukseksi. Kehittämisiltapäiviä sovittiin kaksi tunnin mittaiselta kestoaltaan. Kehittämisiltapäiviä oli mahdollista järjestää jatkossa lisää tarpeen mukaan. Kehittämisiltapäivät toteutettiin lopulta

Teams:n välityksellä, jonne osallistujat kutsuttiin sähköpostilla. Ensimmäiseen iltapäivään osallistui kolme työntekijää terveyskeskussairaalaan. Kotisairaanhoidon työntekijöiden etäyhteys ei toiminut, ja he osallistuivat kehittämisiltapäivään seuraavana päivänä, jolloin iltapäivään osallistui kaksi asiakasohjaajaa sekä kotihoitosta viisi sairaanhoitajaa sekä sairaanhoitajaopiskelija.

Alkuun opinnäytetyön tekijä kertoi tulokset ennakoivan hoitosuunnitelman tekemisestä, koneelta oli jaettu tiedosto tuloksista ja johtopäätöksistä, josta osallistujat pystyivät lukemaan käsiteltävän sisällön. Tämän jälkeen opinnäytetyöntekijä kysyi, saako tilaisuuden nauhoittaa myöhempää tarkastelua varten. Osallistujille annettiin kieltäytymismahdollisuus, jolloin yhdenkin henkilön kieltäytyessä tilaisuutta ei olisi nauhoitettu. Kaikki osallistujat suostuivat nauhoitukseen. Toteutukset kehittämisiltapäivissä olivat samansisältöiset.

Ensimmäiseen kysymykseen, miten toteutetaan palliatiivista hoitoa tarvitsevan potilaan ennakoiva hoitosuunnitelma moniammatillisena yhteistyönä, vastattiin Word pohjalle vapaamuotoisesti. Opinnäytetyöntekijä toimi puheenjohtajana ja kirjasi asiat ylös ja osallistui samalla keskusteluun. Puheenjohtaja kirjoitti koneelle vastaukset, jonka näyttö oli jaettu näkymään iltapäivään osallistujille. Toiseen kysymykseen, mitä ennakoivan hoitosuunnitelman käyttöönotto edellyttää moniammatilliselta yhteistyöltä, vastattiin SWOT analyysin mukaisesti, jolloin vastauksia kirjattiin laatikoihin otsikoiden alle: Vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat. Vastauksia saatiin kysymyksiin molempina päivinä. Kehittämisiltapäivät päätettiin vastauksista keskustelemalla, jolloin vastauksia olisi vielä saanut täydentää. Vastausaikaa ensimmäisenä iltapäivänä jäi teknisten ongelmien vuoksi 30 minuuttia, ja sovittiin, että lähetetään kooste vastauksista työyksikön seinälle, johon vastauksia voi tarvittaessa täydentää.

SWOT-analyysi on menetelmä, jonka avulla saadaan selkeä kokonaiskuva tilanteesta. Perinteisessä SWOT-analyysissä vahvuudet ja heikkoudet ovat sisäisiä asioita ja mahdollisuuksilla ja uhilla tarkoitetaan ulkoista ympäristöä. (Vuorinen 2013, 88.) Kehittämisiltapäivissä keskityttiin pohtimaan kysymystä, mitä ennakoivan hoitosuunnitelman käyttöönotto edellyttää moniammatilliselta yhteistyöltä, eikä eritelty sen mukaan, ovat ne sisäisiä vai ulkoisia asioita.

Kehittämisiltapäivien jälkeen opinnäytetyöntekijä kuunteli iltapäivissä tallennetut nauhoitteet, joista sai vielä täydentäviä vastauksia kysymyksiin. Tämän jälkeen opinnäytetyöntekijä koosti kehittämisiltapäivien vastaukset, yhdistämällä vastaukset samalle paperille. Kootut vastaukset kehittämisiltapäivistä lähetettiin asiakasohjaajille, kotihoitajan palveluesihenkilölle sekä terveyskes-

kussairaalan osastonhoitajalle. He tulostivat lähetetyt vastaukset, sekä kirjallisuuskatsauksen johtopäätökset työyksiköiden seinälle henkilöstön täydennettäväksi. Vastausaikaa vastausten täydentämiseen oli viikko. Asiakasohjaajat, joita on kaksi, saivat täydentää vastauksia sähköpostilla opinnäyteyön tekijälle.

3.3 Aineiston analyysi (havainnointi)

Aineisto koostui kehittämisiltapäivistä saaduista vastauksista sekä opinnäytetyöntekijän muistiinpanoista kehittämisiltapäivien aikana. Opinnäytetyöntekijä kuunteli nauhoitukset kehittämisiltapäivistä ja täydensi iltapäivistä saatuja vastauksia kirjaamalla puuttuvia vastauksia vastauslomakkeisiin. Kehittämisiltapäivistä kootut vastaukset olivat työyksiköissä täydennettävänä viikon ajan, joihin ei tullut lisävastauksia. Molempien kysymysten vastaukset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysillä järjestetään aineisto selkeään ja tiiviiseen muotoon, jolloin tutkittavasta ilmiöstä voidaan tehdä luotettavia ja selkeitä johtopäätöksiä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122).

Tutkimuskysymykseen haettiin vastauksia kahdella eri kysymyksellä. Vastauksissa oli samankaltaisuutta kirjallisuuskatsauksen tulosten kanssa. Vastaukset analysoitiin sisällönanalyysin avulla, jolloin vastausten numerointia jatkettiin vapaan tekstin vastauspaperista SWOT-analyysin vastauksiin. Analyysi aloitettiin lukemalla vastaukset läpi useaan kertaan. Kehittämisiltapäivissä aikana vastaukset kirjoitettiin lyhyiksi ja selkeiksi. Aineistoksi saatiin litteroitua 17 asiakokonaisuutta vapaan tekstin osioon sekä 21 asiakokonaisuutta SWOT-analyysin vastauksiin. Analyysiyksiköksi valikoitui lause tai lausuma vastausten mukaan. Ennen sisällönanalyysiä tulee määrittää analyysiyksikkö, joka voi olla sana, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. Samanvärisillä kynillä voidaan alleviivata samaa kuvaavat ilmaisut ja erivärisillä kynillä alleviivaamalla erotella erilaisia ilmiöitä toisistaan. Aineistosta etsitään näin tutkimuskysymystä kuvaavat alkuperäisilmaukset, jonka jälkeen alkuperäisilmaukset pelkistetään. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–123; Kangasniemi & Pölkki 2016, 87.) Pelkistetty aineisto ryhmiteltiin samaa tarkoittaviin luokkiin (taulukko 5). Opinnäyteyden tekijän tulkinta ohjaa pelkistettyjen ilmauksien abstrahoimista. Abstrahoimisen jälkeen luokka nimetään ja luokan nimen tulee kattaa kaikki siinä olevat ilmaisut. (Kylmä & Juvakka 2007, 118.)

TAULUKKO 5. Esimerkki Kehittämisiltapäivien aineiston luokittelusta

Alkuperäiset ilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Luokat
<p>1. Palaveri: potilas, lääkäri, omainen, ksh, sos.tt., psyk. Sh, sh, diakonissa, pappi, kriisiryhmä</p> <p>2. kipulääkitys ja tarvittava lääkitys (pahoinvointilääke ym.)</p> <p>3. missä hoito toteutetaan: koti, sairaala</p> <p>4. potilaan omat toiveet huomioidaan tulevassa hoidossa, miten potilas toivoo loppuajan hoidettavan</p> <p>5. hoitosuunnitelma laadittu, myös omaiset tietävät hoidosta ja mahdollisista hoidon rajauksista. Omaiselle ei tule yllätyksenä hoidon rajaukset mm. Nesteytys i.v.</p> <p>6. ESAS- oirekyselyn teko</p> <p>7. palliatiivisen potilaan tunnistaminen, ei heti diagnoosin jälkeen aktiivisen hoidon vaiheessa, keskustelua käydään pikkuhiljaa hoitojen edetessä (syöpäpotilaat)</p> <p>8. Ennakoiva hoitosuunnitelmaa käydään läpi sairauden vaiheen.</p> <p>9. lääkärin tehtävä aloite jo erikoissairaanhoidossa, kun aktiivihoidot lopetettu.</p>	<p>1. potilas, lääkäri, omainen, ksh, sos.tt., psyk. Sh, sh, diakonissa, pappi, kriisiryhmä</p> <p>2. kipulääkitys ja tarvittava lääkitys</p> <p>3. missä hoito toteutetaan: koti, sairaala</p> <p>4. potilaan omat toiveet huomioidaan tulevassa hoidossa, miten potilas toivoo loppuajan hoidettavan</p> <p>5. hoitosuunnitelma laadittu, omaiset tietävät hoidosta ja mahdollisista hoidon rajauksista. Omaiselle yllätyksenä hoidon rajaukset</p> <p>6. ESAS- oirekyselyn teko</p> <p>7. palliatiivisen potilaan tunnistaminen, keskustelua käydään pikkuhiljaa hoitojen edetessä</p> <p>8. Ennakoiva hoitosuunnitelmaa käydään läpi sairauden vaiheen.</p> <p>9. lääkärin tehtävä aloite erikoissairaanhoidossa, kun aktiivihoidot lopetettu.</p>	<p>I Moniammatillisuus vahvuutena (1,9,10,11,12,14,18,21,23,25,26,27,29,30,34,35)</p> <p>II Hoitosuunnitelman hyödyntäminen hoitotyössä (2,3,4,5,6,7,8,13,15,16,17,19,20,21,24,28,31,32,33,36,37,38)</p>

Kehittämisiltapäivien aineistosta saatiin 38 tärkeää ilmaisua, jotka pelkistämisen jälkeen luokiteltiin samankaltaisiin luokkiin. Pelkistetty aineisto ryhmiteltiin kahteen luokkaan ja nimettiin sisältöjen mukaisesti *moniammatillisuus vahvuutena* ja *hoitosuunnitelman hyödyntäminen hoitotyössä*.

3.4 Tulokset

Kehittämisiltapäivien aineisto käsiteltiin induktiivisella sisällönanalyysillä, jonka avulla saatiin kaksi luokkaa moniammatillisuus vahvuutena sekä hoitosuunnitelman hyödyntäminen hoitotyössä. Tuloksissa on esitetty suoria lainauksia kehittämisiltapäivien vastauksista.

I Moniammatillisuus vahvuutena

Kehittämisiltapäivissä vastauksissa nousi ennakoivan hoitosuunnitelman tekemisessä moniammatillisuus esille vahvuutena, osaamisen ja kokemuksen kautta, ”yksin ei tarvitse tietää kaikkea”. Ennakoivan hoitosuunnitelman palaveriin voidaan kutsua potilaan halutessa omainen, lääkäri, kotisairaanhoidaja, asiakasohjaaja, sosiaalityöntekijä, psykiatrinen sairaanhoitaja, sairaanhoitaja terveyskeskussairaalasta, diakonissa, pappi sekä kriisiryhmän jäsen. Lääkärin läsnäoloa palaverissa pidettiin tärkeänä, myös potilaan tuntemista ennakkoon koettiin merkityksellisenä ennakoivan hoitosuunnitelman onnistumisen kannalta. Ennakoivan hoitosuunnitelman tekemiseen koettiin tärkeäksi moniammatillinen työryhmä, jolla olisi selkeä työjärjestys, jolloin potilas/ ”asiakas ei jää ilman asianmukaista hoitoa”.

Kehittämisiltapäivissä nousi esille huoli heikosta lääkäri ja hoitajatilanteesta ”palliativisen potilaan hoitamiseen ei ole hoitajaresurseja” sekä toivottiin erikoissairaanhoidossa, jossa potilasta hoidettu, aloitettavan ennakoivan hoitosuunnitelman laatiminen. Vastauksissa kerrottiin huoli eriarvoisuudesta kajaanilaisia potilaita kohtaan, ettei kunnista oteta potilaita palliativiselle osastolle ja -poliklinikalle, jossa on osaamista. Lisäksi toivottiin konsultaatiomahdollisuutta tarvittaessa palliativisen hoidon osastolle 24/7.

II Hoitosuunnitelman hyödyntäminen hoitotyössä

Ennakoivan hoitosuunnitelman tekeminen koettiin tärkeäksi potilaan, omaisen kuin hoitavan tahonkin kannalta. ”Hyvin laadittu hoitosuunnitelma on asiakkaan etu, saa haluamansa hoidon laadukkaasti, myös hoitavalla taholla (hoitajat, lääkäri) helppo, kun tietää suunnitelman” ja ”vältetään asiakkaan turhilta hoidoilta ja pompottelulta hoitopaikasta toiseen”. Ennakoivan hoitosuunnitelman tekemisessä ”omaisen ja asiakas tietää, missä ollaan sairauden suhteen”, jolloin ”myös omaiset tietävät hoidoista ja hoidon rajauksista, eivätkä ne tule yllätyksenä kuten potilaan nesytyys i.v.” Konkreettinen hoitosuunnitelma tulee olla saatavilla, kun sitä tarvitaan ”esimerkiksi, kun ensihoito on potilaan kotona”. Myös potilaan mahdollinen hoitotahdon toivottiin olevan käytettävissä, kun sitä tarvitaan.

”Potilaan omat toiveet huomioidaan tulevassa hoidossa, miten potilas toivoo loppuajan hoidettavan”, sekä missä potilas haluaa häntä hoidettavan kotona vai hoitopaikassa, on ennakoivassa hoitosuunnitelmassa huomioitava. ”Ennakoiva hoitosuunnitelma on kirjattu hyvin, että jokainen kotikäynnille menevä tietää, mitä on sovittu ja mitä asiakkaan luona tehdään”. ESAS- oirekyselyn avulla voidaan selvittää potilaan yleistä vointia sekä kiputilannetta ja ennakoivassa hoitosuunnitelmassa tulee olla ohjeistus muun muassa kipulääkityksestä ja tarvittavasta lääkityksestä. Ennakoivaan hoitosuunnitelmaan kuuluu ”selkeät jatkohoito- ohjeet, miten hoidetaan ja minne otetaan tarvittaessa yhteyttä, jos esimerkiksi potilaan kipupumpun kanssa on ongelmia”.

Kehittämissiltapäivissä mietitytti palliatiivisen potilaan tunnistaminen sekä ennakoivan hoitosuunnitelman tekemisen ajankohta. Ennakoivaa hoitosuunnitelmaa suuntaa potilaan hoitoa sairauden aikana. Ajatus, että ennakoiva hoitosuunnitelma laaditaan heti syöpäpotilaan aktiivihoidon aikana tai diagnoosin saamisen jälkeen, koettiin huonona ajankohtana. Myös ennakoivan hoitosuunnitelman päivittämistä mietittiin, ”milloin ja kuka sitä päivittää”.

3.5 Johtopäätökset (reflektointi)

Kehittämissiltapäivien tuloksissa nousi esille moniammatillisuus voimavarana palliatiivisen potilaan ennakoivan hoitosuunnitelman tekemisessä sekä ennakoivan hoitosuunnitelman hyödyntäminen hoitotyössä. Ennakoiva hoitosuunnitelma tulee olla saatavilla myös kirjallisena sähköisen tietokannan lisäksi, jolloin sen käyttäminen ja hyödyntäminen esimerkiksi potilaan kotona on mahdollista. Paperisen ennakoivan hoitosuunnitelman käyttäminen aina sitä tarvittaessa, herätti ajatuksia, kuinka se käytännössä onnistuu.

Saarto ym. (2022, 24) mukaan potilaan moniammatillinen työryhmä mahdollistaa palliatiivisen potilaan moninaisten tarpeiden täyttämisen, jolloin monialainen hoito sekä tuki ovat helposti käytettävissä. Asiakkaan rooli on keskeinen moniammatillisen työn onnistumisessa, jossa useat ammattilaiset hyödyntävät toistensa asiantuntemusta. Jokainen ammattilainen tulkitsee asiakkaan tilannetta omista lähtökohdistaan ja jokaisen asiantuntijan mielipide on tärkeä saada moniammatillisen tiimin käyttöön. (Mönkkönen ym. 2019, 5.)

Tuloksista nousi esille läheisien tarpeellisuus tietää hoitojen rajoittaminen, kuten iv. nesteytyksestä pidättäytyminen, jolloin sitä ei tarvitse perustella läheisille myöhemmin. Valviran (2020)

mukaan palliatiiviseen eli oireenmukaiseen hoitolinjaan kuuluu haitallisten ja kärsimystä aiheuttavien lääketieteellisten hoitojen ulkopuolelle rajaaminen. Opinnäytetyön kehittämisiltapäivissä pohdittiin ennakoivan hoitosuunnitelman tekemistä ja päivittämistä. Ennakoivaan hoitosuunnitelman päivittäminen on tarpeen tehdä viimeistään potilaan voinnin huonontuessa sekä siirryttäessä saattohoitoon. Mäenpään, Lamminmäen, Kaakisen ja Hökän (2021, 186) mukaan hoitosuunnitelman tekeminen ja tarkastaminen sekä saattohoitopäätöksen tekeminen kuuluvat elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelmaan. Läheiset haluavat myös tietää saattohoitoon siirtymisestä ajoissa.

Ennakoivassa hoitosuunnitelmassa toivottiin olevan kirjattuna selkeät jatkohoito-ohjeet sekä konsultaatioyksiköiden yhteystiedot, josta saa apua tarvittaessa. Palliatiivisen ja saattohoidon tila Suomessa (2019, 187) mukaan palliatiivisen hoidon perustasolla toimitaan yhteistyössä alueen palliatiivisen verkoston kanssa, jolta saadaan tarvittaessa konsultaatiotukea. Hänninen (2011, 2025) kertoo, että ensihoitohenkilöstön saattaa hoitaa saattohoitopotilaita liian aktiivisesti, jos potilailta puuttuu hoitosuunnitelma.

Ensimmäisen ja toisen syklin tuloksista muodostui 3. sykli, jonka tarkoitus oli kuvata palliatiivisen potilaan laadukas ennakoiva hoitosuunnitelma moniammatillisena yhteistyönä. Kolmannen syklin tutkimuskysymys oli, mitä on palliatiivisen potilaan laadukas ennakoiva hoitosuunnitelma moniammatillisena yhteistyönä.

3.6 Lähteet

Haho, A. (2017). Palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaiden eksistentiaalinen kärsimys. *Lääkärilehti* 72(33), 1704–1709.

Haukijärvi, N., Kangas, A., Knuutila, H., Leino- Richert E. & Teirasvuo N. (2014). Tavoitteena aktiivinen ja työelämälähtöinen oppiminen – Käytännön opiskelumenetelmiä opiskelija – ja työelämälähtöiseen opetukseen ja koulutukseen. Saatavilla 22.2.2022 [Https://Finna.fi](https://Finna.fi)

Hänninen, J. (2011). Saattohoitopolku kulkee läpi koko terveydenhuoltojärjestelmän. *Suomen Lääkärilehti* 66 (24), 2024–2025.

Kangasniemi, M. & Pölkki, T. (2016). Aineiston käsittely: kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa M. Stolt., A. Axelin. & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:73. (80–93). Turku. Juvenes Print.

Kylmä, J. & Juvakka, T. (2007). Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy.

Lehto, J., Marjamäki, E. & Saarto, T. (2019). Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 135 (4), 335–342.

Mäenpää, P., Lamminmäki, A., Kaakinen, P. & Hökkä, M. (2021). Potilaiden ja läheisten kokemuksia lääkärin palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. Sosiaalilääketieteen aikakauskirja 58 (2), 182–190.

Mönkkönen, K., Kekoni, T., Jaakola, A-M, Profiam Sosiaalipalvelut Oy:n henkilöstö & Pehkoni, A. (2019). Kohti monitoimijaista kehittämistä. Teoksessa K. Mönkkönen, T. Kekoni & A. Pehkonen (toim.) Moniammatillinen yhteistyö- vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki. Gaudeamus Oy. [BookBeat e-kirjapalvelu 2022].

Rahko, E. & Rajala, K. (2020). Saattohoito terveyskeskuksen vuodeosastolla. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 136 (13), 1605–1613.

Schichtel, M., Perera, R. & Onakpoya, I. (2019). The effect of advance care planning on heart failure: a systematic review and meta-analysis. J Gen Intern Med 35(3), 874–84. Doi: 10.1007/s11606-019-05482-w

Palliatiivisen ja saattohoidon tila Suomessa. (2019). Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 14. Saatavilla. 8.7.2022 https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R_14_19_Palliatiivisen_hoidonjasaattohoidon_tila.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tilvis, R. & Antikainen, R. (2015). Sydämen pitkälle edenneen vajaatoiminnan palliatiivinen hoito. Suomen lääkärilehti 70 (36), 2238–2241. <https://www.laakarilehti.fi/pdf/2015/SLL362015-2238.pdf>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Tammi.

Valvira (2020). Sosiaali- ja terveys alan lupa- ja valvontavirasto. Saatavilla 8.7.2022:
https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito

Vilkka, H. (2021). Näin onnistut opinnäytetyössä- ratkaisut tutkimuksen umpikujiin. Jyväskylä. PS-kustannus.

Vuorinen, T. (2013). Strategiakirja- 20 työkalua. Helsinki. Talentum Oyj.

4 Ennakoivan hoitosuunnitelman kokonaissuunnitelma (3. sykli)

4.1 Ennakoivan hoitosuunnitelman taustaa (suunnittelu)

Kolmannessa syklissä hyödynnetään kirjallisuuskatsauksesta ja kehittämisiltapäivistä saatuja keskeisiä tuloksia. Kirjallisuuskatsauksen keskeiset tulokset olivat seuraavat: ajoissa tehty elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma, vuorovaikutus moniammatillisessa tiimissä, potilaskeskeinen hoidon suunnittelu, elämänlaadun ja hoitotyytyväisyyden varmistaminen, oirehoidon ohjaus, saattohoidosta keskustelu, potilaan ja läheisen psyykkisen ja eksistentiaalisen tuen tarve. Kehittämisiltapäivien keskeiset tulokset olivat moniammatillisuus voimavarana palliatiivisen potilaan ennakoivan hoitosuunnitelman tekemisessä ja ennakoivan hoitosuunnitelman hyödyntäminen hoitotyössä. Moniammatillisesti tehtävässä ennakoivassa hoitosuunnitelmassa hyödynnetään myös valmiita työohjeita ja lomakkeita kuten, Edmonton Symptom Assessment Scale - oirelomaketta. Kainuun sotella tehtyjä palliatiivisen potilaan tunnistamisen työohjetta (Keronen 2022), Palliatiivisen hoidon lääkeohjetta (Pulka, Riess & Heiskanen 2021) sekä elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman työohjetta (Kukkonen & Pulka 2022).

Hoitosuunnitelman laatiminen aloitetaan lääkärin, asiakasohjaajan, kotisairaanhoidon tai terveyskeskussairaalan hoitohenkilökunnan aloitteesta heidän tunnistessaan palliatiivista hoitoa vaativa potilas, jolla on tarve elämän loppuvaiheen ennakoivalle hoitosuunnitelmalle. Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelman yhteydessä keskustellaan muun muassa potilaan sairauden hoidosta ja hoidon järjestelyistä nyt ja tulevaisuudessa sekä keskustelua jatketaan potilaan hoidon jatkuessa (Terveyskylä.fi 2022). Hoitoneuvottelussa suositellaan käytettävän avoimia kysymyksiä, jolloin potilas voi vastata mieleisellään tavalla (Rahko & Rajala 2020, 1606; Finne-Soveri ym. 2022, 28). Hoitoneuvottelua voi pyytää myös asiakas tai läheinen, jolloin hoitohenkilökunta kartoittaa asiakkaan tilanteen ja selvittää, onko tarpeen laatia ennakoiva hoitosuunnitelma vai tehdäänkö potilaalle palvelutarpeen arviointi. Palvelutarpeen keskiössä on asiakkaan tarpeeseen perustuva palvelu- ja hoitosuunnitelma, johon kirjataan asiakkaan hoidon tavoitteet ja toimenpiteet niiden saavuttamiseksi (Heikkilä, Lammintakanen, Laulainen & Noro 2022, 9).

Ennakoivaa hoitosuunnitelmaa hyödynnetään hoitotyössä, jolloin potilaskeskeisellä hoidon suunnittelulla varmistetaan potilaan elämänlaatu ja hoitotyytyväisyys. Ennen ennakoivan hoitosuunnitelman laatimista on tunnistettava palliatiivinen potilas. Palliatiivinen potilas voi elää kuukausia tai vuosia palliatiivisen hoitopäätöksen jälkeen, sillä palliatiivinen hoitolinja ei ole sidottu potilaan

elinajan ennusteeseen (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019, 339). Palliatiivisen potilaan tunnistamisessa hyödynnetään Kainuun soten työohjetta palliatiivisen potilaan tunnistaminen ennakoivan hoitosuunnitelman laatimisessa. ESAS-oirelomakkeen avulla saadaan kokonaiskuva potilaan kokemista oireista, joihin hoitohenkilöstön tulee etsiä hoitoratkaisuja. Ennakoivan hoitosuunnitelman laatimisessa hyödynnetään lisäksi Kainuun soten palliatiivisen potilaan lääkeohjetta, joka helpottaa työntekijää lääkärin konsultoinnissa. Lääkeohje liittyy potilaan lääkitykseen. Lisäksi hyödynnetään Kainuun soten työohjetta -potilaan elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma, joka osaltaan täydentää ennakoivan hoitosuunnitelman laatimista. (Keronen 2022; Pulska, Riess & Heiskanen 2021, Kukkonen & Pulska 2022.)

Ennakoivan hoitosuunnitelman laadintaan osallistuvilla on jokaisella omat vastuut myös hoitosuunnitelman toteutuksessa. Potilas ja hänen läheisensä kertovat myös toiveensa ja pelkonsa. Lääkärillä on kokonaisvastuu potilaan hoidosta sekä velvollisuus tarkistaa ja päivittää potilaan lääkitys sekä lisätä tarvittavat oirelääkkeet lääkelistalle. Kotihoidon työntekijät vastaavat potilaan kotona toteutuvasta hoitotyöstä samoin kuin potilaalle määrättyjen lääkkeiden ja lääkelistan ajantasaisuudesta. Potilaan oireiden seurannassa käytetään Edmonton Symptom Assessment Scale-oirelomaketta, jonka täyttämistä huolehtii hoitotyöntekijät terveyskeskussairaalassa, kotisairaanhoidossa tai asiakasohjaajan käynnillä aina ennen ennakoivan hoitosuunnitelman laatimista tai päivittämistä. Potilaan tarpeiden ja toiveiden mukainen hoito onnistuu jatkuvalla ja systemaattisella seurannalla ja potilaan mielipiteiden kartoittamisella. (Saarto ym. 2022, 24.)

Ennakoivan hoitosuunnitelman laatimiseksi tarvitaan moniammatillista tiimiä, joka vastaa potilaan laadukkaasta kokonaishoidosta. Moniammatillisessa yhteistyössä jokaisen työkokemus ja osaaminen on arvokasta (Mönkkönen, Leinonen, Arajärvi, Hovatta, Tusa & Salokangas 2019, 3). Palliatiivisen potilaan ennakoivan hoitosuunnitelman laatimisessa ovat mukana myös potilas ja hänen läheisensä potilaan niin tahtoessaan. Potilaan ja läheisen mielipide ja oikeudet otetaan huomioon moniammatillisessa tiimissä, kuitenkin asettamasta heille kohtuutonta vastuuta asiasta (Pehkonen, Martikainen, Kinni & Mönkkönen 2019, 4).

Kolmannen syklin tarkoitus oli kuvata palliatiivisen potilaan laadukas ennakoiva hoitosuunnitelma moniammatillisena yhteistyönä. Tutkimuskysymys oli, mitä on palliatiivisen potilaan laadukas ennakoiva hoitosuunnitelma moniammatillisena yhteistyönä

4.2 Ennakoiva hoitosuunnitelma - pilotoinnin suunnittelu (toiminta)

Ennen muutosten käyttöönottamista suositellaan niiden pilotointia. Pilotointi voi paljastaa yllätyksiä, mikä johtaa taas uusiin ideoihin. (Hassi, Paju & Maila 2015.) Pilotoinnin jälkeen aiheen ja kehittämiskohteen muutokset rajoittuvat lähinnä muutoskohteen hienosäätöön (Paju 2016). Moniammatillisen pilotoinnin aikana ennakoivan hoitosuunnitelman hoitoneuvotteluissa hyödynnetään opinnäytetyöntekijän laatimaa palliatiivisen potilaan ennakoivan hoitosuunnitelman fraasilistaa (Liite 4), joka ohjaa hoitoneuvottelua. Ennakoivan hoitosuunnitelman fraasilistan laatimisessa on hyödynnetty kirjallisuuskatsauksen tuloksia sekä projektiryhmäläisten avulla kehittämisiltapäivistä saatuja keskeisiä tuloksia. Ennakoivan hoitosuunnitelman fraasilistan laatimisesta opinnäytetyöntekijän toimesta sovittiin kehittämisiltapäivien aikana projektiryhmäläisten kanssa.

Ennen pilotointia, ennakoivan hoitosuunnitelman kokonaisuus, keskustellaan asiakasohjaajien, kotihoiton sairaanhoitajien, terveyskeskussairaalan sairaanhoitajien sekä terveyskeskussairaalan lääkärin kanssa. Keskustelu käydään terveyskeskussairaalan vuodeosaston taukotilassa, jonne kotisairaanhoidon ja asiakasohjaajien on mahdollista osallistua työajalla. Keskustelun aikana hoitotyöntekijöitä ohjeistetaan ESAS-oirelomakkeen täyttäminen potilaan kanssa sekä hoitotyön tukena käytettäviä Kainuun sotien työ ja- toimintaohjeita palliatiivisen potilaan tunnistamiseksi, Palliatiivisen hoidon lääkeohjetta sekä elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman tekemisen työhohjeita (Keronen 2022; Pulska, Riess & Heiskanen 2021, Kukkonen & Pulska 2022). Pilotoinnin aloituskeskustelussa keskustellaan ennakoivan hoitosuunnitelman fraasilista (Liite 4), jonka avulla kysymykset esitetään potilaan ja läheisen kanssa keskustellessa ennakoivaa hoitosuunnitelmaa laadittaessa.

Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelmaan kirjataan potilaan läheiset, jotka ovat mukana hoitosuunnitelman laatimisessa ja elämän loppuvaiheessa myös potilaan tahdon puolesta puhujina. Läheinen eli tärkeä ihminen on usein perheenjäsen, mutta hän voi olla myös naapuri, muu läheinen tai ystävä (Saukkonen, Viitala, Lehto & Åstedt-Kurki 2017, 196). Potilasta hoitava lääkäri, kotisairaanhoidon tiimin henkilöstö sekä tukiosaston henkilöstön lisäksi muut yhteistyötahot esimerkiksi seurakunnan työntekijä nimetään ennakoivaan hoitosuunnitelmaan. Tukiosastolle mahdollistetaan potilaalle ympärivuorokautinen yhteydenottomahdollisuus (Leivo-Korpela, Piili & Lehto 2022). Potilaan perussairaudet, sairauden luonne ja hoitomenetelmät kirjataan suunnitelmaan. Potilaan hoidon tavoitteet, hoidon rajaukset sekä -linjaukset tulee keskustella ennakoivan hoitosuunnitelman laatimisen yhteydessä. Hoidon linjauksilla selviää hoidon ensisijainen tavoite,

onko hoitolinja parantava, etenemistä hidastava, palliatiivinen hoitolinja vai saattohoito. (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019.) Kun potilaan kuolemaan johtava sairaus etenee ja toimintakyky on menetetty, viimeistään silloin merkitään riskitietoihin palliatiivisen hoidon ICD-10 koodi Z51.5 (Finne-Soveri ym. 2022, 29).

Ennakoivan hoitosuunnitelman yhteydessä potilas voi laatia oman hoitotahtonsa, joka arkistoidaan asianmukaisesti ja kirjataan potilastietokantaan (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019, 337). Lisäksi huomioon otetaan potilaan ja hänen läheisensä psyykinen ja eksistentiaalinen tuen tarve. Suunnitelmassa tulee keskustella palliatiiviseen hoitoon liittyvästä saattohoidosta. Tällöin keskustellaan potilaan viimeisistä hetkistä ennen kuolemaa. Keskustelussa huomioidaan potilaan mahdolliset tarpeet, toiveet ja pelot lähestyvästä kuolemasta. Samassa yhteydessä keskustellaan hoidon rajauksista, jotka määrittävät hoitomuodot, joista aiotaan pidättäytyä, kuten mahdollisesta suonensisäisestä nesteytyksestä. (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019, 339.)

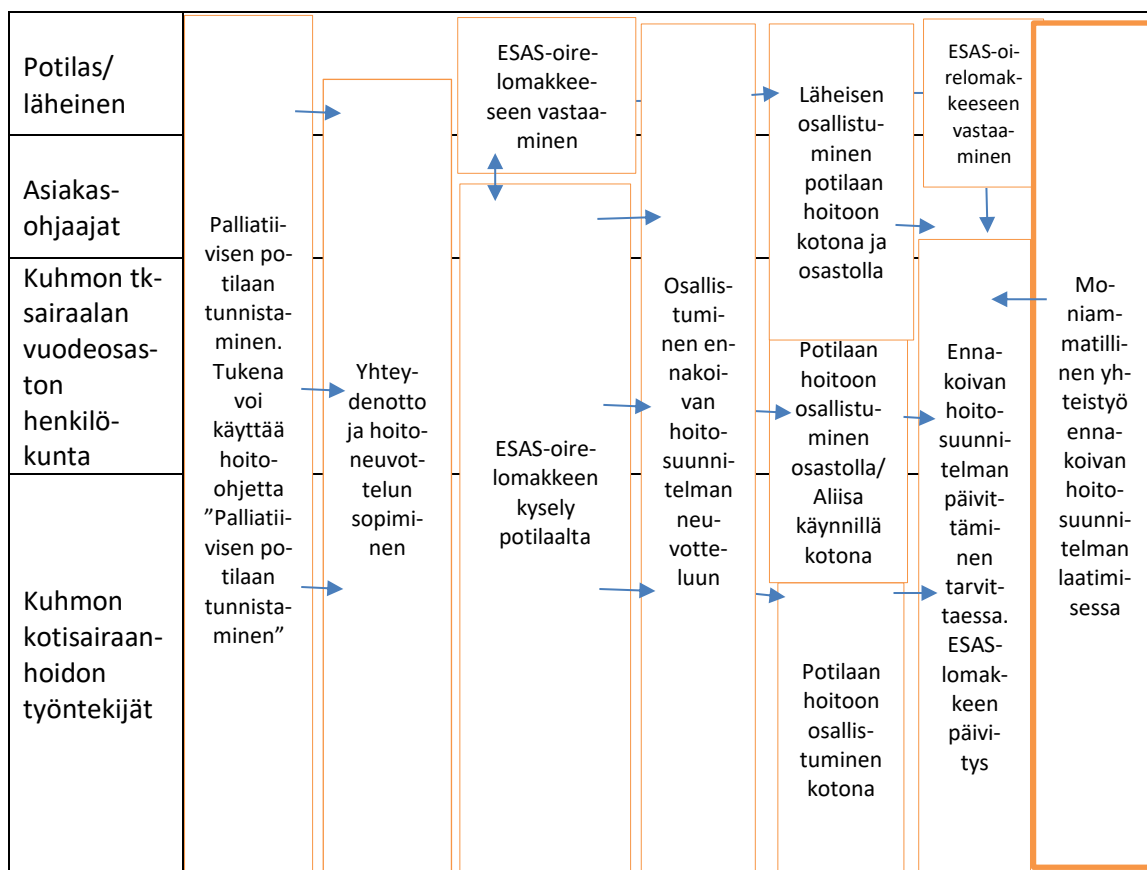
Palliatiivinen potilas ja läheinen voivat haluta tietää elämän loppuvaiheen mahdollisista oireista ja niiden hoidosta (Haho 2017, 1708). Hoitohenkilökunnan tulee tarvittaessa kertoa mahdollisista oireista sekä niiden hoidosta ja helpottamisesta. Elämän loppuvaiheen oireita ovat muun muassa hallitsematon kipu, ahdistuneisuus, delirium, pelko- ja sekavuustilat, turvotukset, keuhkokuume, kuume, ummetus, pahoinvointi ja oksentelu, painehaavat, ihon rikkoutuminen ja kutina sekä kuiva suu, yskä ja limaisuus. (Kiljunen & Marjamäki 2017, 1234; Tilvis & Antikainen 2015, 2240; Finne-Soveri ym. 2022, 31–40.)

Projektiryhmäläiset osallistuvat ennen pilotointia aloituskeskusteluun, jossa on mahdollista täydentää fraasilistaa. Lopullinen fraasilistan täydentäminen tehdään pilotointijakson loputtua käytävässä arviointikeskustelussa. Pilotointijakso kestää kolme viikkoa, johon osallistuu moniammatillisen tiimin toimijat asiakasohjaajat, kotisairaanhoidon sairaanhoitajia sekä terveyskeskussairaalan vuodeosaston sairaanhoitajia sekä lääkäri. Pilotoinnin aikana ennakoiva hoitosuunnitelma laaditaan palliatiivisen hoidon vaiheessa oleville potilaille, joko terveyskeskussairaalan hoitojaksoilla tai heidän kotiutuessaan. Lisäksi ennakoiva hoitosuunnitelma laaditaan terveyskeskussairaalan lupapaikan saaneille potilaille tai kotihoidon palliatiivisen hoidon asiakkaille. Ennen hoitoneuvottelua, potilaalle ja hänen läheisilleen kerrotaan kyseessä olevan ennakoivan hoitosuunnitelman pilotoinnista. Hoitaja, joka kutsuu hoitoneuvottelun koolle, kertoo potilaalle ja hänen läheisilleen, mitä on ennakoiva hoitosuunnitelma, koska osa ihmisistä voi kokea aiheen myös arka-

luontoiseksi. Potilaalle ja hänen läheiselleen kerrotaan potilaan sairastavan etenevää parantumattomaa sairautta, jolloin ennakoivan hoitosuunnitelman avulla potilas ja läheinen voivat osallistua potilaan elämän loppuvaiheen suunnitteluun yhteistyössä hoitotyöntekijöiden kanssa.

Hoitosuunnitelman laatiminen aloitetaan lääkärin, asiakasohjaajan, kotihoidon sairaanhoitajan tai terveyskeskussairaalan sairaanhoitajan aloitteesta. Ennakoiva hoitosuunnitelma laaditaan palliatiivisen sairauden vaiheessa oleville potilaille, joille ennakoivan hoitosuunnitelman keskustelu on ajankohtainen. Hoitoneuvottelun kutsuu koolle kotiutushoitaja, potilaan ollessa vuodeosastolla, kotihoidon sairaanhoitaja, joka hoitaa potilasta kotona tai asiakasohjaaja, jos potilaalla ei ole hoitokontaktia kotihoidon tai terveyskeskussairaalan vuodeosaston kanssa. Erikoissairaanhoidon hoitotyöntekijän ilmoittaessa potilasta vuodeosaston lupapaikalle, hoitoneuvottelun sopii terveyskeskussairaalan kotiutushoitaja, jolle potilastiedot ilmoitetaan puhelimitse. Hoitoneuvotteluun kutsutaan potilas ja hänen läheisensä, kotihoidon sairaanhoitaja, tarvittaessa asiakasohjaaja sekä terveyskeskussairaalan sairaanhoitaja. Hoitoneuvottelun kutsuja täyttää potilaan kanssa ennakkoon ESAS-oirelomakkeen. Kun potilas on kotona, ja hänellä ei ole vielä hoitosuhdetta kotihoitoon tai terveyskeskussairaalaan, ESAS-oirelomakkeen tiedot täyttää asiakasohjaaja tai vuodeosaston kotiutushoitaja.

Ennakoiva hoitosuunnitelma laaditaan sovitusti potilaan kotona tai TK-sairaalassa hoitoneuvottelussa tai kotiutuspalaverissa, jossa sovitaan moniammatillisesti potilaan, läheisen, asiakasohjaajan, kotihoidon ja terveyskeskussairaalan sairaanhoitajan kanssa potilaan turvallinen kotiutuminen ja kotona asuminen. Pilotoinnin aikana ennakoiva hoitosuunnitelma kirjataan Kainuun sote kuntayhtymän erikoissairaanhoidon vastuualueella käytettävien palliatiivisen hoidon toimenpidekoodeja käyttäen ylehoi-lehdelle. Ennakoivan hoitosuunnitelman laatimisessa käytetään opinnäytetyön aikana tehtyä fraasilistaa (liite 4). Ennakoiva hoitosuunnitelma on saatavilla potilas tietokannasta hoitaville tahoille sekä tulostettavissa potilaalle itselleen. Ylehoi -lehdelle tulevat tiedot täyttää hoitoneuvottelun alussa sovittu hoitaja suoraan sähköiseen tietokantaan. Palliatiivisen potilaan ennakoivasta suunnitelmasta tehdään merkintä potilaan riskitietoihin, josta ohjataan ylehoi-lehdelle ennakoivan hoitosuunnitelman sivulle. Kun ennakoiva hoitosuunnitelma on kirjattu lifecare-potilastietokantaan ylehoi-lehdelle, sen voi lukea jokainen potilaan potilastietoja tarvitseva hoitohenkilö. Pilotoinnin aikana toimitaan ennakoivan hoitosuunnitelman palveluketjukuvausten mukaan. Palveluketjukuvausten avulla kuvataan ennakoivan hoitosuunnitelman prosessi. Kuviossa 4 on palveluketjukuvaus, minkä mukaisesti pilotointi toteutetaan.



Kuvio 4. Palliativisen potilaan ennakoiva hoitosuunnitelman palveluketjukuvaus, minkä mukaisesti pilotointi toteutetaan

Pilotointijakson päätyttyä projektiorganisaatio kokoontuu uudelleen arviointikeskusteluun, joka käydään terveyskeskussairaalan tiloissa keskustelemalla asiasta. Pilotointijakson alussa käytävässä aloituskeskustelussa osallistujia pyydetään kirjoittamaan muistiinpanoja pilotointijakson ajalta. Muistiinpanoja pyydetään kirjaamaan erityisesti ennakoivan hoitosuunnitelman moniammatillisuuden toteutumisesta kysymyksillä, mikä onnistui moniammatillisesti tehtävässä ennakoivassa hoitosuunnitelmassa? sekä mitä kehitettävää moniammatillisesti tehtävässä ennakoivassa hoitosuunnitelmassa on? Lisäksi projektiryhmäläisiltä pyydetään vastauksia siihen, miten ennakoiva hoitosuunnitelma saadaan tulevaisuudessa osaksi potilaan päivittäistä palliativista hoitotyötä. Arviointikeskustelu käydään SWOT- analyysin mukaisesti Bonon hatut menetelmää apuna käyttäen. Bonon hatut menetelmässä asiaa tarkastellaan kuuden eri hatun värin mukaisella asenteella (Raitio & Hopia 2017). Arviointia saadaan SWOT- analyysillä kysymyksellä, miten ennakoiva hoitosuunnitelma toteutui moniammatillisesti? Ensihoidolla on käytössä oma potilastietojärjes-

telmä, ja he saavat tiedon ennakoivasta hoitosuunnitelmasta konsultoidessaan lääkäriä tai tulos-tettavasta versiosta, joka jää potilaalle. Pilotointijakson päätyttyä ensihoidon henkilöstöltä kysytään, miten ennakoiva hoitosuunnitelma toteutui potilasta hoitaessa, jolle on tehty ennakoiva hoitosuunnitelma.

4.3 Ennakoiva hoitosuunnitelma – pilotoinnin toteutuminen (havainnointi)

Pilotoinnin aloituskeskustelu käytiin Kuhmon vuodeosaston taukotilassa, johon osallistui viisi vuodeosaston sairaanhoitajaa. Asiakasohjaajat sekä kotisairaanhoidon sairaanhoitajat eivät päässeet osallistumaan aloituskeskusteluun. Keskustelu käytiin pilotoinnin suunnitelman mukaisesti ja keskustelu kesti tunnin ajan. Alkuun opinnäytetyöntekijä kertoi missä vaiheessa opinnäytetyö on ja siitä miten ennakoivan hoitosuunnitelman fraasilistan sisältö on saatu kehittämisiltapäivien ja kirjallisuuskatsauksen tuloksista. Opinnäytetyöntekijä näytti ESAS-oirelomakkeen tietokoneelta ja kertoi sen täyttämistä ennen ennakoivan hoitosuunnitelman hoitoneuvottelua. Lisäksi opinnäytetyöntekijä näytti Kainuun soten sivuilta palliatiivisen potilaan lääkehoidon ja elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelman työohjeet. Palliatiivisen potilaan tunnistaminen-työohjetta ei ollut vielä käytettävissä Kainuun soten intranetissä.

Aloituskeskustelun sisällöstä laitettiin sähköpostia asiakasohjaajille, kotisairaanhoidon sekä Kuhmon vuodeosaston esihenkilöille, jotka välittivät sähköpostin edelleen yksiköiden sairaanhoitajille. Pilotoinnin oli tarkoitus kestää kolme viikkoa. Aloituskeskustelun jälkeen sähköposti pilotoinnin aloituksesta (liite 5) lähetettiin viikon kuluttua, jonka vuoksi pilotoinnin arviointikeskustelua siirrettiin viikolla eteenpäin.

4.4 Ennakoiva hoitosuunnitelma – pilotoinnin arviointi (reflektointi)

Kolmannessa syklissä haettiin vastauksia tutkimuskysymykseen, mitä on palliatiivisen potilaan laadukas ennakoiva hoitosuunnitelma moniammatillisena yhteistyönä. Syklin tarkoitus oli kuvata palliatiivisen potilaan laadukas ennakoiva hoitosuunnitelma moniammatillisena yhteistyönä. Moniammatillisesti tehtävän ennakoivan hoitosuunnitelman toteuttamiseen luotiin fraasilista kirjallisuuskatsauksen sekä kehittämisiltapäivistä saatujen tuloksien perusteella. Fraasilista toimii apu-

välineenä hoitotyöntekijöille, jotka osallistuvat ennakoivan hoitosuunnitelman laatimiseen. Moniammatillisesti tehtävää ennakoivaa hoitosuunnitelmaa, jossa apuna käytettiin ennakoivan hoitosuunnitelman fraasilistaa, pilotoitiin neljän viikon ajan.

Pilotointi on tärkeä vaihe saada asiakaspalautetta ennen varsinaista valmista versioita ennakoivasta hoitosuunnitelmasta. Pilotoinnin tuloksista projektiorganisaatio voi havaita, mikä ennakoivassa hoitosuunnitelmassa toimi ja mikä ei. Mittausmenetelmiä voivat olla esimerkiksi haastattelut ja sisäinen arviointi. (ks. Tuulaniemi 2011, 228, 232.) Pilotoinnin päättymisen jälkeen, joka kesti kaikkiaan neljä viikkoa oli tarkoitus tehdä projektiorganisaation sisäinen arvio ennakoivasta hoitosuunnitelmasta. Projektiorganisaation sisäistä arviointikeskustelua ei käyty, koska pilotoinnin aikana ei tehty moniammatillisesti tehtäviä ennakoivia hoitosuunnitelmia.

4.5 Lähteet

ESAS-oirekysely potilaan oireenmukaiseen arviointiin. saatavilla 15.9.2022 [9 esas oirekysely-potilaan-oireenmukaiseen-arviointiin.pdf \(vaasankeskussairaala.fi\)](http://www.vasa.fi/asiakaspalvelut/9_esas_oirekysely_potilaan_oireenmukaiseen_arviointiin.pdf)

Finne-Soveri, H., Forsius, P., Hökkä, M., Maula, S., Surakka, T. & Hammar, T. (2022). Laatukäsikirja elämän loppuvaiheen hoitoon iäkkäiden ihmisten palveluissa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos ohjaus 6. Helsinki. Saatavilla 22.8.2022 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-834-7>

Haho, A. (2017). Palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaiden eksistentiaalinen kärsimys. Lääkärilehti 72(33), 1704–1709.

Hassi, L. Paju, S. & Maila, R. (2015). Kehitä kokeillen - Organisaation käsikirja. Helsinki: Talentum pro. Saatavilla 15.9.2022 https://kehitakokeillen.fi/wp-content/uploads/2016/01/kehita_kokeillen_preview.pdf

Heikkilä, R., Lammintakanen, J., Laulainen, S. & Noro, A. (2022). Asiakslähtöisyyden toteutuminen asiakas- ja palveluohjauksen eri vaiheissa. Saatavilla 15.8.2022 [Asiakslähtöisyyden toteutuminen asiakas- ja palveluohjauksen eri vaiheissa - pdf \(journal.fi\)](https://journal.fi/asiakslahttöisyyden-toteutuminen-asiakas-ja-palveluohjauksen-eri-vaiheissa-pdf)

Keronen, H. (2022). Parantumattomasti sairaan potilaan palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen. Ylempi AMK opinnäytetyö. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Kajaani. www.theseus.fi

Kiljunen, M. & Marjamäki, E. (2017). Lääkehoidon arviointi elämän loppuvaiheessa. *Lääkärilehti* 72(19), 1231–1235.

Kukkonen, T. & Pulska, T. (2022). Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma – Kainuun sote työohje. Saatavilla 22.8.2022 intranet www.kaima.fi.

Lehto, J., Marjamäki, E. & Saarto, T. (2019). *Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma*. Lääketieteellinen aikakausikirja *Duodecim* 135(4), 335–342. Saatavilla 26.1.2022 [Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma \(duodecimlehti.fi\)](http://duodecimlehti.fi)

Leivo-Korpela, S., Piili, R. & Lehto, J.T. (2022). Keuhkohtauman palliatiivinen hoito. *Lääkärilehti* 77(1–2), 49–52.

Mönkkönen, K., Leinonen, L., Arajärvi, M., Hovatta, A-E., Tusa, N. & Salokangas, K. (2019). Moniammatillisen vuorovaikutuksen tarkastelua. Teoksessa K. Mönkkönen, T. Kekoni & A. Pehkonen (toim.) *Moniammatillinen yhteistyö - Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: Gaudeamus. Saatavilla [BookBeat e-kirjapalvelu 2023].

Paju, S. (2016). Mitä eroa on kokeilulla ja pilotilla. Saatavilla 15.9.2022 <https://filosofianakademian.fi/blogi/mita-eroa-on-kokeilulla-ja-pilotilla/>

Pehkonen, A., Martikainen, K., Kinni, R-L. & Mönkkönen, K. (2019). Asiakas moniammatillisessa kohtaamisessa. Teoksessa K. Mönkkönen, T. Kekoni & A. Pehkonen (toim.) *Moniammatillinen yhteistyö- Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: Gaudeamus. Saatavilla [BookBeat e-kirjapalvelu 2023].

Pulska, T. Riess, T. & Heiskanen, V. (2021). Palliatiivisen hoidon lääkeohjeet. Kainuun sote- Hoito ja tutkimusohje. Saatavilla 1.7.2022. intranet www.kaima.fi

Rahko, E. & Rajala, K. (2020). Saattohoito terveyskeskuksen vuodeosastolla. Lääketieteellinen aikakauskirja *Duodecim* 136 (13), 1605–1613.

Raitio, K. & Hopia, H. (2017). Bonon hatut. Saatavilla 15.11.2022 <https://oppimateriaalit.jamk.fi/pelatenammattilaiselle/files/2017/03/Bononhatut-003.pdf>

Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Junntila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammar, T. & Forsius, P. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*. Helsinki. Saatavilla 25.8.2022 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-824-8>

Saukkonen, M., Viitala, M., Lehto, J.T. & Åstedt- Kurki, P. (2017). Syöpäpotilaan ja hänen läheisensä selviytymistä edistävät tekijät palliatiivisen hoidon aikana- systemaattinen kirjallisuuskat-
saus. *Hoitotiede* 29(3), 195–206.

Terveyskylä.fi (2021). Palliatiivinen talo - hoidon suunnittelu. Saatavilla 15.8.2022
<https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/hoidon-suunnittelu>

Tilvis, R. & Antikainen, R. (2015). Sydämen pitkälle edenneen vajaatoiminnan palliatiivinen hoito.
Suomen lääkirlehti 70(36), 2238–2241.

Tuulaniemi, J. (2011). *Palvelumuotoilu*. Helsinki. Talentum media Oy.

5 Ennakoivan hoitosuunnitelman käyttöönottosuunnitelma (4. sykli)

5.1 Näyttöön perustuva toiminta (suunnittelu)

Opinnäytetyön neljäs sykli on ennakoivan hoitosuunnitelman implementointisuunnitelma. Syklin tarkoitus oli kuvata moniammatillisesti toteutettavan ennakoivan hoitosuunnitelman implementointisuunnitelman käyttöönotto. Kehittämiskysymys on, minkälainen on implementointisuunnitelma, joka tukee moniammatillisesti laadittavaa palliatiivisen potilaan ennakoivaa hoitosuunnitelmaa. Neljäs sykli päättyy syklin toimintavaiheeseen, jonka jälkeen opinnäytetyössä kehitettyä ennakoivan hoitosuunnitelman jatketaan käytännön työssä.

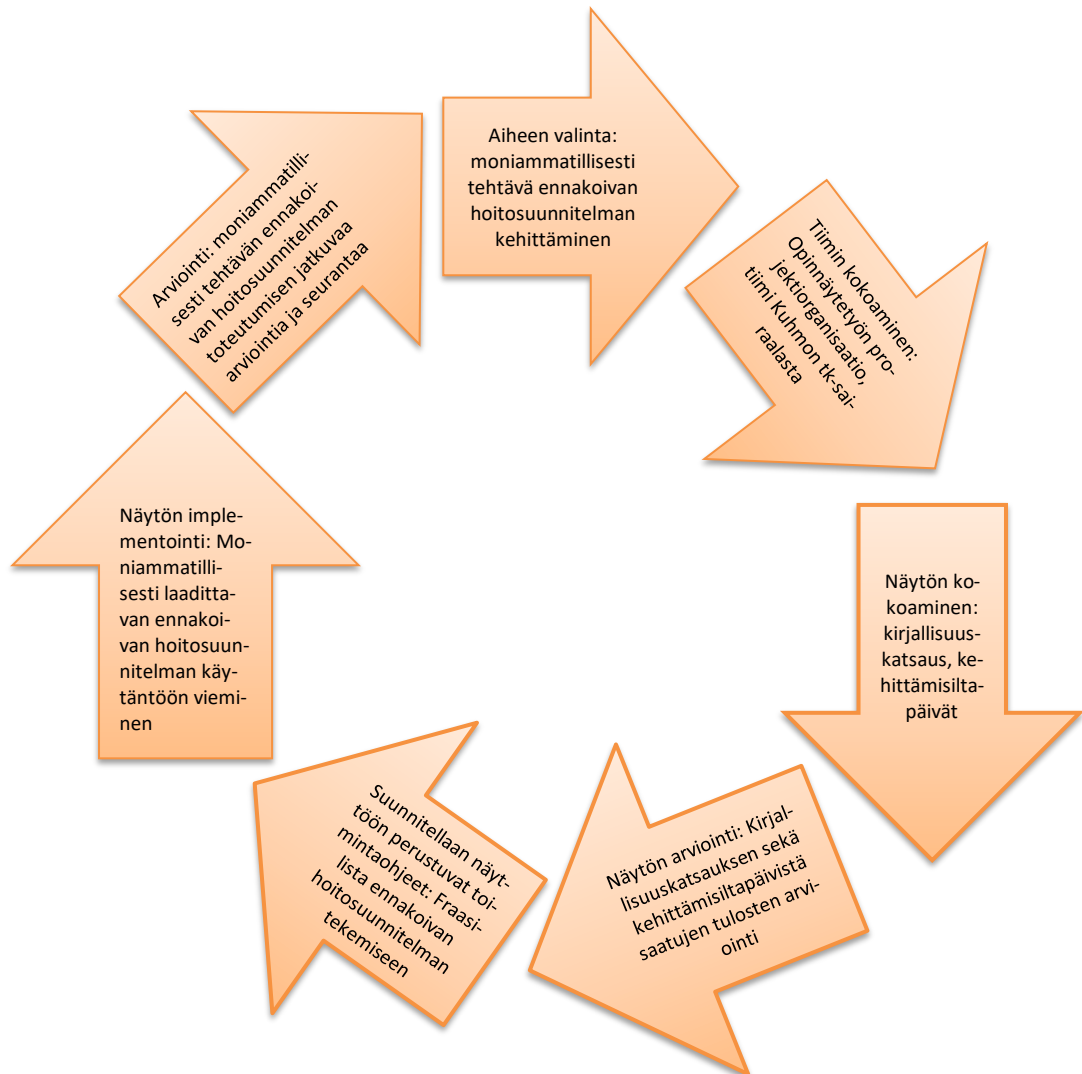
Näyttöön perustuva toiminta alkaa kehittämistarpeen tunnistamisesta käytännössä ja yhtenäisen käytännön kehittämisen jälkeen käytäntö pyritään sulauttamaan osaksi päivittäistä työtä (Hoito-työn tutkimussäätiö n.d). Näyttöön perustuvalla toiminnalla varmistetaan hoitomenetelmien hyödyntäminen asiakkaille ja potilaille, jotka on todennettu tutkimuksilla ja havaittu merkitykselliseksi potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa. (Korhonen, Siltanen & Holopainen 2017, 38.)

Näyttöön perustuvan toimintamallien käyttöönotto ja levittäminen on yhteiskunnallisesti ja eettisesti merkityksellistä (Korhonen ym. 2017, 38). Potilaille ja heidän läheisillään on oikeus hyvään hoitoon, jolloin hoitopäätökset perustuvat parhaaseen ajantasaiseen tietoon (Korhonen, Siltala Hahtela & Holopainen 2018). Näyttöön perustuvan toiminnan avulla voidaan karsia turhia, tehotomia ja potilaille haittaa tuottavia hoitotoimia, jotka lisäävät turhia kustannuksia yhteiskunnallisesti. (Korhonen ym. 2017, 39.) Terveystieteiden laki (L 2013/1202) edellyttää, että terveydenhuollon toiminta on laadukasta, turvallista sekä asianmukaista. Toiminnan tulee perustua näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin.

5.2 Implementointi IOWA -mallin mukaisesti (suunnittelu)

”Implementointi on yhteistyötä ja onnistunut yhteistyö vaatii yhteisen tavoitteen” (Sipilä 2019). Opinnäytetyön implementointimallina käytettiin IOWA-mallia (Iowa Model of Evidence- Paced Practice to Promote Quality Care). IOWA-malli on käytännönläheinen näyttöön perustuvan laadun kehittämisen menetelmä, joka soveltuu erityisesti terveydenhuollon käyttöön yksikkö- tai organisaation tasolla (Perälä, Toljamo, Vallimies- Patomäki & Pelkonen 2008, 16; Brown 2014).

IOWA-mallissa on seitsemän askelmaa (kuvio 5), jonka mukaan edetään: aiheen valinta, tiimin kokoaminen, näytön hankkiminen, näytön arviointi, luodaan näyttöön perustuvat toimintaohjeet, näytön implementointi sekä arviointi (Doody & Doody 2011).



Kuvio 5. Näytön käyttöönotto IOWA-mallia mukaillen (Doody & Doody 2011)

Opinnäytetyö on edennyt IOWA-mallin mukaan, joka alkoi *aiheen valinnalla* moniammatillisesti tehtävän ennakoivan hoitosuunnitelman kehittäminen. Aiheen valinnassa on otettava huomioon hoitohenkilöstön sitoutuminen aiheeseen hoitotyön ongelman ratkaisemiseksi, jolla kehitetään hoitotyötä (Doody & Doody 2011; Brown 2014, 157). *Tiimin kokoamisessa* eli projektiorganisaation kokoamisessa hyödynnetään kaikkia asianosaisia, jotka voivat omalla asiantuntevalla osaa-misellaan kehittää ennakoivan hoitosuunnitelman käytäntöön ottoa. Tarvittavien resurssien käy-töllä ja esihenkilöiden tuella muutos saadaan toteutumaan käytännössä. (Doody & Doody 2011.)

Näytön kokoamisessa hyödynnettiin muun muassa Medic-, Cinahl- Pubmed ja Finna- tietokannoista saatujen tutkimusten kirjallisuuskatsausta sekä projektiorganisaatiolle järjestettyjä kehittämissiltapäiviä. *Näytön arvioinnissa* kirjallisuuskatsauksesta ja kehittämissiltapäivistä saadut aineistot käsiteltiin induktiivisella sisällön analyysillä, joiden tuloksista *luotiin näyttöön perustuvat toimintaohjeet*. Toimintaohjeet käytiin keskustellen läpi projektiorganisaation kanssa ennen ennakoivan hoitosuunnitelman pilotointijaksoa. Toimintaohjeet sekä fraasilista (liite 4.) moniammatilliseen ennakoivan hoitosuunnitelman tekemiseen potilaan ja läheisen kanssa lähetettiin myös sähköpostilla (kts. liite 5), koska kaikki eivät päässeet paikalle pilotoinnin aloituspalaveriin.

Näytön implementointi ja arviointi suunnitellaan opinnäytetyöhön, jonka mukaisesti opinnäytetyönä kehitettävä moniammatillisesti kehitetty ennakoiva hoitosuunnitelma implementoidaan ja arvioidaan työelämässä opinnäytetyöntekijän toimesta opinnäytetyön jälkeen. *Näytön implementoinnin* onnistuminen vaatii esihenkilöiden tuen näyttöä käytäntöön vieville työntekijöille (Doody & Doody 2011; Sarajärvi 2011, 89). Implementointi aloitetaan pilotoimalla asiaa ensin pienessä yksikössä, jonka jälkeen pilotoinnin onnistuessa implementointi voidaan viedä käytäntöön koko terveyskeskussairaalassa. Implementoinnin aikana keskitytään kehitettävän asian vahvuuksiin ja hyötyihin, joita voidaan tuoda esille koulutuksen ja osallistujien palautteen avulla. (Brown 2014; Doody & Doody 2011.) Pilotoinnin epäonnistuminen lisää arvioinnin tärkeyttä moniammatillisen ennakoivan hoitosuunnitelman käyttöön ottamisen ja käytäntöön viemisen yhteydessä.

Moniammatillisesti laadittava potilaan ennakoiva hoitosuunnitelman käyttöönotto- ja sen arviointisuunnitelman esittäminen työelämälle aloitetaan pitämällä TEAMS:n kautta palaveri projektiorganisaatioon kuuluville. Palaverissa käydään opinnäytetyöntekijän ohjauksella keskustelua moniammatillisesti laadittavasta ennakoivasta hoitosuunnitelman implementoinnista. Opinnäytetyöntekijä hyödyntää moniammatillisesti tehtävän ennakoivan hoitosuunnitelman pilotoinnin suunnitelmaa. Pilotoinnin yksityiskohtaisen suunnitelman avulla ja sen toteutuksen epäonnistumisen vuoksi implementointi on tärkeässä osassa ennakoivaa hoitosuunnitelmaa. Pilotoinnin puuttuminen tarkoittaa moniammatillisesti tehtävän ennakoivan hoitosuunnitelman toteuttamista suoraan käytännössä, jolloin toteutuminen ja arviointi tapahtuvat opinnäytetyön julkaisemisen jälkeen. Näytön levittämiseen ja sen vahvuuksiin keskitytään tiimiltä saadun palautteen perusteella sekä järjestämällä täydennyskoulutusta asiasta.

Virtasen (2007, 138) mukaan on useita arviointitapoja ja arvioijan tehtävänä on kehittää paras mahdollinen malli arvioinnin kohteelle. Ennakoivan hoitosuunnitelman implementoinnin arviointi tapahtuu samalla kun toteutetaan moniammatillisesti ennakoivia hoitosuunnitelmia potilaiden ja

heidän läheisiensä kanssa. Hoitohenkilöstön palaute keskusteluista ja heidän saamansa palaute ennakoivaan hoitosuunnitelmaan osallistuvilta potilailta ja läheisiltä on tärkeä osa arviointia. Esihenkilöiden saama itsearviointi ennakoiviin hoitosuunnitelmiin osallistuvilta hoitohenkilökunnalta saadaan kehityskeskusteluissa. Työyhteisössä toteutettava itsearviointi on mahdollista monella tavalla (Virtanen 2007, 197). Opinnäytetyönä kehitettävä ennakoivan hoitosuunnitelman projektiorganisaation itsearviointi tapahtuu lisäksi palautekeskusteluissa, joista vastaa opinnäytetyöntekijä. Ajankohdista palautekeskusteluille sovimme projektiorganisaatioon kuuluvien kanssa yhdessä.

Virtasen (2007, 197) mukaan itsearvioinnin työkaluksi soveltuu SWOT-analyysi. SWOT-analyysin käyttö on tuttu projektiorganisaatiolle kehittämisiltapäivistä. Kehittämisiltapäivissä projektiorganisaation henkilöt vastasivat kysymykseen, mitä ennakoivan hoitosuunnitelman käyttöönotto edellyttää moniammatilliselta yhteistyöltä. Itsearvioinnissa projektiorganisaatio vastaa kysymykseen, miten koet ennakoivan hoitosuunnitelman toteutuvan moniammatillisesti?

Arviointia tulee tehdä koko näytön käyttöönoton ajan ja arviointia hyödynnetään jo arvioinnin aikana. Taito- ja tietovaje voivat olla esteenä näyttöön perustuvan toiminnan toteutumiseksi. (Doody & Doody 2011; Virtanen 2007, 227.) Mikä tahansa edistys kehittämisessä ja kehittämisen estävät tekijät tulisi tunnistaa. Jotkin asiat voivat edistyä nopeasti, osa asiasta voi kehittyä vasta viiveellä, tämän vuoksi arviointia suoritetaan implementoinnin aikana ja implementoinnin jälkeen. (Doody & Doody 2011.) Taulukossa 6. on esitetty opinnäytetyönä kehitetyn ennakoivan hoitosuunnitelman käyttöönotto- ja arviointisuunnitelma.

TAULUKKO 6. Moniammatillisesti tehtävän ennakoivan hoitosuunnitelman käyttöönotto- ja arviointisuunnitelma

<i>Moniammatillisesti laadittavan ennakoivan hoitosuunnitelman käyttöönotto- ja arviointisuunnitelma Päätavoite: Kuhmon alueen palliatiivisten potilaiden ennakoivan hoitosuunnitelman laatiminen moniammatillisesti</i>				
Osallistujat	Osaamisen tavoite	Toimenpiteet ja aikataulu	Mittarit	Arviointi
Hoitohenkilökunta tk-sairaalasta, Kuhmon kotisairaanhoidosta ja asiakasohjaajat	Osaavat käyttää ESAS-oirelomaketta palliatiivisen potilaan hoitamisen tukena	Koulutusiltapäivät/syyskuu 2022 ja kevät 2023 TEAMS ja osaston kahvihuone	Hoitohenkilökunnalta saatu suullinen palaute. Hoitohenkilökunta osaa käyttää ESAS-lomaketta	Opinnäytetyöntekijä, esihenkilöt ja hoitotyöntekijät Kehityskeskustelut/ esihenkilöt Koulutus pidetty

				Saadun palautteen arviointi/ opinnäytetyöntekijä
Hoitohenkilökunta tk-sairaalaista, Kuhmon kotisairaanhoidosta ja asiakasohjaajat	Osaavat hyödyntää fraasilistaa ennakoivan hoitosuunnitelman hoitopalaverissa	Koulutusiltapäivät, asiantuntijahoitajien hyödyntäminen ennakoivan hoitosuunnitelman palaverissa/syyskuu 2022 ja keuhkot 2023 TEAMS:ssa ja osaston kahvihuooneessa	Hoitohenkilökunnalta saatu suullinen palaute osalliset osaavat hyödyntää fraasilistaa ennakoivan hoitosuunnitelman hoitopalaverissa	Opinnäytetyöntekijä, esihenkilöt ja hoitotyöntekijät Kehityskeskustelut/ esihenkilöt Koulutus pidetty Saadun palautteen arviointi/ Opinnäytetyöntekijä
Hoitohenkilökunta tk-sairaalaista, Kuhmon kotisairaanhoidosta ja asiakasohjaajat	Ennakoivan hoitosuunnitelman toteuttaminen moniammatillisesti	Moniammatillinen ennakoiva hoitosuunnitelman hoitoneuvottelut / jatkuva Hoitosuunnitelma palaveri pidetään osastolla tai potilaan kotona	Hoitohenkilökunnalta saatu palaute ennakoivan hoitosuunnitelman jälkeen Potilaalta ja läheisiltä saatu välitön suullinen palaute ennakoivan hoitosuunnitelman jälkeen. Palaute kysytään heidän kokemuksestaan moniammatillisesta ennakoivasta hoitosuunnitelmasta.	Opinnäytetyöntekijä/ hoitotyöntekijät, jotka osallistuvat hoitoneuvotteluun Toteutuneet moniammatillisesti suunnitellut ennakoivat hoitosuunnitelmat Kehityskeskustelut/ esihenkilöt Koulutus pidetty Ennakoivan hoitosuunnitelman laatimiseen osallistuvien palaute SWOT-analyysillä kysymyksellä, miten koet ennakoivan hoitosuunnitelman toteutuvan moniammatillisesti. Palaute käsitelty/ Opinnäytetyöntekijä

Ennakoivan hoitosuunnitelman implementointi käyttöönotto- ja arviointisuunnitelman mukaisesti jatkuu opinnäytetyön jälkeen keuhkot ja kesällä 2023. Ennakoivan hoitosuunnitelman tekemistä jatketaan moniammatillisesti, sillä ellei yhteistyötä tehdä toisten alueiden osaajien kanssa

voi kokonaisuus jäädä helposti vaille huomioita (Isoherranen ym. 2008). Asiantuntijatyössä tiedonjakaminen onnistuu keskustelemalla ja yhdessä työskentelemällä, jolloin pystytään kehittämään työtä (Kupias & Peltola 2019, 98).

Ennakoiva hoitosuunnitelma tehdään palliatiivista sairautta sairastavalle ja hänen läheiselleen, jolloin jokainen ennakoivan hoitosuunnitelman sisältö on omanlaisensa, johtuen vaihtuvista osallistujista hoitoneuvotteluun. Palliatiivisen hoitosuunnitelman laatimiseen menee aikaa, mutta se kannattaa, se antaa hoitohenkilökunnalle mahdollisuuden luottamuksellisen hoitosuhteen luomisen potilaan ja hänen läheistensä kanssa (Hirvonen 2021). Kun arviointia on saatu hoitohenkilöstöltä sekä potilailta ja läheisiltä, opinnäytetyöntekijä tekee tarvittavia muutoksia fraasilistaan.

5.3 Lähteet

Brown, C. (2014). The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care: An Illustrated Example in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 18(2), 157–159. Evidence-Based Practice. Saatavilla 1.2.2023 DOI: 10.1188/14.CJON.157–159

Doody, C.M. & Doody, O. (2011). Introducing evidence into nursing practice: Using the IOWA model. Saatavilla 1.2.2023 https://www.researchgate.net/publication/51466031_Introducing_evidence_into_nursing_practice_Using_the_IOWA_model

Hirvonen, O. (2021). Kohti parempaa elämän loppuvaiheen hoitoa. *Katsausartikkeli* 54(2), 126–129. Turun yliopisto. Finnanest. Saatavilla 19.2.2023 http://www.finnanest.fi/files/hirvonen_kohti.pdf

Hoitotyön tutkimussäätiö. (N.d). Näyttöön perustuva toiminta organisaation tasolla. Saatavilla 11.1.2023 <https://www.hotus.fi/nayttoon-perustuva-toiminta-organisaation-tasolla/>

Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. (2008). *Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö*. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Korhonen, T., Siltanen, A., Hahtela, N. & Holopainen, A (2018). Raportti 2018. Näyttöön perustuva toiminta. Saatavilla 26.1. 2023 <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/04/npt-raportti-digi-26-2-2018.pdf>

Korhonen, A., Siltanen, H. & Holopainen, A. (2017). Näyttöön perustuvan toimintamallin kuvaus on käyttöönoton edellytys. Tutkiva hoitotyö 15(4), 38–40. Saatavilla 19.1.2023 <https://shlehti.sairaanhoitajat.fi/digilehti/th-4-2017/38-76>

Kupias, P. & Peltola, R. (2019). Oppiminen työssä. (88–133). Helsinki: Gaudeamus.

L 2013/1202. Terveystieteiden lakien muuttaminen. 30.12.2013/1202. Saatavilla 29.1.23 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Perälä, M-L., Toljamo, M., Vallimies- Patomäki, M. & Pelkonen, M. (2008). Tavoitteena näyttöön perustuva hoitotyö. Kansallinen hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman (2004–2007) arviointi. Stakes. Helsinki. Valopaino Oy.

Sarajärvi, A. (2011). Asiantuntijuus näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Teoksessa R. Nurminen (toim.) Tulevaisuuden erityisosaaminen erikoissairaanhoidossa. (76–93). Turku: Turun ammattikorkeakoulun julkaisu Saatavilla 16.4.2023 <https://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522162038.pdf>

Sipilä, R. (2019). Implementoinnin teoriaa, tarinoita ja työkaluja. Saatavilla 11.1.2023 <https://www.duodecim.fi/2017/12/11/implementoinnin-teoriaa-tarinoita-ja-tyokaluja/>

Virtanen, P. (2007). Arviointi-arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Helsinki: Edita prima Oy.

6 Pohdinta

6.1 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää palliatiivisen potilaan ennakoivaa hoitosuunnitelmaa asiakasohjaajien, kotihoidon ja terveyskeskussairaalan henkilöstön moniammatillisessa yhteistyössä. Opinnäytetyön aihe valikoitui opinnäytetyöntekijän kiinnostuksesta, joka nousi Yhdessä ihmisen parhaaksi-hankkeen esittelemänä. Kotihoidon, terveyskeskussairaalan vuodeosaston ja asiakasohjaajien asiakkaat ja potilaat usein sairastavat etenevää pitkäaikaissairautta, jolloin moniammatillinen ennakoiva hoitosuunnitelma toimii potilaan hoitamisen tukena.

Opinnäytetyön ensimmäisen syklin tarkoitus on kartoittaa, miten palliatiivisen potilaan ennakoiva hoitosuunnitelma tehdään. Kirjallisuuskatsauksen avulla haettiin vastausta tutkimuskysymyksiin, miten palliatiivisen potilaan ennakoiva hoitosuunnitelma tehdään. Katsauksen avulla etsittiin vastauksia parhaan näytön ja käytänteiden perustaksi (Suhonen, Axelin ja Stolt 2016, 14). Kirjallisuuskatsauksen tuloksien analysoinnin jälkeen vastauksista saatiin seitsemän luokkaa, joita olivat: ajoissa tehty elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma, vuorovaikutus moniammatillisessa tiimissä, potilaskeskeinen hoidon suunnittelu, elämänlaadun ja hoitotyytyväisyyden varmistaminen, oirehoidon ohjaus, saattohoidosta keskustelu sekä potilaan ja läheisen psyykkisen ja eksistentiaalisen tuen tarve.

Toisen syklin tutkimuskysymys on, miten toteutetaan palliatiivista hoitoa tarvitsevan potilaan ennakoiva hoitosuunnitelma Kuhmon terveyskeskussairaalan- ja kotihoidon sairaanhoitajien sekä asiakasohjaajien moniammatillisessa yhteistyössä. Syklin tarkoitus on kuvata ennakoivan hoitosuunnitelman toteutuminen moniammatillisena yhteistyönä. Syklin aikana moniammatillista ennakoivaa hoitosuunnitelmaa kehitettiin kahden kehittämisiltapäivän aikaan kirjallisuuskatsauksista saatujen tuloksien avulla. Kupiaksen ja Peltolan (2019, 135) mukaan työyhteisöjä tukemalla niistä voi kehittyä loistavia oppimisympäristöjä. Kehittymisen ja oppimisen kannalta on tärkeää hyödyntää ympäristössämme olevaa osaamista ja kehittää sitä yhdessä.

Koronan takia kehittämisiltapäivät järjestettiin etänä ja osallistujat saivat vastata kysymyksiin: miten toteutetaan palliatiivista hoitoa tarvitsevan potilaan ennakoiva hoitosuunnitelma moniammatillisena yhteistyönä, sekä SWOT analyysin mukaisesti vahvuudet, heikkoudet, uhat ja mahdol-

lisuudet kohtiin kysymyksellä, mitä ennakoivan hoitosuunnitelman käyttöönotto edellyttää moniammatilliselta yhteistyöltä. Kehittämisiltapäivistä saadut tulokset analysoitiin induktiivisen sisällön analyysin mukaisesti. Sisällön analyysin avulla saatiin kaksi luokkaa moniammatillisuus vahvuutena sekä hoitosuunnitelman hyödyntäminen hoitotyössä. Jokaisella henkilöllä on vastuu tuoda omat vahvuutensa ja työpanoksensa osaksi moniammatillista yhteistyötä, jossa kaikki toimijat jakavat yhteiset säännöt (Mönkkönen & Kekoni 2020 ,230).

Opinnäytetyön kolmannessa syklissä tarkoitus on kuvata palliatiivisen potilaan laadukas ennakoiva hoitosuunnitelma moniammatillisena yhteistyönä. Tutkimuskysymys, mitä on palliatiivisen potilaan laadukas ennakoiva hoitosuunnitelma moniammatillisena yhteistyönä. Syklin aikana pilotoidaan fraasilistan toimivuutta ennen lopullista fraasilistaa, jota käytetään moniammatillisesti tehtävässä ennakoivan hoitosuunnitelman hoitoneuvottelussa. Pilotointi toteutetaan alkuun pienemmässä yksikössä. Pilotoinnin onnistuessa sitä voidaan lähteä toteuttamaan organisaation tasolla. (Brown 2014.) Neljän viikon pilotointijakson aikaan ei ollut potilaita, joille elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma olisi ollut ajankohtainen. Lisäksi pilotoinnin ajankohta joulun aikaan oli kiireistä niin työelämässä kuin potilaiden ja omaistenkin näkökulmasta. Opinnäytetyöntekijän olisi pitänyt kantaa enemmän vastuuta pilotoinnin onnistumiseksi. Pilotoinnin jäädessä heikoksi voidaan saada suuntaviiva ohjeistukselle, muttei yksilöllistä ohjeistusta potilaille (Doody & Doody 2011).

Opinnäytetyön neljännen syklin tarkoitus on kuvata moniammatillisesti toteutettavan ennakoivan hoitosuunnitelman implementointisuunnitelman käyttöönotto. Syklin kehittämiskysymys on, minkälainen on implementointisuunnitelma, joka tukee moniammatillisesti laadittavaa palliatiivisen potilaan ennakoivaa hoitosuunnitelmaa. Opinnäytetyön implementointimallina käytetään IOWA-mallia (Iowa Model of Evidence- Paced Practice to Promote Quality Care). Näyttöön perustuvalla toiminnalla voidaan kontrolloida terveydenhuollon kustannuksia ja parantaa potilaiden hoidon laatua. IOWA-mallin hyödyntäminen auttaa hoitotyön uusien käytänteiden viemistä työyhteisön käytettäväksi. (Brown 2014.)

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Toimintatutkimuksen luotettavuutta voi arvioida viiden periaatteen mukaisesti, joita ovat historiallinen jatkuvuus, reflektiivisyys, dialektisuus, toimivuus ja havahduttavuus. *Historiallisen jatkuvuus* kriteerin mukaisesti toiminnan kehittymistä voidaan tarkastella mikrotasolla esimerkiksi työpaikalla yhteisön toimintahistoriallisena jatkumona. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2006, 149–154.) Opinnäytetyöntekijällä on oikeus ja velvollisuus tehdä omat tulkinnat tutkimuskohteesta ja opinnäytetyön tulee tavoittaa keskeinen sanoma yhteisesti tehtävästä kehittämistyöstä (Kiviniemi 1999, 79–80). Kuhmon vuodeosastolla on kehitetty jo usean vuoden ajan potilaan saattohoitoa. Opinnäytetyön myötä vuodeosastolla kehitetään myös moniammatillisesti toteutettavaa palliativisen potilaan hoitoa ja hoitotyötä.

Reflektiivisyyskriteeri tuo asiaan läpinäkyvyyttä. Aikaisemman toiminnan reflektio perustuu uuden kehittämiseen. (Heikkinen ym. 2006, 149–154.) Opinnäytetyöllä kehitetään moniammatillisesti ennakoivaa hoitosuunnitelmaa, jonka avulla ennakoiva hoitosuunnitelma tehdään potilaiden ja heidän läheistensä kanssa. Opinnäytetyön tekemiseen osallistuvat ymmärtävät työkokemuksensa ja opinnäytetyön avulla ennakoivaa hoitosuunnitelmaa ja haluavat kehittää sitä edelleen käytäntöön. Opinnäytetyön metodologian mukaisesti toimintatutkimuksen jokainen sykli päättyy tulosten reflektioon, josta muodostuu seuraavan syklin suunnitelma. Reflektion avulla projektiorganisaation henkilöt ja opinnäytetyöntekijä pyrkivät ymmärtämään, miksi toimitaan ja ajatellaan moniammatillisesta ennakoivasta hoitosuunnitelmasta niin kuin nyt ajatellaan ja toimitaan. (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 36.)

Dialektisuus on totuuden rakentamista väitteiden ja vastaväitteiden tuloksista, jolloin saadaan synteesi. Synteesi sisältää molempien väitteiden ja vastaväitteiden näkökulmat. (Heikkinen ym. 2006, 149–154.) Opinnäytetyö sisältää erilaisia tulkintoja ja näkökulmia kirjallisuuskatsauksen ja kehittämisiltapäivien tulosten mukaan ennakoivaan hoitosuunnitelmaan. Kirjallisuuskatsaukseen valikoiduissa tutkimuksissa tarkasteltiin ennakoivaa hoitosuunnitelmaa eri potilasryhmien ja asiantuntijalääkäreiden näkökulmasta. Kehittämisiltapäivissä saaduissa tuloksissa ennakoivaa hoitosuunnitelmaa tarkasteltiin hoitajien näkökulmasta. Opinnäytetyössä keskustelevatkin kirjallisuuskatsauksen ja kehittämisiltapäivien tulokset keskenään.

Toimivuuskriteerin ydin on kuvata kehittämisen vahvuudet ja heikkoudet, jota syvennetään pohdimalla tutkimusta eettisestä näkökulmasta. Hyvä tutkimus vaikuttaa, koskettaa ja havahduttaa

ajattelemaan asioita uudella tavalla. (Heikkinen ym. 2006, 154–160.) Opinnäytetyö saattaa osoittaa kehitettävän kokeilun toimimattomaksi, jolloin se kirjataan rehellisesti opinnäytetyöhön. Opinnäytetyön pilotointi vaiheessa ei tehty moniammatillisesti ennakoivia hoitosuunnitelmia. Ennakoivien hoitosuunnitelmien tekeminen moniammatillisesti ja niiden arviointi tehdään opinnäytetyön esittämisen jälkeen implementointisuunnitelman mukaisesti.

Opinnäytetyö vaikuttaa ja *havahduttaa* kolmen työyhteisön työntekijöitä pohtimaan, mitä kaikkea moniammatillisessa ennakoivassa hoitosuunnitelmassa tulee ottaa huomioon, ja kuinka se viedään käytäntöön. Toimintatutkimuksen luonteeseen kuuluu moniammatillisen yhteistyön kehittäminen. Moniammatillisen ennakoivan hoitosuunnitelman Palliatiivinen- ja saattohoito on aihe ja opinnäytetyössä käsitelty moniammatillisesti tehtävä ennakoiva hoitosuunnitelma sisältöineen voi olla lukijalle ajatuksia herättävää. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta on käsitelty kirjallisuuskatsauksen lopuksi.

6.3 Opinnäytetyön eettisyys

Kaikkia tutkijoita velvoittaa hyvä tieteellinen käytäntö, jolloin tutkijat noudattavat eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä. Opinnäytetyön eettisyys on opinnäytetyöntekijän vastuulla. Opinnäytetyöntekijän on noudatettava rehellisyyttä, tarkkuutta ja huolellisuutta opinnäytetyön tulosten esittämisessä ja tutkimustyössään. (Kylmä & Juvakka 2007, 154; Vilkkä 2015, 41–42; Arene 2020.) Opinnäytetyöntekijä osoittaa hyvää tieteellistä käytäntöä toimimalla rehellisesti ja vilpittömästi opinnäytetyöhön osallistuvia kohtaan. Opinnäytetyöhön saatiin tarvittava tutkimuslupa, eettistä ennakoarviointia ei tarvittu, koska opinnäytetyössä ei käsitelty potilastietoja. (ks. Hyvä tieteellinen käytäntö 2021). Opinnäytetyöhön osallistuvilla kerrottiin avoimesti opinnäytetyöhön osallistumisesta ja osallistuminen opinnäytetyöhön on ollut vapaaehtoista.

Opinnäytetyön tulosten on täytettävä tieteelliselle tutkimukselle asetetut vaatimukset tuottamalla uutta tietoa ja esittämällä, kuinka aikaisempaa tietoa on hyödynnetty. Opinnäytetyöntekijä kunnioittaa tutkijoiden työtä ja saavutuksia tarkoin lähdeviittein sekä esittämällä omat ja tutkijoiden tulokset opinnäytetyössä selkeästi (Tuomi & Sarajärvi 2018; Vilkkä 2015, 42). Opinnäytetyössä erotetaan opinnäytetyön tekijän oma teksti ja tutkijoiden teksti selkeillä lähdeviittauksilla ja lähdemerkinnöillä. Opinnäytetyössä kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten menetel-

mällinen laatu arvioitiin käyttämällä JBI:n (Joanna Briggs Institute) kriittisen arvioinnin tarkistuslistoja (Hoitotyön tutkimussäätiö n.d). Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen eettisyyttä on arvioitu kirjallisuuskatsauksen lopuksi.

Opinnäytetyöntekijä kunnioittaa opinnäytetyöhön osallistuvien henkilöiden ihmisarvoa ketään vähättelemättä ja jokaisen osallistujan itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. Opinnäytetyöhön osallistuminen on ollut vapaaehtoista opinnäytetyöhön osallistuvilla. Opinnäytetyöntekijä toteuttaa opinnäytetyön siten, että siitä ei aiheudu opinnäytetyöhön osallistuvilla ihmisille, yhteisöille tai muille tutkimuskohteille merkittäviä riskejä, vahinkoja tai haittoja. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019.) Opinnäytetyö on julkinen asiakirja (Opinnäytetyösuositukset n.d). Opinnäytetyöhön osallistuvien henkilöllisyys ei paljastu opinnäytetyössä. Opinnäytetyönä tehtävä ennakoivan hoitosuunnitelman kehittäminen on ollut osallistujille vapaaehtoista ja kehittämistyötä on tehty oman työnteon ohessa.

6.4 Asiantuntijuuden kehittyminen

Opinnäytetyö kuuluu osaksi ylemmän ammattikorkeakoulututkintoa. Opinnäytetyössä korostuu työelämän kehittäminen ja olennaista onkin saatujen tulosten hyödynnettävyys työelämässä (Opinnäytetyösuositukset n.d). Kiinnostus palliatiiviseen hoitotyöhön on kehittynyt työskennellessäni sairaanhoitajana Kuhmon terveyskeskussairaalan vuodeosastolla kolmentoistavuoden ajan, jonka aikana elämän loppuvaiheessa olevan potilaan ja hänen läheisensä hoitaminen on kehittynyt yhä asiakaslähtoisemmäksi. Terveyskeskussairaaloissa, jotka toimivat tukiosastoina on käytössä saattohoitopaikkoja ja toimintaa on kehitetty, mutta resursseissa ja osaamisessa on edelleen puutteita (Saarto ym. 2022). Osaamisen kehittymisen avulla voin edelleen edistää vuodeosastolla hoidettavien palliatiivisessa vaiheessa olevien potilaiden ja heidän läheisiensä hoitoa. Lisäksi uskon kollegoiden osaamisen kehittyvän palliatiivisen potilaan hoitamisessa moniammatillisesti tehtävän ennakoivan hoitosuunnitelman käyttöönoton kautta.

Ylemmän ammattikorkeakoulun kansallisten osaamisen viitekehyksen eli NQF 7 (National Qualifications Framework) kompetenssien avulla voidaan tarkastella asiantuntijuuden kehittymistä. Kompetenssien tarkoitus on lisätä tutkintojen läpinäkyvyyttä ja vertailtavuutta kansainvälisesti ja kansallisesti. Viitekehysten avulla selkeytetään tutkintojärjestelmän toimivuutta. Kompetenssit luokitellaan koulutusohjelmakohtaisiin sekä yhteisiin osaamisalueisiin, ne kuvaavat kelpoisuutta,

ammattillista pätevyyttä ja kykyä suoriutua ammatillisista tehtävistä. (Kliininen asiantuntija ylempi AMK 2019; Sarajärvi 2011, 77.)

Osaamisen kompetensseista korostuvat opinnäytetyön aiheen näkökulmasta *tutkimus ja palveluiden kehittäminen*, jolloin opiskelija edistää näyttöön perustuvan tiedon levittämistä ja hyödyntämistä alueellisissa, moniammatillisissa sosiaali- ja terveystieteiden verkostoissa (Kliininen asiantuntija ylempi AMK 2019). Moniammatillista ennakoivaa hoitosuunnitelmaa hyödynnetään potilaan palliatiivisessa hoitamisessa sosiaali- ja terveystieteillä. Näyttöön perustuvassa toiminnassa opiskelija toimii aloitteentekijänä ja koordinoi terveydenhuollon soveltavaa tutkimusta. Tavoitteena on yhdistää parhaita näyttöön perustuvia toimintoja asiakkaiden palvelutarpeiden täyttämiseksi sekä toteuttaa soveltavaa tutkimusta, joka edistää asiakaslähtöisen hoidon sekä palveluiden laatua. (Kliininen asiantuntija ylempi AMK 2019.) Opinnäytetyön aiheen valinta ja koordinointi on ollut opinnäytetyön tekijän vastuulla. Opinnäytetyön tuloksien avulla voidaan kehittää potilaiden palveluiden laatua palliatiivisessa hoidossa.

Kliininen asiantuntijuus ja välitön kliininen hoitotyön -kompetenssissa, terveydentilan arviointi täyttyy opinnäytetyössä, kun keskustellaan potilaan ja hänen läheistensä kanssa terveydentilan arvioinnin löydöksistä ja johtopäätöksistä. Hoidon tarpeen arviosta sekä hoidon tavoitteesta ja seurannasta. (Kliininen asiantuntija ylempi AMK 2019.) Ennakoiva hoitosuunnitelma sisältää muun muassa potilaan ja läheisen kanssa keskustelut sairaudesta, hoitomenetelmistä, potilaan toiveista ja peloista sairauden edetessä sekä hoitosuunnitelman päivittämisen jatkossa aina saattohoitoon saakka. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019; Saarto ym. 2022.) Kompetenssissa korostetaan asiakkaan palvelukokonaisuuden ja hoidon tarpeen tunnistaminen ja vastaaminen asiakkaan sekä hänen läheisensä tarpeisiin (Kliininen asiantuntija ylempi AMK 2019). Moniammatillisesti tehtävässä ennakoivassa hoitosuunnitelman hoitoneuvottelussa tunnistetaan potilaan palvelukokonaisuus ja vastataan potilaan ja hänen läheisensä hoidon tarpeisiin. Asiantuntijuus johtaminen toteutuu uudistava johtaminen kompetenssissa (Kliininen asiantuntija ylempi AMK 2019.), jolloin opiskelija uudistaa ja kehittää terveydenhuollon palveluita opinnäytetyön avulla, kliinisen asiantuntijuuden alalla palliatiivisessa hoitotyössä.

6.5 Opinnäytetyön jatkotutkimus- ja kehittämisaiheet

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää palliatiivisen potilaan ennakoivaa hoitosuunnitelmaa asiakasohjaajien, kotihoiton ja terveyskeskussairaalan henkilöstön moniammatillisessa yhteistyössä.

Opinnäytetyön jatkotutkimusaiheet nousevat esille opinnäytetyön kokonaisuutta koskien ennakoivan hoitosuunnitelman laatimista moniammatillisesti. Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella potilaiden ja läheisten näkökulmasta ennakoivaa hoitosuunnitelmaa ei ole tutkittu tai tutkittu vähän. Ennakoivan hoitosuunnitelman toteutumisen onnistuminen vaatii potilaan ja hänen läheisensä aktiivista osallistumista. Lisäksi kehittämisiltapäivissä nousi esille erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palliatiivisen potilaan eriarvoisuus. Tämän myötä jatkokehittämissuositus erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon moniammatillisen yhteistyön kehittäminen ennakoivan hoitosuunnitelman toteuttamisessa.

Opinnäytetyön kirjoittamisen aikaan julkaistiin terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. Laatukriteerin 13 mukaan palliatiivisen potilaan hoitoon osallistuu moniammatillinen työryhmä, johon kuuluu hoitajien ja lääkärin lisäksi mahdollisuuksien mukaan sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti sekä muita sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia. (Saarto ym. 2022.) Laatukriteerissä 13 suositellaan hoitajien ja lääkäreiden lisäksi hyödyntämään muitakin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia, joista muotoutuu lukuisia jatkotutkimusaiheita.

1. Miten moniammatillisesti tehtävä ennakoiva hoitosuunnitelma toteutuu potilaan ja läheisten näkökulmasta?
2. Miten voidaan edelleen kehittää ennakoivaa hoitosuunnitelmaa moniammatillisesti erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä?

6.6 Lähteet

Arene (2020). Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. Saatavilla 21.4.2023 <https://www.arene.fi/julkaisut/raportit/opinnaytetoiden-eettiset-suositukset/>

Brown, C. (2014). The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care: An Illustrated Example in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 18(2), 157–159. Evidence-Based Practice. Saatavilla 19.4.2023 DOI: 10.1188/14.CJON.157–159

Doody, C.M. & Doody, O. (2011). Introducing evidence into nursing practice: Using the IOWA model. Saatavilla 1.2.2023 https://www.researchgate.net/publication/51466031_Introducing_evidence_into_nursing_practice_Using_the_IOWA_model

Heikkinen, H.L.T & Jyrkämä, J. (1999). Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa H. Heikkinen, R. Huttunen ja P. Moilanen (toim.) Siinä tutkija missä tekijä-toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. (25–62). Jyväskylä: ATENA kustannus

Heikkinen, H.L.T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (2006). Tutkimuksen arviointi. Teoksessa L. Syrjälä (toim.) Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. (144–162). Vantaa: Dark Oy.

Hoitotyön tutkimussäätiö (N.d). Tutkimusten arviointikriteeristöt (JBI). Saatavilla 28.3.2023 <https://www.hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat/>

Kiviniemi, K. (1999). Toimintatutkimus yhteisöllisenä prosessina. Teoksessa H.L.T. Heikkinen, R. Huttunen & P. Moilanen (toim.) Siinä tutkija missä tekijä -toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. (63–83). Jyväskylä: ATENA kustannus

Kupias, P. & Peltola, R. (2019). Oppiminen työssä. (134–178). Helsinki: Gaudeamus.

Kliininen asiantuntija ylempi AMK (2019). Kajaanin ammattikorkeakoulu. Opinto-opas. Saatavilla 16.2.2023 Kajaanin ammattikorkeakoulu Intranet.

Kylmä, J. & Juvakka, T. (2007). Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy.

Mönkkönen, K. & Kekoni, T. (2020). Monitoimijaisuus työntekijän voimavarana ja haasteena. Teoksessa A. Hujala & H. Taskinen (toim.) Uudistuva sosiaali- ja terveysala. (215–240). Tampere: Tampere university press.

Opinnäytetyösuositukset (N.d). Kajaanin ammattikorkeakoulu. Opinto-opas. Saatavilla 16.2.2013 Kajaanin ammattikorkeakoulu Intranet.

Palliativinen hoito ja saattohoito. (2019). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Saatavilla 16.2.2023. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063?tab=suositus>

Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Junntila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammar, T. & Forsius, P. (2022). Palliativisen ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla 25.8.2022 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-824-8>

Sarajärvi, A. (2011). Asiantuntijuus näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Teoksessa R. Nurminen (toim.) Tulevaisuuden erityisosaaminen erikoissairaanhoidossa. (76–93). Turku: Turun ammatti-
korkeakoulun julkaisu Saatavilla 16.4.2023 <http://isbn9789522162038.pdf>

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. (2016). Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin ja R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:73. (7–22). Turku. Juvenes Print.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosa-
keyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2019). *Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa*. Saatavilla 31.1.2022. https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf

Vilka, H. (2015). Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

TAULUKKO 3. Kirjallisuuskatsaukseen valitut alkuperäiset julkaisut

Tekijät, vuosiluku ja maa	Tarkoitus tai tavoite	Tutkimustyyppi	Keskeiset tulokset	Laadun arviointi, JBI	Näytön aste (hoitotyön tutkimussäätiön mukaisesti)
Lehto, J. Marjamäki, E. & Saarto, T. (2019). Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma, Suomi.	Tavoite oli tuottaa tietoa ennakoivan hoitosuunnitelman tekemisestä ja ennakoivan hoitosuunnitelman sisällöstä ja hyödyistä	Asiantuntija näkemys	Jokaisella pitkälle edennyttä sairautta sairastavalla tulisi olla elämän loppuvaiheen Hoitosuunnitelma, sitä tulee tarkentaa taudin edetessä ja se tulisi tehdä, kun potilas kykenee ilmaisemaan mielipiteensä.	6/6	D
Wang, C- W., Chan, C.L.W. & Chow, A.Y.M. (2018). Social workers' involvement in advance care planning: a systematic narrative review, Kiina.	Tarkoitus oli selvittää narratiivisesti sosiaalityöntekijöiden näkökulmia ja kokemuksia ennakoivan hoitosuunnitelman tekemisestä.	Järjestelmällinen katsaus	Tuloksena oli, että sosiaalityöntekijöillä oli mielestään velvollisuus osallistua ennakoivan hoitosuunnitelman tekemiseen ja kokivat ennakoivan hoitosuunnitelman tekemisen aloitteen kuuluvan myös heille.	9/11	B
Kiljunen, M. & Marjamäki, E. (2017). Lääkehoidon arviointi elämän loppuvaiheessa, Suomi	Tarkoitus oli tuottaa tietoa lääkehoidon arvioinnista ja suunnittelusta tilanteessa, jossa potilas on palliatiivisen hoitolinjauksen piirissä.	Asiantuntija näkemys	Lääkehoidon kokonaisuutta tulee arvioida ja ennen tarpeelliset lääkkeet voivat käydä turhiksi sairauden edetessä.	6/6	D
Haho, A. (2017). Palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaiden eksistentiaalinen kärsimys, Suomi	Tarkoitus oli tuottaa tietoa sosiaali- ja terveydenhuolto alanhenkilöstölle eksistentiaalisesta kärsimyksestä.	Laadullinen tutkimus	Kuoleman läheisyys tuottaa surua mutta myös vapautumista. Haastateltavat toivoivat pystyvänsä vaikuttamaan elämän loppuun vaiheisiin.	7/10	B
Saukkonen, M., Viitala, A., Lehto, J.T., & Åstedt- Kurki, P. (2016). Syöpäpotilaan ja hänen läheisensä selviytymistä edistävät tekijät palliatiivisen hoidon aikana- systemaattinen kirjallisuuskatsaus, Suomi	Tarkoitus oli kuvata syöpäpotilaan ja hänen perheensä kokemuksia ja heidän selviytymistään edistävistä tekijöistä palliatiivisen hoidon aikana.	Järjestelmällinen katsaus	Potilaan ja läheisensä selviytymistä palliatiivisessa hoidossa edistivät muun muassa rohkeuden ja voiman löytyminen, läheisen osallistuminen hoitoon, omassa kodissa eläminen ja ammattitaitoinen ja oikea- aikainen palliatiivinen hoito	10/11	A

Korfage, I.J. ym. (2020). Advance care planning in patients with advanced cancer: A6-country, cluster randomised clinical trial, Belgia, Tanska, Italia, Alankomaat, Slovenia & Iso-Britania	Tavoite oli tutkia ACP:n hyötyjä pitkälle edenneen syöpäpotilaan hoidossa, koska ACP keskusteluista oli vain vähän näyttöä. Tarkoitus oli selvittää, onko ACP-keskusteluista hyötyä pitkälle edenneen syöpäpotilaan hoitamisessa	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus (RCT)	Tulokset osoittivat, ettei strukturoiduista ACP-keskusteluista ollut hyötyä pitkälle edenneen syöpäsairaana potilaan elämäntahtoon, mutta saivat useammin palliativista hoitoa ja hoitotahtonsa kirjatuksi potilasasiakirjoihin.	10/13	A
Tilvis, R. & Antikainen, R. (2015). Sydämen pitkälle edenneen vajaatoiminnan palliativinen hoito, Suomi	Tavoite oli tuottaa tietoa sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan palliativisesta hoidosta.	Asiantuntija näkemys	Palliativista hoitoa tarjottava jo yhdessä elinennustetta pidentävien hoitojen kanssa. Palliativinen hoito aloitettava siellä, missä potilasta hoidetaan, eikä potilasta tulisi siirtää viime vaiheessa siirtää toiseen hoitopaikkaan.	6/6	D
Antikainen, R., Konttila, T. Virolainen, J. & Standberg, T. (2015). Suomi	Tarkoitus oli tuottaa tietoa vaikeasti dementoituneen potilaan elämän loppuvaiheen hoidosta	Asiantuntija näkemys	Vaikea dementia on kuolemaan johtava sairaus, jonka loppuvaiheessa potilaan toimintakyky heikkenee ja hoidon tarve lisääntyy. Infektiot ja syömishäiriöt voivat olla lähestyvän kuoleman, eikä huonon hoidon merkki.	6/6	C
Schictel, M., Wee, B., Perera, R. & Onakpoya, I. (2019). The effect of advance care planning on heart failure: a systematic review and meta-analysis, Iso-Britannia	Tavoite oli selvittää ACP:n vaikutusta sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan kohdalla.	Järjestelmällinen katsaus	ACP keskusteluista oli merkittävästi hyötyä, jos se oli tehty sairauden kannalta oikea aikaisesti ja keskusteluissa otettiin huomioon myös läheiset ja potilaan etninen tausta	9/11	B
Rahko, E. & Rajala, K. (2020). Saattohoito terveyskeskuksen vuodeosastolla. Suomi.	Tarkoitus oli tuottaa tietoa lääkäreille saattohoitopotilaan kohtaamisesta ja hoitamisesta	Asiantuntija näkemys	Laadukasta saattohoitoa pystytään tarjoamaan myös perusterveydenhuollon yksiköissä. Potilaan ja läheisen kohtaaminen on keskeinen osa elämän loppuvaiheen hoitoa ja siihen pitää varata aikaa. Moniammatillinen tiimi on tärkeä osa laadukkaassa saattohoidossa	6/6	C

29.11.2018

JBI: Arviointikriteerit järjestelmälliselle katsaukselle

Tätä tarkistuslistaa käytetään järjestelmällisen katsauksen metodologisen laadun arviointiin. Arvioinnin tarkistuslistaan sisältyy yhteensä 11 arviointikriteeriä, joiden yksityiskohtaiset sisällöt on lyhyesti kuvattu alhaalla. Arvioijan on hyvä tutustua myös Joanna Briggs Instituutin julkaisemaan katsauksen tekijöiden [käsikirjaan](#) arviointia tehdessään. Tarkistuslistan alkuperäinen englanninkielinen versio löytyy tästä [linkistä](#). Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (NA).

Arvioija Juulia KINNUNEN Päiväys 1.4.2022Tekijä(t) M. Schichtel, B. Wee, R. Perera & I. Onakpoya Vuosi 2019 Nro 9/11

Arviointikriteeri	K	E	?	NA
1. Onko katsauksen kysymys esitetty selvästi ja yksiselitteisesti?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ovatko mukaanottokriteerit asianmukaiset verrattuna tutkimuskysymykseen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Onko hakustrategia asianmukainen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ovatko käytetyt tiedonlähteet riittäviä?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ovatko tutkimusten laadun arvioinnissa käytetyt kriteerit asianmukaiset?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Onko vähintään kaksi arvioijaa itsenäisesti toteuttanut tutkimusten kriittisen laadun arvioinnin?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Onko tietojen uuttamisvaiheessa käytetty menetelmiä virheiden minimoimiseksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Onko tutkimustulosten yhdistämisessä käytetty tarkoituksenmukaisia menetelmiä?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Onko katsauksessa arvioitu julkaisuharhan todennäköisyyttä?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ovatko katsauksessa esitetyt käytännön suositukset linjassa katsauksen tulosten kanssa?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ovatko katsauksessa esitetty jatkotutkimusehdotukset linjassa katsauksen tulosten kanssa?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kokonaisarviointi: Hyväksy Hylkää Lisätietoja tarvitaan

Kommentteja (mukaan lukien syy hylkäykseen):

Hei,

Olen Tuija Kinnunen ja työskentelen Kuhmon tk- sairaalassa sairaanhoitajana. Opiskelen ylemmän AMK-opintoja palliatiivisen potilaan kliiniseksi asiantuntijaksi. Opinnäytetyön aiheeksi valikoitui ennakoivan hoitosuunnitelman tekeminen vuodeosaston, Kuhmon asiakasohjaajien ja kotihoidon yhteistyönä.

Opinnäytetyön toimeksiantajana on Yhdessä ihmisen parhaaksi-hanke. Hankkeen päätavoitteena on edistää koulutuksen ja työelämän toimijoiden vuorovaikutusta sekä sosiaali- ja terveysalan koulutusta. Hankkeen tavoitteena on myös kehittää yhdessä Kainuun alueen palliatiivisen hoidon moniammatillinen toimintamalli.

Ennakoivan hoitosuunnitelman tärkeys on hankkeen yksi kehittämiskohde, mikä on korostunut kotisaattohoidon työpajoissa sekä palliatiivisen hoidon prosessin työryhmässä.

Kehitämme yhdessä Kuhmon asiakasohjaajien, kotihoidon (sairaanhoitajat) sekä Tk-sairaalan sairaanhoitajien kanssa elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelmaa kehittämisen iltpäivissä learning cafe menetelmällä.

Kehittämisiltpäivät ovat 10.5. sekä 11.5. klo.14–15. Kerron tapahtuman aluksi lyhyesti, mitä elämänloppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma on. Riittää kun osallistut edellä mainittuna päivinä vain toiseen kehittämisiltpäivään. Iltpäiviä voidaan sopia lisää tarpeen mukaan.

Keväisin terkuin: Tuija Kinnunen

Palliativisen potilaan ennakoivan hoitoneuvottelun fraasit:

Potilas:

Läheinen/ läheiset, nimi ja puhelinnumero:

Hoitava Lääkäri:

Kotihoidon tiimin nimi ja yhteystiedot:

Potilaan tukiosasto:

Potilaan perussairaudet:

Potilaan hoidon tavoitteet:

Hoitomenetelmät:

Potilaan hoidon linjaukset (parantava, tautia hidastava, palliativinen, saattohoito):

Potilaan hoidon rajaukset:

Lääkityksen tarkistus (lääkelistan ajantasaisuus):

Potilaan toive loppuajan hoitopaikasta (koti, sairaala, palveluasuminen):

Potilaan hoitotahto: tehty K/ E, minne dokumentoitu:

Potilaan elämänlaatutestamentti: K/E, minne dokumentoitu:

Potilaan ja läheisen toiveet palliativiselle hoitotyölle/hoidolle:

Potilaan ja läheisen (mahdolliset) pelot palliativisen hoidon aikana:

Potilaan ja läheisen psyykinen ja eksistentiaalisen tuen tarve:

Mahdollisia ESAS-oirelomakkeen mukaisia oireita nyt ja sairauden edetessä sekä oireiden mukainen hoito:

Kotiin vietävät ja kotiasumista tukevat palvelut:

Saattohoitoon siirryttäessä, potilaan ja läheisen tarpeet, toiveet ja pelot:

Hoidon rajaukset saattohoidon lähestyessä: (mm. i.v.- nesteytys, antibioottihoito):

Potilaan ja läheisen kysymykset hoitotyöntekijöille:

Mitä tunteita hoitoneuvottelu herätti, ja miten koet moniammatillisen yhteistyön potilaan hoidon näkökulmasta?

Liite 5. Sähköposti pilotoinnin aloituksen informaatiosta

 [Asiakirja63.docx](#) Liitteenä fraasilista ennakoivan hoitosuunnitelman laatimiseen.

Palaveri pidettiin 30.11. klo. 13–14 Kuhmon sairaalan vuodeosastolla. Läsä olivat Kuhmon vuodeosaston kotiutushoitaja sekä viisi osaston sairaanhoitajaa sekä allekirjoittanut. Pilotoinnin arviointipalaveri pidetään 28.12 tai 29.12 klo. 13.30 alkaen eli kolme viikkoa tämän kirjeen lähettämistä.

-Alussa kerroin opinnäytetyöstä, miten pilotoitava ennakoiva hoitosuunnitelma on muodostunut keväällä olleista kehittämisiltapäivistä, jotka toteutuivat Teams:ssä sekä kirjallisuuskatsauksen tuloksista.

-Alkuun näytettiin ESAS-oirekyselylomake, joka löytyy netistä hakusanalla. Itse olen hyödyntänyt Vaasan keskussairaalan käytettävää potilaan oirekyselyä. Kainuun sotien sivuilta löytyy hakusanalla palliatiivinen hoitosuunnitelma, elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma sekä palliatiivisen potilaan lääkehoitotyöohjeet. Lisäksi on kehitetty palliatiivisen potilaan tunnistamisen työohje. Työohjeita voi käyttää apuna palliatiivisen potilaan tunnistamisessa sekä ennakoivan hoitosuunnitelman laatimisessa.

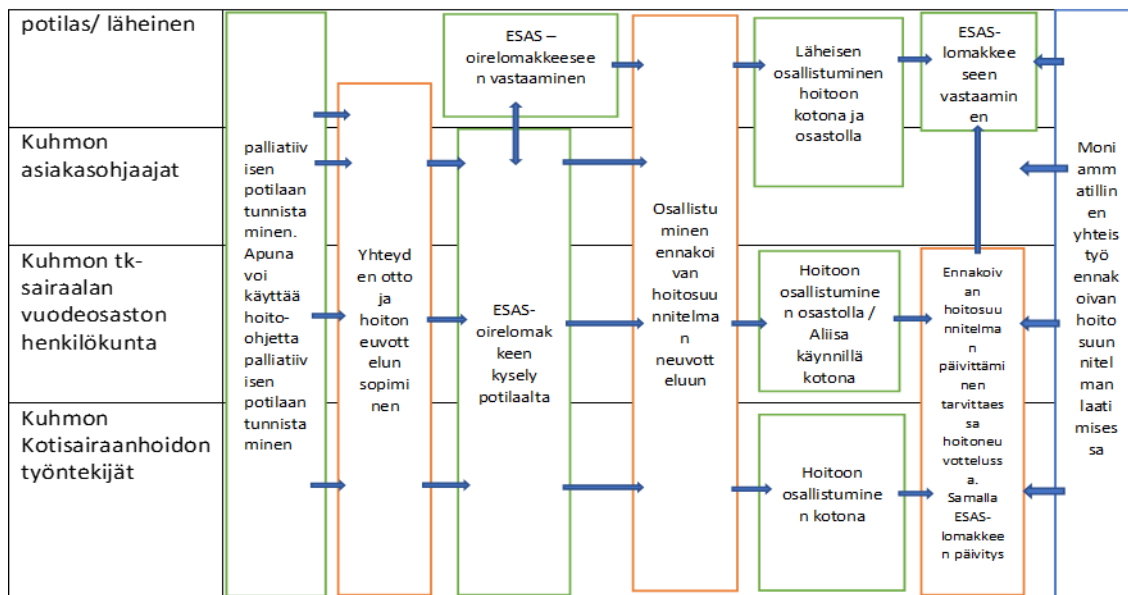
-Ennakoiva hoitosuunnitelma kirjataan ylehoi-lehdelle, toimenpidekoodina käytetään WPA10 Ennakoiva palliatiivisen hoidon hoitosuunnitelma tai WPA15 Palliatiivinen hoitoneuvottelu potilaan ja läheisten kanssa riippuen siitä, osallistuuko läheinen hoitoneuvotteluun.

Pilotoinnin aikana ennakoiva hoitosuunnitelma laaditaan palliatiivisen hoidon vaiheessa oleville potilaille, joko terveyskeskussairaalan hoitojaksolla tai heidän kotiutuessaan sairaalasta. Lisäksi ennakoiva hoitosuunnitelma laaditaan terveyskeskussairaalan lupapaikan saaneille potilaille tai kotihoidon palliatiivisen hoidon asiakkaille. Ennen hoitoneuvottelua, potilaalle ja hänen läheisilleen kerrotaan kyseessä olevan ennakoivan hoitosuunnitelman pilotointi. Hoitaja, joka kutsuu hoitoneuvottelun osallistuvat koolle, kertoo potilaalle ja hänen läheisilleen, mitä on ennakoiva hoitosuunnitelma. Osa ihmisistä voi kokea aiheen arkaluontoiseksi. Potilaalle ja hänen läheisilleen kerrotaan potilaan sairastavan etenevää parantumaton sairautta, jolloin ennakoivan hoitosuunnitelman avulla potilas ja läheinen voivat osallistua potilaan elämän loppuajan suunnitteluun yhteistyössä hoitotyöntekijöiden kanssa.

Hoitosuunnitelman laatiminen aloitetaan lääkärin, asiakasohjaajan, kotihoidon sairaanhoitajan tai terveyskeskussairaalan sairaanhoitajan aloitteesta. Ennakoiva hoitosuunnitelma laaditaan palliatiivisen sairauden vaiheessa oleville potilaille, joille ennakoivan hoitosuunnitelman keskustelu on ajankohtainen. Hoitoneuvottelun kutsuu koolle kotiutushoitaja, kun potilas on hoidossa vuodeosastolla. Kotihoidon sairaanhoitaja kutsuu koolle hoitoneuvotteluun, kun hän hoitaa potilasta kotona, asiakasohjaaja jos potilaalla ei ole hoitokontaktia kotihoidon tai terveyskeskussairaalan vuodeosastolle. Erikoissairaanhoidon hoitotyöntekijä ilmoittaa potilaan vuodeosaston lupapaikalle puhelimitse, jolloin hoitoneuvottelun sopii terveyskeskussairaalan kotiutushoitaja. Kutsutaan potilas ja hänen

läheisensä, kotihoidon sairaanhoitaja, tarvittaessa asiakasohjaaja sekä terveyskeskussairaalan sairaanhoitaja. Hoitoneuvottelun kutsuja täyttää potilaan kanssa ennakkoon ESAS-oirelomakkeen. Kun potilas on kotona, ja hänellä ei ole vielä hoitosuhdetta kotihoitoon tai terveyskeskussairaalaan, ESAS-oirelomakkeen täyttää asiakasohjaaja tai vuodeosaston kotiutusohitaja.

Ennakoiva hoitosuunnitelma laaditaan sovituspotilaan kotona tai TK-sairaalassa hoitoneuvottelussa tai kotiutuspalaverissa, jossa sovitaan moniammatillisesti potilaan, läheisen, asiakasohjaajan, kotihoidon ja terveyskeskussairaalan sairaanhoitajan kanssa potilaan turvallinen kotiutuminen ja kotona asuminen. Pilotoinnin aikana ennakoiva hoitosuunnitelma kirjataan Kainuun sote kuntayhtymän erikoissairaanhoidon vastuualueella käytettävien palliatiivisen hoidon toimenpidekoodeja käyttäen ylehoi-lehdelle. Ennakoivan hoitosuunnitelman laatimisessa käytetään opinnäytetyön aikana laadittua fraasilistaa (ks. liite 4). Ennakoiva hoitosuunnitelma on saatavilla potilastietokannasta hoitaville henkilöille sekä tulostettavissa potilaalle itselleen. Ylehoi-lehdelle tulevat tiedot täyttää hoitoneuvottelun alussa sovittu hoitaja sähköisesti potilastietoihin. Palliatiivisen potilaan ennakoivasta suunnitelmasta tehdään merkintä potilaan riskitietoihin, josta ohjataan ylehoi-lehdelle ennakoivan hoitosuunnitelman sivulle. Kun ennakoiva hoitosuunnitelma on kirjattu lifecare-potilastietokantaan ylehoi-lehdelle, sen voi lukea jokainen potilaan potilastietoja tarvitseva hoitohenkilö. Pilotoinnin aikana toimitaan ennakoivan hoitosuunnitelman palveluketjukuvausten mukaan. Palveluketjukuvausten avulla kuvataan ennakoivan hoitosuunnitelman prosessi.



Aineiston hallinta suunnitelma

Opinnäytetyössä noudatetaan hyvän tieteellisen käytännön toimintatapoja. Rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus opinnäytetyötä tehdessä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimustulosten arvioinnissa. Opinnäytetyö suunnitellaan, toteutetaan ja raportoidaan siinä saatut tietoaineistot, asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Tarvittavat tutkimusluvut hankitaan. (TENK 2020.) Tutkimuslupaa haetaan hyväksytyllä opinnäytetyön tutkimus- ja kehittämissuunnitelmalla.

Ensimmäisessä syklissä aineisto kerätään niistä tutkimuksista, joita saadaan sähköisistä tietokannoista ja manuaalisella haulla. Toisessa syklissä tietoa kerätään ja tuotetaan moniammatillisena yhteistyönä työntekijöiltä kehittämisiltapäivissä. Kehittämisiltapäivissä tietoa tuotetaan learning cafe kehittämismenetelmän avulla. Kolmannessa syklissä pilotoidaan ennakoivaa hoitosuunnitelmaa käytännön työssä, kehittämisiltapäivistä saatujen tulosten perusteella.

Tutkimusaineiston omistus-, hallinta- ja tekijänoikeudet kuuluvat toimeksiantajalle eli yhdessä ihmisen parhaaksi hankkeelle, Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymälle ja opinnäytetyön tekijälle. Opinnäytetyön kehittämisiltapäiviin osallistujia informoidaan sähköpostilla ennen kehittämistyön aloitusta.

Aineiston hallintointiin ja käsittelyyn käytetään Excel-taulukkoa ja Word-tietojärjestelmää, jotka tallennetaan onedrive pilvipalveluun, opinnäytetyön tekijän tietokoneelle sekä USB-muistitikulle. Tietokoneessa on F - Secure suojaus.

Opinnäytetyön tekijä säilyttää käytettyä aineistoa puolen vuoden ajan, jonka jälkeen se hävitetään polttamalla. Salaiseksi luokiteltavaa aineistoa ei opinnäytetyön prosessissa muodostu, koska opinnäytetyössä ei käsitellä ihmisten henkilötietoja eikä arkaluontoisia asioita. Valmis opinnäytetyö on saatavilla Theseus-tietokannasta.