



Katja Mikkonen

Elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman hyödyt ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa

Integratiivinen kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Kliinisen asiantuntijuuden tutkinto-ohjelma sosiaali- ja terveysalalla

Sairaanhoitaja (YAMK)

Opinnäytetyö

15.09.2024

Tiivistelmä

| | |
|-------------------|---|
| Tekijä(t): | Katja Mikkonen |
| Otsikko: | Elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman hyödyt ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa |
| Sivumäärä: | 52 sivua + 1 liite |
| Aika: | 15.09.2024 |
| Tutkinto: | Sairaanhoidtaja YAMK |
| Tutkinto-ohjelma: | Kliininen asiantuntija, sosiaali- ja terveysala, digitaalisten palvelujen asiantuntija |
| Ohjaaja: | Anu Valtonen, yliopettaja |

Kansallisten ja kansainvälisten lakien, asetusten ja suositusten mukaan jokaiselle elämänsä loppuvaiheessa olevalle henkilölle tulisi laatia yksilöllinen ja ajantasainen elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Jotta tämä voisi toteutua käytännössä, tarvitaan aiheesta lisää tietoa. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kirjallisuuskatsaus elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman hyödyistä ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa. Työn tilaajana oli Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen hoivapalvelut ja opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää ja parantaa elämän loppuvaiheen hoitoa vanhusten pitkäaikaishoidossa.

Opinnäytetyö toteutettiin integratiivisena kirjallisuuskatsauksena ja tiedonhaku suoritettiin ennalta määriteltyjen hakulausekkeiden avulla MetCat Finna, PubMed ja CINAHL -tietokannoista. Lopulliseen aineistoon valittiin yhdeksän vertaisarvioitua artikkelia, jotka vastasivat sisäänotto- ja poissulkukriteereitä. Aineistolle tehtiin laadunarvio JBI:n arviointikriteeristöllä ja aineiston analysointi tehtiin käyttämällä aineistolähtöistä sisällönanalyysia, teemoittelun keinoin.

Tutkimustulosten mukaan ennakoivan hoitosuunnitelman hyödyt ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa liittyvät ikääntyneiden pitkäaikaishoidon laatuun, kustannustehokkuuteen, pitkäaikaishoidon asiakkaiden itsemääräämisoikeuden toteutumiseen sekä omaisten merkitykseen iäkkäiden pitkäaikaishoidossa. Sen avulla terveydenhuollon ammattilaiset pystyvät toteuttamaan laadukasta hoitoa iäkkäiden pitkäaikaishoidossa, tekemään asiakkaan omien toiveiden ja arvojen mukaisia hoitopäätöksiä, saavuttamaan luottamuksellisen suhteen asiakkaisiin ja heidän läheisiinsä ja saattohoidon laatu paranee. Ennakoivan hoitosuunnitelman avulla hoidon todettiin olevan kustannustehokkaampaa, kun henkilöstöressurssien tarve ja kohdentaminen parani.

Ennakoivan hoitosuunnitelman hyödyt elämän loppuvaiheen hoidossa ovat tutkitusti kiistattomat. Tulevaisuudessa tarvitaan kehittämis- ja/tai toimintatutkimuksia siitä, miten ja millä keinoin ennakoiva hoitosuunnitelma saataisiin tuotua teoriasta käytäntöön myös iäkkäiden pitkäaikaishoidossa.

Avainsanat: Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma, iäkkäät, pitkäaikaishoito, palliatiivinen hoito, saattohoito

Tämän opinnäytetyön alkuperä on tarkastettu Turnitin Originality Check -ohjelmalla.

Abstract

Author(s): Katja Mikkonen
Title: Benefits of advance care planning in long-term care for older adults
Number of Pages: 52 pages + 1 appendices
Date: 15.09.2024

Degree: Master of Health Care (Nursing)
Degree Programme: Master's Degree Programme in Clinical Expertise in Health Care and Social Services, Expertise in Digital Social and Health Services

Instructor(s): Anu Valtonen, Principal Lecturer

According to national and international laws, regulations and recommendations, each person at the end of life should have an individual and up-to-date advanced care plan. More information is needed to make advanced care planning part of practice. The purpose of this thesis was to produce a literature review on the benefits of advanced care planning in long-term care for older adults. The thesis was commissioned by the Wellbeing services county of Vantaa and Kerava and the aim of the thesis was to develop and improve end-of-life care for older adults.

The thesis was carried out as an integrative literature review and the data search was carried out using predefined search terms from the MetCat Finna, PubMed and CINAHL databases. Nine peer-reviewed articles that met the inclusion and exclusion criteria were selected. The data were quality assessed using the JBI evaluation criteria and analysed using the methods of thematic analysis.

The findings of the master's thesis, the benefits of advanced care planning in long-term care for older adults are related to the quality of care, cost-effectiveness, the realisation of the autonomy and the role of relatives in planning and implementing care. It enables health professionals to provide quality care, to make care decisions in accordance with the client's wishes and values, to achieve a relationship of trust with clients and their relatives and to improve the quality of end-of-life care. Advance care planning was also found to make care more cost-effective by improving the allocation of human resources.

The benefits of advanced care plan for end-of-life care are undeniable. Future development and/or operational research is needed on how and by what means advanced care planning can be translated from theory into practice in long-term care for older adults.

Keywords: Advance care planning (ACP), older adults, long-term care, palliative care, hospice care

The originality of this thesis has been checked using Turnitin Originality Check service.

Sisällys

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Johdanto | 5 |
| 2 | Teoreettiset lähtökohdat | 6 |
| 2.1 | Ikääntyneiden pitkäaikaishoito | 7 |
| 2.2 | Hoito- ja palvelusuunnitelma | 8 |
| 2.3 | Itsemääräämisoikeus | 9 |
| 2.4 | Ikääntyneiden hyvä elämän loppuvaiheen hoito | 10 |
| 2.4.1 | Ikääntyneiden palliativisen hoidon erityispiirteitä | 13 |
| 2.4.2 | Ikääntyneiden saattohoidon erityispiirteitä | 14 |
| 2.5 | Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma | 15 |
| 3 | Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymys | 17 |
| 4 | Kirjallisuuskatsaus opinnäytetyön menetelmänä | 18 |
| 4.1 | Integratiivinen kirjallisuuskatsaus | 18 |
| 4.2 | Aineiston hankinta | 18 |
| 4.3 | Aineistohallintasuunnitelma | 23 |
| 4.4 | Aineiston laadun arviointi | 25 |
| 4.5 | Aineiston analysointi | 30 |
| 5 | Tulokset | 34 |
| 5.1 | Hoidon laatu paranee | 35 |
| 5.2 | Säästöä kustannuksissa ja resursseissa | 36 |
| 5.3 | Itsemääräämisoikeuden toteutuminen | 36 |
| 5.4 | Omaisten huomioiminen | 37 |
| 6 | Pohdinta | 38 |
| 6.1 | Tulosten yhteenveto | 38 |
| 6.2 | Johtopäätökset | 40 |
| 6.3 | Eettisyys ja luotettavuus | 42 |
| 6.4 | Jatkotutkimusehdotukset | 43 |
| | Lähteet | 45 |
| | Liitteet | |
| | Liite 1. Luotettavuuden arvioinnissa käytetyt JBI tarkistuslistat | |

1 Johdanto

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) suosituksen mukaan jokaiselle elämänsä loppuvaiheessa olevalle henkilölle tulisi laatia yksilöllinen ja ajantasainen elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma (Saarto & Finne-Soveri, 2019 :124). Ennakoiva hoitosuunnitelma laaditaan hoitavan lääkärin toimesta yhdessä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa (Valvira, 2023).

Vuonna 2012 voimaantulleessa vanhuspalvelulaissa sanotaan:

”Hyvinvointialueen on järjestettävä iäkkäälle henkilölle laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluja, jotka ovat hänen tarpeisiinsa nähden oikea-aikaisia ja riittäviä”

(Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012 §13).

Etukäteen tehty hoitosuunnitelma, jossa varaudutaan elämän loppuvaiheen mahdollisiin sairastumisiin ja niiden hoitoon, on sekä ihmiselle itselleen että hänen läheisilleen parempi vaihtoehto kuin äkillisen sairastumisen yhteydessä tehdyt nopeat hoitopäätökset (Kangasniemi, 2021). Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma sisältää mm. asiakkaan mahdollisen hoitotahdon, asiakkaan (ja tämän läheisten) toiveet hoitoon liittyen, lääkärin tekemät hoidonrajaukset ja hoitolinjaukset, yksilölliset hoidon tavoitteet, yksityiskohtaiset oireenhoito-ohjeet sekä konsultointiohjeet hoitohenkilökunnalle (Finne-Soveri, ym., 2022 :24—26).

Hoitajien työhön ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa kuuluu olennaisena osana kuolevan ihmisen ja hänen läheisensä kohtaaminen sekä laadukkaan ja ihmisarvoisen loppuelämän hoidon tarjoaminen (Forsius, Hammar & Alastalo, 2022 :64). Palliatiivisen ja saattohoidon osaaminen ei kuitenkaan nykyisellään ole riittävällä tasolla (Forsius, ym., 2022 :64) ja sitä tulisi vahvistaa ympärivuorokautisen hoivan sekä kotihoidon työntekijöillä (Forsius, ym., 2022 :73).

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallisen laatusuosituksen mukaan kaikille parantumattomasti sairaille tulisi tehdä elämän loppuvaiheen ennakoiva

hoitosuunnitelma (Saarto, ym., 2022 :23), mutta suositus ei tällä hetkellä toteudu ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa. Tarvitaan lisää tietoa ja osaamista jotta suositukset voisivat toteutua käytännössä. Tämän takia opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa aiempaan tutkimustietoon perustuva integratiivinen kirjallisuuskatsaus elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman hyödyistä ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää ja parantaa elämän loppuvaiheen hoitoa vanhusten pitkäaikaishoidossa.

Opinnäytetyön tilaajana on Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen hoivapalvelut ja opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää hyvinvointialueella ennakoivan hoitosuunnitelman käyttöönoton suunnittelussa ja toteutuksessa ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa.

2 Teoreettiset lähtökohdat

Kun puhutaan vanhuksista tai ikääntyneistä, ei näille käsitteille löydy yhtä yhteistä ikärajaa. Esimerkiksi Kelan vanhuuseläkkeeseen oikeutettujen henkilöiden ikäraja on 65 vuotta, mutta elinajanodotteen kasvaessa vanhuuseläkeikä sopeutetaan elinajanodotteen muutokseen. Tämä koskee vuonna 1965 ja sen jälkeen syntyneitä henkilöitä. (Työeläke.fi, 2023.) Vanhuusikä on kasvanut viimeisten vuosikymmenten myötä selvästi. Esimerkiksi kymmenen vuotta sitten yli 90-vuotiaiden määrä Suomessa oli kuusinkertaistunut 1980-luvun alkuun verrattuna ja määrä kasvaa jatkuvasti lisää. (Vanhuuskuolema. Konsensuslausuma, 2014.)

Suomessa on totuttu siihen, että palliatiivinen- ja saattohoito tapahtuvat sairaaloissa, jonka vuoksi vanhusten kuoleminen kotona ja palveluasumisessa on vielä suhteellisen uusi ilmiö (Pirhonen, Blomqvist & Harju, 2020 :293). Nykyään ihmiset myös kuolevat vanhempina; 40 prosenttia vuonna 2018 kuolleista ihmisistä oli yli 85-vuotiaita (Kangasniemi, 2022 :9). Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2019 yli 75-vuotiaiden yleisimmät kuolinsyyt liittyivät verenkiertoelinten sairauksiin ja toiseksi yleisimmät kuolinsyyt olivat dementian (mukaan lukien Alzheimerin tauti) aiheuttamia (SVT, 2019). Yli 90-vuoden iässä vanhuksen kuolema aiheutuu usean elinjärjestelmän hitaasta samanaikaisesta pettämisestä, eikä niinkään yhdestä sairaudesta (Vanhuuskuolema. Konsensuslausuma, 2014). Esimerkiksi asumispalveluiden asiakkaista vähintään 80 prosentilla on jokin kuolemaan johtava sairaus ja näistä muistisairaus on selkeästi yleisin. Muistisairaus on myös yleisin asumispalveluihin ohjautumisen syy vanhuksilla. (Pirhonen, ym., 2020 :293—294.)

Muistisairaudet ovat parantumattomia ja hitaasti eteneviä sairauksia, jotka johtavat lopulta kuolemaan (Terveyskylä, 2022). Muistisairaus heikentää tiedonkäsittelyä, muistia ja kognitiota. Tällaisesta tilasta käytetään yleisesti käsitettä dementia. Dementia ei itsessään ole sairaus, vaan sillä tarkoitetaan tilaa joka johtuu jostakin muistiin vaikuttavasta sairaudesta. Tällaisia sairauksia ovat mm. Alzheimerin tauti, Lewyn kappale-tauti, Parkinsonin tauti, otsa-ohimolohkorappeumat sekä erilaiset aivoverenkiertosairaudet. (THL, 2023a.)

Jotta ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa osattaisiin toteuttaa hyvää elämän loppuvaiheen hoitoa, tarvitaan siihen kykyä hahmottaa muistisairaus etenevänä, kuolemaan johtavana sairautena ja sitä kautta muistisairas vanhus elämänsä loppua lähestyvänä ihmisenä (Pirhonen, ym., 2020 :295). Arviolta 15 %:lla muistisairaus etenee loppuvaiheen vaikeaan dementiaan. Etenkin näissä tilanteissa olisi tärkeää välttää kuormittavia sairaalasiirtoja ja pyrkiä hoitamaan ihminen tutussa yksikössä elämänsä loppuun asti. (Muistisairaudet: Käypä hoito-suositus, 2021.) Tätä varten jokaiselle muistisairaalle tulisi tehdä ennakoiva hoitosuunnitelma, jossa on valmiiksi kirjattuna hoidon tavoitteet ja keinot voimien heikkenemisen varalle (Terveyskylä, 2022).

2.1 Ikääntyneiden pitkäaikaishoito

Väestön ikääntyessä pitkäaikaishoidon ja siihen kuuluvien palveluiden tarve kasvaa. Ikääntyneiden pitkäaikaishoitoon kuuluu usein monia erilaisia palveluita, jotka pyrkivät tukemaan heidän terveyttään, hyvinvointiaan ja päivittäistä elämäänsä. (THL, 2023b.) Pitkäaikaishoito voidaan määritellä monin tavoin, ja määritelmät voivat vaihdella eri maiden ja organisaatioiden välillä. Yksi hyväksytty määritelmä löytyy Maailman terveysjärjestöltä (WHO). WHO:n mukaan pitkäaikaishoito kattaa palvelut, jotka vastaavat henkilöiden hoiva-, terveys- ja sosiaalsiin tarpeisiin silloin kun he eivät itse pysty sitä tekemään pitkäaikaisen sairauden tai toimintarajoitteen vuoksi. WHO korostaa myös, että palveluiden tulisi tarjota integroitua, jatkuvaa ja suunnitelmallista hoitoa, joka vastaa henkilön tarpeisiin ja kunnioittaa heidän toiveitaan. Määritelmä korostaakin pitkäaikaishoidon monipuolisuutta ja sitä, että se kohdistuu henkilöihin, jotka tarvitsevat apua ja tukea päivittäisissä toiminnoissaan pitkäaikaisen sairauden tai toimintarajoitteen vuoksi. (World Health Organization, 2024.)

Suomessa on linjattu kansallisesti, että ikääntyneiden tulisi voida asua kotonaan ja heille tulisi tarjota tarvittavat palvelut sinne, myös ympärivuorokautisesti. Kotihoitoa ja erilaisia

yhteisöllisiä asumismuotoja kehitetäänkin vastaamaan paremmin ikääntyneiden tarpeisiin. (THL, 2023b.) Myös digitaalisten palveluiden ja hyvinvointiteknologian käyttö kotihoidon ja muiden kotiin tuotettavien palveluiden tukena on kasvanut viime vuosina (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto, 2020 :12). Kotihoitoa voidaan tarjota ikääntyneelle silloin, kun tämän toimintakyky on heikentynyt siinä määrin, ettei hän enää selviydy päivittäisistä toimistaan itsenäisesti (esim. syöminen, pukeutuminen, henkilökohtainen hygienia tai lääkehoidon toteuttaminen). Kotihoitoon kuuluvat myös monet yleisimmät sairaanhoidolliset palvelut. (Terveyskylä, 2023.) Sosiaalihuoltolain mukaan vanhuksille tarjottavia asumispalveluita ovat tuettu asuminen, yhteisöllinen asuminen sekä ympärivuorokautinen palveluasuminen (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014). Erilaiset asumispalvelut korvaavat aiemmat laitoshoitopaikat ja niitä tarvitseekin nykyään vain 0–1 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä lääketieteellisin perustein (THL, 2023b).

Tarjottava asumismuoto riippuu asiakkaan palveluntarpeesta ja hänen tarvitsemansa hoivan ja hoidon määrästä. Hyvinvointialueilla on vanhuspalvelulain mukaan velvollisuus käyttää RAI-arviointivälineistöä vanhusten toimintakyvyn ja palvelutarpeenarvion tekemisessä. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 2012.) Esimerkiksi muistisairaalle vanhukselle voidaan hakea paikkaa ympärivuorokautisesta asumisesta silloin, kun kotiin tarjottavat palvelut eivät enää riitä ja hänen hoivan tarpeensa on ympärivuorokautista. Tavoitteena on, että ihminen saisi asua siellä elämänsä loppuun asti. (Terveyskylä, 2022.)

2.2 Hoito- ja palvelusuunnitelma

Jokaiselle pitkäaikaishoidon palveluita tarvitsevalle henkilölle laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma. Hoito- ja palvelusuunnitelma on yksilöllinen ja yksilöllisiin tarpeisiin perustuva palvelusuunnitelma, jossa on huomioitu henkilön olemassa olevat voimavarat. (Päivärinta & Haverinen, 2002 :5.) Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan tiedot asiakkaan tilanteesta, palveluiden ja kuntoutuksen tarpeesta sekä tavoitteista ja keinoista niiden saavuttamiseksi. Suunnitelma tulisi aina tehdä yhdessä asiakkaan kanssa. (Päivärinta & Haverinen, 2002 :13.) Mikäli asiakas ei itse kykeneen ilmaisemaan omia toiveitaan, voidaan hoitosuunnitelma tehdä yhdessä hänen läheistensä kanssa ”asiakkaan parhaaksi”-periaatteella. Myös mahdollinen hoitotahto tulee huomioida tässä. (Terveyskylä, 2022.)

Hoitosuunnitelman avulla jokainen asiakkaan hoitoon osallistuva osaa toteuttaa hoitoa sovitulla tavalla, hoidon laatu on yhtenäistä (Terveyskylä, 2022) ja se poistaa työntekijöiden päällekkäistä työtä (Päivärinta & Haverinen, 2002 :18). Hoitosuunnitelman avulla pystytään myös seuraamaan asetettujen tavoitteiden toteutumista (Terveyskylä, 2022) ja selkiytetään työn- ja vastuunjakoja (Päivärinta & Haverinen, 2002 :18). Hoitosuunnitelma tulee tarkistaa puolenvuoden välein (Päivärinta & Haverinen, 2022 :23) ja sitä päivitetään aina tarpeen mukaan tai tilanteen muuttuessa (Terveyskylä, 2022). Asiakkaan hoitosuunnitelman tarkistamisesta ja päivittämisestä vastaa hänelle nimetty vastuuhenkilö (Päivärinta & Haverinen, 2002 :23).

2.3 Itsemääräämisoikeus

Sosiaali- ja terveyspalveluiden tärkeimpiin periaatteisiin kuuluu yksilön itsemääräämisoikeus (Valvira, 2024 a). Lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista on kirjattu:

”Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietyistä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.

Jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, potilaan laillista edustajaa taikka lähiomaista tai muuta läheistä on ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä kuultava sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. Jos tästä ei saada selvitystä, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena.”

(Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. 6 §)

Ikääntyminen ja siihen liittyvät sairaudet eivät poista itsemääräämisoikeutta ihmiseltä (Valvira, 2024b). Esimerkiksi muistisaira ihminen kyky päättää omista asioistaan ei häviä yhtäkkiä, vaan se vähenee ja muuttuu hitaasti sairauden edetessä. Pitkälle edennyt dementia sairastava vanhus voi edelleen kyetä päättämään yksinkertaisista asioista, esimerkiksi siitä mitä haluaa lounaalla syödä ja moneltako haluaa aamulla nousta vuoteesta. Vastaavasti lievää muistisairautta sairastavalle vanhukselle voivat monimut-

kaisemmat asiat tuottaa suuriakin vaikeuksia, eivätkä he kykene ymmärtämään esimerkiksi taloudellisiin asioihin liittyvien päätösten seurauksia. (Suomen lääkäriliitto, 2021 :145.)

Vaikka diagnoosi muistisairaudesta ei poista ikääntyneen itsemääräämisoikeutta tai oikeustoimikelpoisuutta, edetessään muistisairaus kuitenkin väistämättä vaikuttaa ikääntyneen kykyyn ymmärtää ja tehdä päätöksiä ja sitä kautta oikeudellinen toimintakyky heikkenee (Nikumaa & Koponen, 2016 :11). Silloin kun ikääntynyt ei enää sairauden takia kykene ilmaisemaan omaa tahtoaan hoitoonsa liittyen, pyritään se selvittämään yhdessä läheisten ja/tai muun laillisen edustajan kanssa (Valvira, 2024 a). Varautuminen tulevaan tekemällä esimerkiksi hoitotahto ja edunvalvontavaltuutus mahdollisimman varhaisessa vaiheessa tai viimeistään heti sairauden toteamisen jälkeen olisi ensiarvoisen tärkeää (Nikumaa & Koponen, 2016 :11). Kaikissa tilanteissa lähtökohtana tulisi aina olla ikääntyneen mahdollisesti aiemmin esille tuomat toiveet hoitoonsa liittyen ja päätösten tulisi perustua ikääntyneen omiin etuihin (Valvira, 2024 a).

2.4 Ikääntyneiden hyvä elämän loppuvaiheen hoito

Jokainen ihminen toivoo itselleen hyvää hoitoa. Mutta mitä tarkoittaa hyvä elämän loppuvaiheen hoito? Lääkärilehdessä Saana Mäenpää pohti aihetta lääkärin työn eettisestä näkökulmasta:

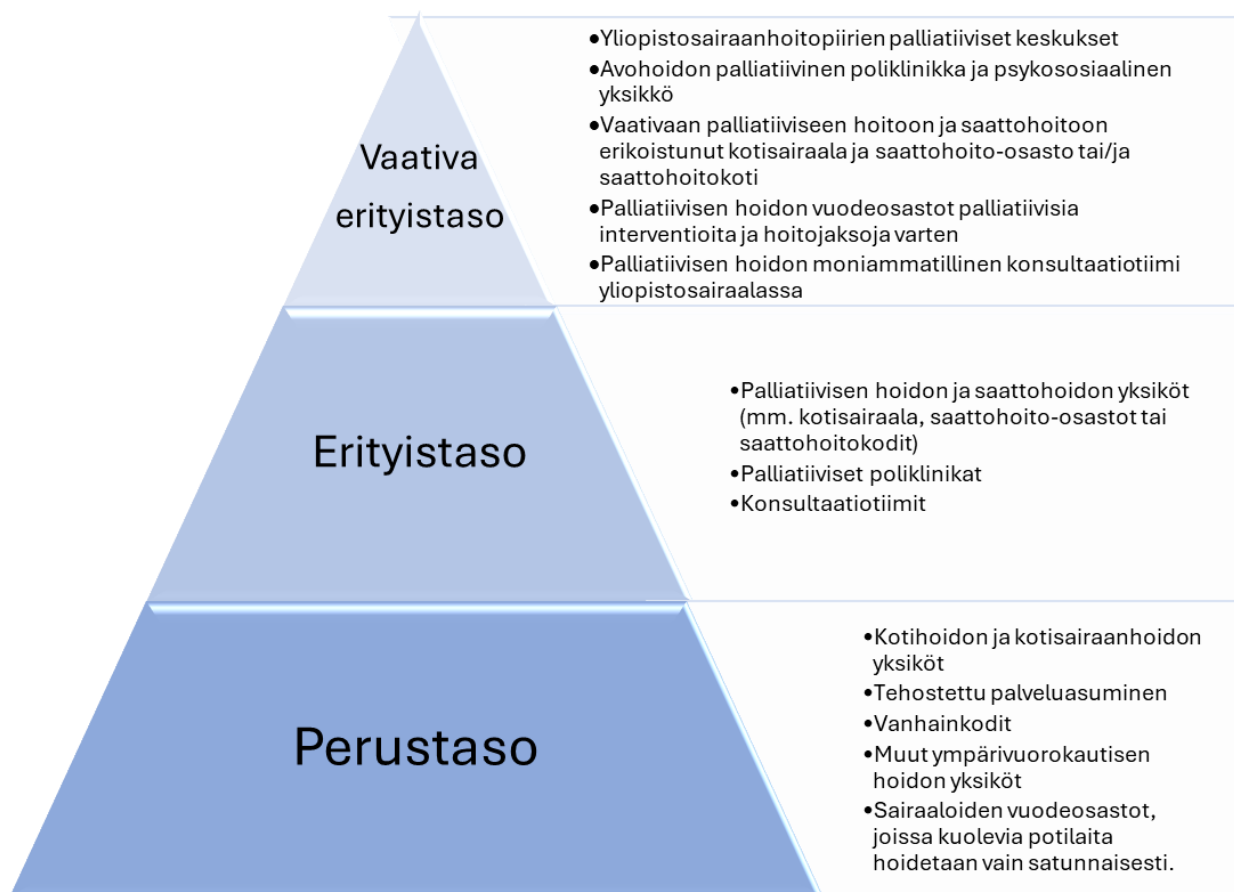
”Joskus raja elämän ylläpitämisen ja kuoleman pitkittämisen välillä on häilyvä. Siksi oikea-aikaiset hoidonrajaukset ovat armoa – sekä lääkärille että potilaalle. Palliatiivisessa ja saattohoidossa kuolema lähitulevaisuuden päätetapahtumana hyväksytään ja pidättydytään elämää keinotekoisesti pitkittävästä hoitotoimista. Annetaan kuoleman tulla. Ei aiheuteta sitä aktiivisesti, mutta ei myöskään enää yritetä estää tai pitkittää sitä.” (Mäenpää, 2023.)

Yksi tärkeimmistä terveydenhuollon eettisistä periaatteista on ihmisarvon kunnioittaminen. Kaikki ihmiset ansaitsevat arvostavan, ystävällisen sekä inhimillisen kohtelun. Hyvä elämän loppuvaiheen hoito ei kuitenkaan ole vain eettinen arvo, vaan sitä säätelevät useat kansalliset ja kansainväliset lait ja säädökset (THL, 2023c), jotka on esitelty kuviossa 1.

| Elämän loppuvaiheen hoitoa ohjaavat lait | Elämän loppuvaiheen hoitoa ohjaavat asetukset | Kansalliset suositukset | Kansainväliset suositukset |
|---|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 • Terveydenhuoltolaki 1326/2010 • Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 • Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994 • Suomen perustuslaki 731/1999 • Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 • Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989 | <ul style="list-style-type: none"> • Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä 582/2017 | <ul style="list-style-type: none"> • Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus (THL 2022) • Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa: Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti (STM 2019) • Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus (2018) | <ul style="list-style-type: none"> • Euroopan ihmisoikeussopimus 63/1999 • Yleissopimus ihmisoikeuksista ja biolääketieteestä (2010) • WHO:n suositus palliatiivisesta hoidosta (2014) |

Kuvio 1. Elämän loppuvaiheen hoitoa ohjaavat lait, asetukset ja suositukset (THL, 2023c)

Vuonna 2017 sosiaali- ja terveysministeriön asettama valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmä julkaisi suosituksen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yhdenvertaisesta ja vaikuttavasta toteuttamisesta Suomessa. Työryhmän suositus perustuu kolmiportaiseen malliin, jossa palvelujen järjestäminen on jaettu perustasolle, erityistasolle sekä vaativalle erityistasolle. (Saarto ym., 2017 :15.) Palveluasuminen ja kotihoito kuuluvat perustasoon. Malli on esitelty kuviossa 2.



Kuvio 2. Palliativisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli. (Saarto ym., 2017 :15 mukaillen)

Suosituksen mukaan hyvä elämän loppuvaiheen hoito (palliativinen hoito ja saattohoito) on huomioitu näiden yksiköiden henkilöstömitoituksessa, henkilöstön osaamisessa sekä yksiköiden toimintaympäristössä (Saarto ym., 2017 :16). Suositus ei tällä hetkellä täysin toteudu, sillä yksi suurimmista palliativisen hoidon ja saattohoidon ongelmista Suomessa on osaamisen puute kaikilla hoidon tasoilla ja kaikissa ammattiryhmissä (Saarto, ym., 2022 :11).

Ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa pyrkimyksenä on turvata asiakkaille yksilöllinen ja hyvä loppuelämä. Käytännössä tämä tarkoittaa yksilöllisiin tarpeisiin perustuvaa hoitoa, palveluita ja kuntoutusta, mutta myös oikeutta kuolla, kun sen aika koittaa. (Finne-Soveri, ym., 2022 :10.) Ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa elämän loppuvaiheen hoito on oleellinen osa hoitajien työtä ja heillä tulisi olla osaamista palliativisesta hoidosta ja saattohoidosta, jotta ikääntyneille pystyttäisiin tarjoamaan ihmisarvoa kunnioittavaa ja laadukasta hoitoa heidän elämänsä loppuun asti (Forsius, ym., 2022 :64).

Myös Euroopassa on kiinnitetty yhä enemmän huomiota elämän loppuvaiheen hoitokäytäntöihin pitkäaikaishoidossa, koska ympärivuorokautista hoivaa tarjoavissa yksiköissä asuvien ikääntyneiden määrä kasvaa nopeasti. Tietoa saattohoitokeskusteluista tai enakoivien hoitosuunnitelmien olemassaolosta eurooppalaisissa pitkäaikaishoitolaitoksissa on kuitenkin vielä toistaiseksi vähän. (Andreasen, ym., 2019.)

2.4.1 Ikääntyneiden palliatiivisen hoidon erityispiirteitä

Palliatiivisen hoidon perustana on ihmiskeskeisyys. Palliatiivisen hoidon filosofia korostaa ihmisen hoitamista kokonaisvaltaisesti ja sen pyrkimyksenä on parantaa ihmisen elämänlaatua. (McInerney, ym., 2018 :595.) Palliatiiviseen hoitolinjaan siirrytään yleensä siinä vaiheessa, kun parantava tai sairauden etenemistä hidastava hoito ei enää ole mahdollista. Palliatiivisen hoidon tarkoituksena onkin ylläpitää elämänlaatua ja lievittää kärsimystä. Käytännössä tämä tarkoittaa ylimääräisten hoitojen välttämistä, ikääntyneen ja tämän läheisten huomioimista ja heidän tarpeistaan huolehtimista, hyvää oirehoitoa sekä pyrkimystä tarjota ikääntyneelle tämän toiveiden mukainen kuolinpaikka. (Saarto, ym., 2022 :12.) Kuviossa 3 on esitelty laadukkaana palliatiivisen hoitoprosessin eri vaiheet.



Kuvio 3. Palliatiivisen hoitoprosessin eri vaiheet (Saarto, ym., 2022 :19 mukailten)

Pitkälle edennyttä muistisairautta sairastavan ikääntyneen kohdalla hoitolinjan tulisi olla palliatiivinen. Sen laajamittaisen käyttöönoton esteenä on kuitenkin vielä toistaiseksi useita haasteita; organisaatioiden valmiudet ja kliininen pätevyys, muistisairauksien ennusteeseen liittyvät haasteet sekä läheisten puutteellinen ymmärrys muistisairaudesta diagnoosina ja kuolemaan johtavana sairautena. (McInerney, ym., 2018 :595.)

Vaikka pitkälle edennyttä muistisairautta sairastavan kohdalla suositellaan luopumaan tarpeettomista tutkimuksista ja hoidoista, perussairauksien diagnosointi voi kuitenkin olla ratkaisevan tärkeää hoidon ohjauksen, ennusteen ja palliatiivisen hoidon tarpeen arvioinnin kannalta (Fatherston, ym., 2018 :108). Pitkällekin edenneissä muistisairauksissa kuolemaan johtava vaihe voi kestää pitkään eikä siinä usein ole selkeää loppuvaihetta. Palliatiivisessa hoidossa keskittyminen ”kuoleman laatuun” muistisairaahan kohdalla on tämän vuoksi ongelmallista ja voi johtaa siihen, etteivät muistisairas ja hänen läheisensä saa tarvitsemaansa hoitoa ja tukea. (McInerney, ym., 2018 :595.) Usein muistisairaahan läheiset myös ymmärtävät palliatiivisen hoidon merkityksen väärin. Palliatiivinen hoito mielletään samaksi kuin saattohoito, jolloin siirtyminen palliatiiviseen hoitoon aiheuttaa tarpeettomasti negatiivisia tunteita ja jopa kieltäytymisen siitä. Tällä taas on vaikutusta muistisairaahan ja hänen läheistensä saamaan hoitoon ja sen laatuun. (Saarto, ym., 2022 :18.)

2.4.2 Ikääntyneiden saattohoidon erityispiirteitä

Saattohoidolla tarkoitetaan kuolemaa lähestyvän ihmisen hoitoa hänen elämänsä viimeisinä viikkoina tai päivinä. Saattohoitoon siirrytään, kun sairauteen ja sen etenemiseen ei enää voida vaikuttaa hoidollisin keinoin. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito Käypä hoito -suositus. 2019.)

Muistisairaahan elinajan ennusteeseen vaikuttavat monet tekijät, kuten muistisairauden vaikeusaste ja muut mahdolliset sairaudet (etenkin sydän- ja verisuonisairaudet) (Fatherston, ym., 2018 :107). Ennusteen arvioinnissa voidaan käyttää apuna erilaisia mittareita, mutta niillä saadaan vain karkea arvio jäljellä olevasta elinajasta (Palliatiivinen hoito ja saattohoito, Käypä hoito -suositus. 2019). Vaikka nykyisin on saatavilla tutkimustietoa muistisairauksien elinajanodotteista, on kuoleman ennustaminen haastavaa koska ennusteet vaihtelevat huomattavasti yksilöiden välillä. Tämän vuoksi raja palliatiivisen hoidon ja saattohoidon välillä muistisairaiden kohdalla voi olla häilyvä.

(Fatherston, ym., 2018 :107.) Muistiliitto julkaisi vuonna 2016 oppaan ”Muistisairaahan ihmisen hyvä saattohoito”, jonka tarkoituksena on tukea ja opastaa ammattilaisia muistisairaahan saattohoidon suunnittelussa ja toteutuksessa (Muistiliitto ry, 2016). Muistisairaahan hyvä saattohoito sisältää samoja elementtejä palliativisen hoidon kanssa. Nämä on kuvattu kuviossa 4.



Kuvio 4. Muistisairaahan hyvä saattohoito. (Muistiliitto ry, 2016 mukailen)

Jotta lääkäri ja muut hoitoon osallistuvat ammattilaiset pystyisivät paremmin huomioimaan ikääntyneen toiveet saattohoidossa ja auttamaan läheisiä valmistautumaan lähestyvään kuolemaan, tulisi elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma laatia ajoissa (Suomen lääkäriliitto, 2021 :208).

2.5 Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma

Valvira ohjeistaa, että hyvän hoidon turvaamiseksi tulisi parantumattomasti sairaalle potilaalle laatia elämän loppuvaiheessa ennakoiva hoitosuunnitelma (Valvira, 2023). Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma juontaa juurensa kansainvälisesti käytetystä käsitteestä *advance care planning* (ACP). ACP-käsitteellä tarkoitetaan terveydenhuollon ammattilaisen, parantumattomasti sairaan potilaan ja hänen läheistensä välistä

keskustelua, jossa käydään läpi potilaan omia toiveita ja tavoitteita liittyen tulevaisuuden hoitoihin. Lisäksi siihen kuuluu hoitotahdon, hoidon rajauksien ja mahdollisten sijaispäättäjien määrittely. Suomessa käytössä oleva ennakoiva hoitosuunnitelma perustuu tähän käsitteeseen, mutta nimensä mukaisesti se on käytännön hoitosuunnitelma. (Lehto, ym., 2019.) Ennakoiva hoitosuunnitelma tehdään aina yksilöllisesti. Siihen kirjataan ennakoivasti ohjeita sairauden ja siitä aiheutuvien oireiden hoitoon, sekä annetaan ennakoivia hoitomääräyksiä akuuttitilanteiden hoitoa varten. Suunnitelmaa muokataan sairauden edetessä ja aina tilanteen muuttuessa. (Valvira, 2023.) Taulukossa 1 esitetään esimerkki siitä, millaisia asioita ja ohjeita tehostetussa palveluasumisessa asuvan iäkkään ennakoiva hoitosuunnitelma voisi sisältää.

Taulukko 1. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma (Lehto, ym., 2019 mukaillen)

| | |
|--|--|
| Asukkaan omat käsitykset, ajatukset, toiveet ja pelot | <ul style="list-style-type: none"> • Asukkaan suhtautuminen sairauteen ja ennusteeseen • Asukkaan toiveet elämänlaadun kannalta • Asukkaan toiveet ja pelot elämän loppuvaiheessa • Lähiomaisen tiedot • Hoitotahto (jos sellainen on tehtynä) |
| Hoidon tavoitteet | <ul style="list-style-type: none"> • Hoitolinja • Oireiden hallinta • Psykososiaaliset tarpeet |
| Hoitomenetelmät | <ul style="list-style-type: none"> • Annettavat hoidot • Oireiden lääkehoito ja lääkkeetön hoito • Psykososiaalinen tuki |
| Hoidon rajaukset | <ul style="list-style-type: none"> • Elvytys • Tehohoito • Hengitystuki • Tutkimukset ja toimenpiteet • Nesteytys- ja ravitsemushoito • Sairaalasiirrot |
| Hoito-ohjeet | <ul style="list-style-type: none"> • Hoidosta vastaava yksikkö • Yhteystaho virka-aikana ja sen ulkopuolella • Saattohoidon tuki (esim. kotisairaala) • Edellytykset hoitaa ympärivuorokautisen hoidon yksikössä • Lääkityksen saatavuus • Oirehoidon osaaminen • Suunnitelmat erilaisten akuuttitilanteiden varalle (esim. infektiot, sydäntapahtumat, akuutti sekavuus) • Ympärivuorokautinen konsultaatio • Kotisairaalan yhteystiedot • Läheisten tuen järjestäminen |

Monien muistisairaiden hoito on elämän loppuvaiheessa epäoptimaalista. Käytännössä tämä tarkoittaa mm. liian raskaita hoitoja ennusteeseen nähden, puutteita palliatiivisessa

hoidossa sekä heikkoa kivun ja oireiden hoitoa. (Sellars, ym., 2019.) Hoidon laatua voitaisiin parantaa laatimalla iäkkäälle ajoissa yhdessä hänen läheistensä kanssa elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma (Kangasniemi, 2021). Ennakoivan hoitosuunnitelman tarkoituksena on myös pyrkiä varmistamaan, että muistisairaalle tarjottava hoito on hänen omien arvojensa, mieltymystensä ja toiveidensa mukaista (Sellars, ym., 2019).

Vuonna 2017 käynnistyi laaja, kansallinen kehittämistyö, jonka tarkoituksena oli kehittää Suomessa palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa. Kehittämistyön aikana STM:n ja THL:n työryhmät laativat yhdessä suositukset, joissa on määritelty palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laatukselle. (THL, 2023d.) Osana näitä suosituksia THL on laatinut suosituksen iäkkäiden sosiaalihuollon palliatiivisen hoidon palveluille, jossa laatukselle 5-7 käsittelevät ennakoivaa hoitosuunnitelmaa (THL, 2023e). Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelman laatimista pidetään erittäin tärkeänä myös palliatiivisen hoidon ja saattohoidon Käypä hoito -suosituksissa (Palliatiivinen hoito ja saattohoito, Käypä hoito -suositus. 2019).

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa aiempaan tutkimustietoon perustuva integratiivinen kirjallisuuskatsaus elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman hyödyistä ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa.

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää ja parantaa elämän loppuvaiheen hoitoa vanhus-ten pitkäaikaishoidossa. Työn tilaajana oli Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen hoivapalvelut, mutta opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kaikilla hyvinvointialueilla ennakoivan hoitosuunnitelman käyttöönoton suunnittelussa ja toteutuksessa vanhusten pitkäaikaishoidossa.

Opinnäytetyön tutkimuskysymys on:

1. Minkälaisia hyötyjä ennakoivan hoitosuunnitelman käytöstä on ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa?

4 Kirjallisuuskatsaus opinnäytetyön menetelmänä

Kirjallisuuskatsaus on tutkimusmenetelmä, jonka avulla voidaan tutkia, arvioida, tulkita ja yhdistää jo olemassa olevaa tietoa. (Vilkkä, 2023 :10). Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on kehittää ja tuottaa uutta teoriaa (Salminen, 2011 :3). Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena voi olla myös esimerkiksi uusien suositusten tuottaminen, käytänteiden ohjaaminen tai erilaisten menetelmien ja työkalujen löytäminen (Vilkkä, 2023 :10).

4.1 Integratiivinen kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen metodit jaetaan perinteisesti kolmeen päätyyppiin, jotka ovat kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi (Salminen, 2011 :6). Kuvailevia kirjallisuuskatsauksia on kahdenlaisia; narratiivinen ja integroiva kirjallisuuskatsaus. (Salminen, 2011 :6). Integroivasta kirjallisuuskatsauksesta käytetään myös nimitystä integratiivinen kirjallisuuskatsaus.

Silloin kun tutkittavaa asiaa halutaan kuvata mahdollisimman laajasti ja monipuolisesti, käytetään integratiivista kirjallisuuskatsausta (Salminen, 2011 :8). Integratiivinen kirjallisuuskatsaus on perinteistä narratiivista katsausta järjestelmällisempi ja kriittisempi ja siinä on monia yhtäläisyyksiä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kanssa (Vilkkä, 2023 :21), mutta se ei ole yhtä kriittinen mukaan valittavien tutkimusten suhteen kuin systemaattinen katsaus. Integratiivinen katsaus mahdollistaakin eri menetelmin tehtyjen tutkimusten mukaan ottamisen, jolloin katsaus tarjoaa paljon laajemman kuvan tutkittavasta aiheesta. (Salminen, 2011 :8.)

Palliativisesta hoidosta ja saattohoidosta löytyy laajasti tutkittua tietoa ja ennakoiva hoitosuunnitelma mainitaan usein osana näitä tutkimuksia. Koska aiheesta löytyy paljon julkaistua tietoa ja tutkimuskysymykseen vastaaminen vaatii systemaattisempaa otetta kuin mitä narratiivinen kirjallisuuskatsaus mahdollistaisi, toteutettiin tämä opinnäytetyö integratiivisena kirjallisuuskatsauksena.

4.2 Aineiston hankinta

Opinnäytetyön alussa määriteltiin opinnäytetyön kannalta oleelliset asiasanat sekä sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

Hoito- ja lääketieteen tutkimuksessa käytetään apuna PICO-mallia (Patient/Population, Intervention, Comparison ja Outcome). Sen avulla tutkija tunnistaa tutkimuskysymyksen kannalta oleelliset asiasanat, joita tarvitaan kysymyksenasettelussa ja tiedonhaussa. (Vilka, 2023 :43.) Koska tässä opinnäytetyössä ei ollut tarvetta tehdä vertailua, jätettiin ”Comparison” pois, jolloin asiasanat listattiin PIO-mallin mukaisesti. Tämän tutkimuksen kannalta oleelliset asiasanat on listattu taulukkoon 2.

Taulukko 2. Asiasanat PIO-mallia mukaillen

| Patient/Population (potilas/asukas/asiakas) | Intervention (toimenpiteet/hoito) | Outcome (tulos, lopputulos) |
|--|---|--|
| Asukas Asiakas Ikääntyneet Ikääntynyt Potilas Vanhus | Ennakoiva hoitosuunnitelma Elämän loppuvaihe Kotihoito Kotisairaala Laitoshihoito Osastohoito Palliativinen hoito Pitkäaikaishoito Palveluasuminen Saattohoito Tehostettu palveluasuminen | Elämänlaatu Hyöty Haitta Hyvä hoito Huono hoito Hoidon laatu Hyvä kuolema Kuolema Turvallisuus Turvattomuus Tyytyväisyys Tyytymättömyys |
| Customer Elderly Old people Older adults Old age Geriatric Patient Resident | ACP Advanced care plan Elderly care End of life Hospice Home care Hospital in home Home hospital High dependency sheltered housing Intensive care housing Long-term care Palliative care | Benefit Disadvantage Death Dissatisfaction Good care Good death Insecurity Poor care Quality of care Quality of life Safety Satisfaction Unhappy |

Kirjallisuuskatsauksessa sisäänotto- ja poissulkukriteerien määrittäminen ennen tiedonhaun aloittamista on tärkeää tutkimuksen luotettavuuden ja laadun varmistamiseksi. Kriteerien määrittäminen kirjallisesti tekee tutkimuksen läpinäkyväksi ja toistettavaksi, mikä niin ikään on tärkeää tutkimuksen arvioitavuuden ja luotettavuuden kannalta. Kriteerien asettaminen auttaa tutkijaa myös varmistamaan, että sisällytetyt tutkimukset vastaavat tutkimuskysymykseen ja tutkimuksen tavoitteisiin. (Vilka, 2023: 56—57.) Opinnäytetyön sisäänotto ja poissulkukriteerit on esitelty taulukossa 3.

Taulukko 3. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

| Sisäänottokriteerit | Poissulkukriteerit |
|---|--|
| Käsittelee ikääntyneiden hoitoa | Käsittelee muiden ikäluokkien hoitoa |
| Käsittelee ikääntyneiden palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa | Käsittelee muiden ikäluokkien palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa |
| Käsittelee ikääntyneiden elämän loppuvaiheen ennakoivaa hoitosuunnitelmaa | Käsittelee muiden ikäluokkien elämän loppuvaiheen ennakoivaa hoitosuunnitelmaa |
| Käsittelee ikääntyneiden pitkäaikaishoitoa | Käsittelee muiden ikäluokkien pitkäaikaishoitoa |
| Vuoden 2013 jälkeen julkaistut tutkimukset | Ennen vuotta 2013 julkaistut tutkimukset |
| Suomen- ja englanninkieliset | Muut kielet |
| Vertaisarvioitu | Ei vertaisarvioitu |
| Saatavilla koko tekstinä | Ei koko tekstiä saatavilla |

Sisäänotto – ja poissulkukriteereissä aineiston sisältö rajattiin selkeästi hoitotieteisiin ja terveydenhoitoon, jonka vuoksi opinnäytetyön aineiston haussa päädyttiin käyttämään yleisesti hyväksytyjä tietokantoja MetCat Finna, PubMed ja CINAHL. Opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa lopullisten hakulausekkeiden muodostamista varten tehtiin useita koehakuja valituissa tietokannoissa. Hakulausekkeitä muodostettiin käyttämällä PIO-mallissa määritettyjä asiasanoja ja hakuja rajattiin sisäänotto- ja poissulkukriteerien mukaisesti. Hakulausekkeitä muodostettiin sekä suomeksi että englanniksi, koska opinnäytetyöhön haluttiin mukaan sekä suomalaisia että kansainvälisiä tutkimuksia aiheesta. Opinnäytetyössä käytettävillä lopullisilla hakulausekkeilla saadut tulokset olivat määrällisesti opinnäytetyöhön sopivat ja niiden sisältö vastasi aineistolle asetettuihin vaatimuksiin. Suomenkielisessä hakulausekkeessa rajaaminen tiettyyn ikäryhmään vähensi huomattavasti osumien määrää, jonka vuoksi suomenkielisestä hakulausekkeesta päädyttiin jättämään tämä rajaus kokonaan pois. Koehakujen aikana huomattiin myös, että asiasanojen rajaaminen hakulausekkeissa ja hakulausekkeiden pitäminen lyhyinä tuotti sisällöllisesti tarkoituksenmukaisempia osumia.

MetCat Finnassa käytettävä hakulauseke oli suomenkielinen ja PubMedissa ja CINAHL:issa englanninkielinen. Opinnäytetyössä käytetyt hakulausekkeet ovat:

palliativinen OR saattohoito OR "loppuelämän hoito" OR kuolema OR "elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma"

ACP OR "advanced care plan" AND geriatric

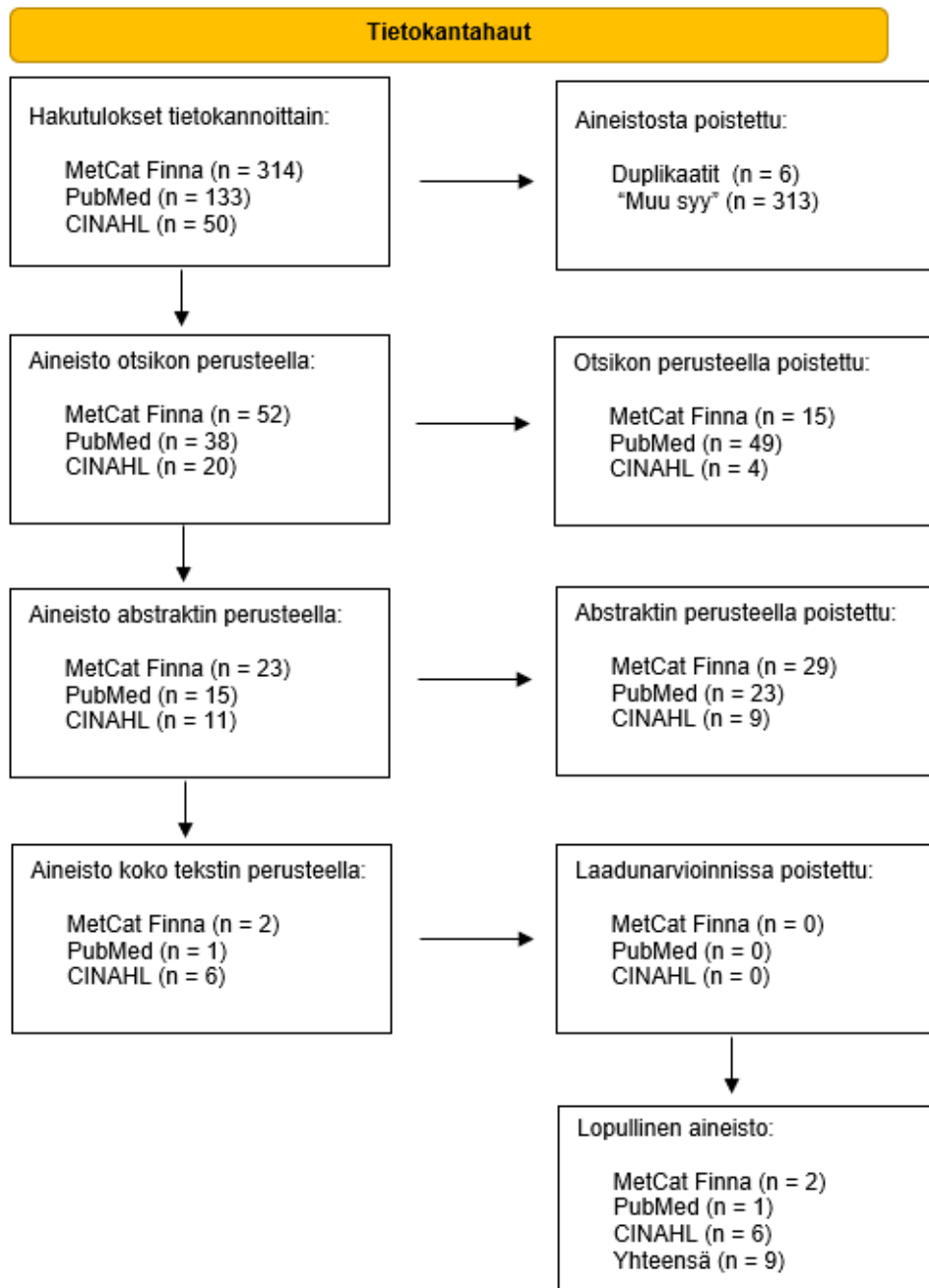
Lopulliset kirjallisuuskatsauksen hakulausekkeet ja hakutulokset tietokannoittain esitetään taulukossa 4.

Taulukko 4. Hakulausekkeet ja kirjallisuushaut tietokannoittain

| Tietokanta | Hakulauseke | Hakutulos | Rajaukset | Rajattu hakutulos |
|---------------------------------------|--|-----------|---|-------------------|
| MetCat Finna (kirjaston kokoelmat) | palliativinen OR saattohoito OR "loppuelämän hoito" OR kuolema OR "elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma" | 1 875 | englanti/suomi lehti/artikkeli/pro gradu/väitöskirja/teksti, muu 2013-2024 | 314 |
| PubMed | ACP OR "advanced care plan" AND geriatric | 454 | Abstract, Free full text, Full text English, Finnish Age Groups: Aged: 65+ years, 80 and over: 80+ years Publication Date: 2013-2024 | 133 |
| CINAHL Complete | ACP OR "advanced care plan" AND geriatric | 2872 | Full Text, Abstract available Peer Reviewed English Age Groups: Aged: 65+ years, Aged, 80 and over Publication Date: Last ten years | 50 |

Tietokantahakujen tulokset käytiin läpi systemaattisesti. Ensimmäisessä vaiheessa poistettiin dublikaatit (n=6) sekä sellaiset artikkelit, jotka eivät otsikon perusteella käsitelleet

tämän opinnäytetyön tutkimusaihetta (n=313). Tämän jälkeen aineisto käytiin läpi otsikotasolla ja aineistosta poistettiin tutkimukset, jotka eivät vastanneet sisäänotto- ja pois-sulkukriteereitä. Seuraavaksi aineisto käytiin läpi tiivistelmätasolla ja aineistosta poistettiin tutkimukset, jotka eivät vastanneet asetettuun tutkimuskysymykseen. Viimeisessä vaiheessa käytiin läpi koko teksti ja lopulliseen aineistoon valittiin ne tutkimukset, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen, yhteensä 9 kappaletta. Kirjallisuuskatsauksen aineiston valinta on kuvattu Prisma Flow diagrammissa kuviossa 5.



Kuvio 5. Prisma Flow diagrammi kirjallisuuskatsauksen aineistovalinnasta (Page ym. 2020).

4.3 Aineistohallintasuunnitelma

Keskeinen osa tutkimussuunnitelmaa on tehdä aineistohallintasuunnitelma. Aineistohallintasuunnitelman tarkoituksena on tutkimusaineiston turvaaminen sekä aineiston jatkokäytön mahdollisuus. Lisäksi aineistohallintasuunnitelmalla varmistetaan, että opinnäytetyössä noudatetaan hyviä tieteellisiä käytäntöjä. (Tietoarkisto, 2024)

Tässä opinnäytetyössä aineistohallintasuunnitelma sisältää tiedot tutkimusaineiston hankinnasta (käytetyt tietokannat ja hakulausekkeet) ja kerätyn aineiston käytöstä (lähdeviittaukset). Aineiston keruu on esitetty opinnäytetyössä selkeästi ja ymmärrettävästi (Prisma Flow, katsaukseen valittu aineisto liitteenä) ja käytetyt lähteet on kirjattu asianmukaisesti lähdeluetteloon. Kerätyn aineiston sisältö tallennettiin opinnäytetyön tekijän omalle tietokoneelle siltä osin mitä tähän opinnäytetyöhön sisällytettiin, muuten tutkimusaineistoa ei ollut tarpeen erikseen kerätä tai tallentaa lähdesijainnin ulkopuolelle. Taulukossa 5 esitellään tämän opinnäytetyön aineistohallintasuunnitelma.

Taulukko 5. Aineistohallintasuunnitelma (Tietoarkisto, 2024 mukailen)

| Aineisto | |
|---|---|
| Kerättävä aineisto ja keräystapa | <ul style="list-style-type: none"> Aineistoa kerätään tekemällä hakuja yleisesti hyväksytyistä tietokannoista ennalta määritettyjen hakukriteerien mukaisesti. |
| Oikeudet | |
| Tutkimusaineiston omistus-, hallinta- ja tekijänoikeudet ja käyttöoikeudet aineistoon | <ul style="list-style-type: none"> Opinnäytetyön tekijällä on pääsy 3AMK-kirjastojen painetuihin aineistoihin, Metropolian käytössä oleviin lisensoituihin elektronisiin aineistoihin ja valikoituihin vapaan verkon aineistoihin kirjautumalla palveluihin Metropolian verkkotunnuksilla. Opinnäytetyössä käytetään julkaistua aineistoa joka on saavutettavissa lähdeviitteitä seuraamalla. |

| Tietosuoja ja tietoturva | |
|--|---|
| Minkälaista tietoa käsitellään ja miten tieto tallennetaan | <ul style="list-style-type: none"> • Opinnäytetyössä ei käsitellä henkilötietoja eikä se kohdistu suoraan hyvinvointialueen henkilökuntaan, asiakkaisiin tai opinnäytetyön tekijän omaan työpaikkaan. • Kerätyn aineiston sisältöä tallennetaan opinnäytetyön tekijän omalle tietokoneelle siltä osin mitä opinnäytetyö tulee sisältämään, muuten tutkimusaineistoa ei kerätä tai tallenneta lähdesijainnin ulkopuolelle. |
| Tiedostoformaatit ja ohjelmistot | |
| Käytettävät ohjelmistot ja tallennusmediat | <ul style="list-style-type: none"> • Opinnäytetyö tehdään käyttämällä Microsoft Word tekstinkäsittelyohjelmaa. • Opinnäytetyön versiot ja liitteet tallennetaan opinnäytetyöntekijän henkilökohtaiseen OneDrive pilvipalveluun. |
| Aineiston käsittelyn ja sisällön kuvaus | |
| Miten aineiston käsittelyä, keruuta ja sisältöä kuvaava tieto dokumentoidaan | <ul style="list-style-type: none"> • Opinnäytetyö suunnitellaan ja toteutetaan, siitä raportoidaan sekä siinä syntyneet tietoaineistot tallennetaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. • Aineiston keruu ja analysointi kuvataan opinnäytetyössä sekä kirjallisesti että taulukkomuotoisesti. |
| Elinkaari | |
| Mitä aineistolle tapahtuu opinnäytetyön valmistuttua | <ul style="list-style-type: none"> • Valmis opinnäytetyö julkaistaan Theseuksessa ja luovutetaan opinnäytetyön tilaajalle (Vantaan ja Keravana hyvinvointialueen hoivapalvelut). |

4.4 Aineiston laadun arviointi

Aineistolle tehtiin laadunarviointi käyttämällä JBI:n (The Johanna Briggs Collaboration) kehittämää tutkimusten arviointikriteeristöä. Laadunarvioinnilla haluttiin parantaa tämän kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. Tässä opinnäytetyössä arviointikriteeristön lähteenä käytettiin Hotuksen (Hoitotyön tutkimussäätiö) suomentamia arviointikriteeristöjä.

Arviointikriteerit vaihtelivat tarkistuslistan mukaan ja arvioitavana oleva tutkimus määritteli sen, mitä tarkistuslistaa käytettiin (Hotus, 2024). Yhtään tutkimusta ei hylätty laadunarvioinnissa. Katsaukseen valittu aineisto ja laadunarviointi on esitetty taulukossa 6, aineiston arviointiin käytetyt tarkistuslistat on esitetty liitteessä 1.

Taulukko 6. Katsaukseen valittu aineisto

| Tekijät ja vuosiluku | Tutkimusasetelma ja tutkimuksen tarkoitus | Tulokset | Laadunarvioinnin pisteet |
|----------------------|--|---|--------------------------|
| Ding, ym., 2022 | <p>Artikkeli</p> <p>Tutkimus oli osa laajempaa hanketta, joka toteutettiin Länsi-Australian (WA), Queenslandin ja Victorian osavaltioissa Australiassa.</p> <p>Tutkimuksessa käytettiin kahta erilaista tiedonkeruumenettelmää: prospektiivista tapaustutkimusta Länsi-Australiassa ja retrospektiivistä tapaustutkimusta Queenslandin ja Victorian osavaltioissa.</p> <p>Tutkimuksen päätavoitteena oli tutkia suullisten (hoitotahtoa koskevat keskustelut) ja kirjallisten (dokumentoidut hoitotahdot) ennakoivien hoitosuunnitelmien käyttöönottoa ja niihin liittyviä tekijöitä australialaisten yleislääkäreiden näkökulmasta. Toissijaisena tavoitteena oli selvittää erityyppisten ennakoivien hoitosuunnitelmien vaikutusta kuolinpaikkaan.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ennakoivan hoitosuunnitelman puuttumiseen vaikuttivat mm. potilaan asuinpaikka (koti vs. vanhainkoti) sekä hoitavan lääkärin sukupuoli. • Niissä tapauksissa, joissa potilaan lähestyvä kuolema osattiin ennustaa yli 90 vrk etukäteen (vs. alle viikko), kertoi vahvasti sekä suullisten että kirjallisten ennakoivien hoitosuunnitelmien käytöstä. • Yleislääkärit, joilla oli palliatiivisen hoidon /saattohoidon koulutus, käyttivät enemmän suullisia ennakoivia hoitosuunnitelmia. • Potilaan kuoleman pääsiallinen syy, ikä kuollessa ja palvelujen käyttö eivät olleet merkittävästi yhteydessä suullisten tai kirjallisten ennakoivien hoitosuunnitelmien käyttöön. • Potilaat, joilla oli suullinen ennakoiva hoitosuunnitelma, kuolivat todennäköisemmin kotonaan kuin vanhainkodissa. | Lista 1: 9/11 |
| Zhang, ym., 2015 | <p>Artikkeli</p> <p>Yhteisölähtöinen poikkileikkaustutkimus tehtiin Chaoyangin piirin asuinalueella, Pekingissä.</p> <p>Kiinassa on maailman suurin väestömäärä, Väestö ikäännyy yhä enemmän ja kuolemansairaiden potilaiden määrä on todella suuri.</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää alueen vanhusten ajatuksia, asenteita ja toiveita ennakoivaa hoitosuunnitelmaa kohtaan sekä tutkia näihin liittyviä tekijöitä.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Suurin osa tutkimukseen osallistuneista iäkkäistä kykeni edelleen tekemään päätöksiä hoitoonsa liittyen ja suhtautuivat kielteisesti elämää pitkittäviin toimenpiteisiin elämän loppuvaiheen hoidon osalta. • Osallistujien tiedot ja ymmärrys elämän loppuvaiheen suunnittelusta olivat vähäiset. | Lista 2: 6/8 |

| Tekijät ja vuosiluku | Tutkimusasetelma ja tutkimuksen tarkoitus | Tulokset | Laadunarvioinnin pisteet |
|----------------------|--|---|--------------------------|
| Street, ym., 2015 | <p>Artikkeli</p> <p>Tutkimus oli retrospektiivinen poikkileikkaustutkimus. Tutkimuksessa potilaat oli jaettu kahteen ryhmään. Ryhmien henkilöt olivat olleet hoidettavana jossakin tutkimuksessa mukana olleesta kolmesta päivystyspoliklinikasta Eastern Healthissa, Victorian osavaltiossa, Australiassa.</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli määrittää ennakoivan hoitosuunnitelman yleisyys niiden ikääntyneiden ihmisten keskuudessa, jotka saapuvat päivystykseen joko kotoaan (kotihoito, omaishoitaja tms.) tai vanhustenhoitolaitoksesta.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ensisijaiset tulokset koskivat päivystyspoliklinikalla oleskelun pituutta, päivystyspoliklinikalla tehtyjä tutkimuksia ja annettua hoitoa sekä päivystyspoliklinikalta kotiutumista. Toissijaisia tuloksia olivat sairaalahoidon kesto ja uudelleen tulo päivystyspoliklinikalle tai sairaalaan takaisinotto. • Ennakoivan hoitosuunnitelman olemassaololla ei ollut merkittävää merkitystä potilaiden sairaalassaoloaikojen mediaanissa, päivystyspoliklinikalla tehtyjen tutkimusten ja toimenpiteiden määrässä, lääkärin vastaanotolla oloaikojen määrässä tai sairaalahoitoon joutumisen määrässä. • Sairaalassaoloaika oli lyhyempi potilailla, joille oli tehty ennakoiva hoitosuunnitelma. • Ennakoivalla hoitosuunnitelmalla ei ollut vaikutusta päivystyksessä tehtyihin hoitopäätöksiin. | Lista 1: 9/11 |
| Shinohara, ym., 2023 | <p>Artikkeli</p> <p>Tutkimus oli osa ”<i>Visualizing Effectiveness of Nursing & Long-term Care (VENUS)</i>” -hanketta. VENUS-hanke oli prospektiivinen kohorttitutkimus pitkäaikaishoidon laadun arvioimiseksi kotihoitopalveluissa Japanissa. Hankkeeseen osallistui 47 kotisairaanhoidopalvelua eri puolilta Japania. Mukana oli 23 toimistoa kansalliselta pääkaupunkiseudulta (Tokio ja seitsemän sitä ympäröivää prefektuuria) ja 24 toimistoa muilta alueilta.</p> <p>Tutkimuksessa selvitettiin, onko ennakoivalla hoitosuunnitelmalla vaikutusta ikääntyneiden, kotihoitoa saavien henkilöiden omaishoitajien turvallisuudentunteeseen. Tutkimuksessa selvitettiin myös, oliko omaishoitajien sukulaisuussuhteella ikääntyneeseen (puoliso tai aikuiset lapset) vaikutusta asiaan.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Tutkimuksessa todettiin ennakoivan hoitosuunnitelman olemassaolon parantavan omaishoitajana toimivan puolison turvallisuudentunnetta, mutta sillä ei ollut vaikutusta omaishoitajana toimivien aikuisten lasten turvallisuudentunteeseen. • Tulokset viittasivat siihen, että vaikka ennakoiva hoitosuunnitelma saattaa tukea puolisojen toiveita jatkaa elämäänsä kumppaninsa kanssa kotona kotihoidon turvin, aikuisten lasten kohdalla lisätuen tarve (ennakoivan hoitosuunnitelman lisäksi) voi olla tarpeen heidän turvallisuudentunteensa parantamiseksi ja ylläpitämiseksi. | Lista 1: 9/11 |

| Tekijät ja vuosiluku | Tutkimusasetelma ja tutkimuksen tarkoitus | Tulokset | Laadunarvioinnin pisteet |
|-----------------------------|---|--|--------------------------|
| Karen Harrison Dening, 2023 | <p>Artikkeli</p> <p>Kirjoittaja tarkastelee artikkelissaan tekijöitä, joiden avulla ennakoiva hoitosuunnitelma voitaisiin saada paremmin osaksi dementiaa sairastavien sekä heidän läheistensä hoitoa ja huolenpitoa.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarjoamiseen dementoituneille liittyä monia haasteita, joista osaa voitaisiin vähentää hyödyntämällä ennakoivaa hoitosuunnitelmaa hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. | Lista 3: 6/6 |
| Garland, ym., 2022 | <p>Artikkeli</p> <p><i>"Unblinded, parallel-group, cluster randomised study"</i> (satunnaistettu kontrolloitu tutkimus) johon osallistui 713 asukasta 29 kanadalaisessa hoitokodissa.</p> <p>Tutkijat olivat kehittäneet <i>"BABEL (Better tArgeting, Better outcomes for frail ELderly patients)"</i> -metodin ennakoivan hoitosuunnitelman tekemiseen. Tutkimuksessa kuvattiin BABEL ACP -kokeilun tuloksia Kanadan terveystalveissa.</p> | <p>Kokeilun myötä:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ennakoivien hoitosuunnitelmien käyttö lisääntyi Mikrobilääkkeiden käyttö väheni Henkilöstön tietämys ja osaaminen keskustelujen käymisestä liittyen ennakoivaan hoitosuunnitelmaan parani Ennakoivien hoitosuunnitelmien dokumentointi potilastietoihin parani. | Lista 4: 11/13 |
| Gilissen, ym., 2018 | <p>Artikkeli</p> <p>Tutkimus toteutettiin käyttämällä <i>"The Theory of Change"</i> -menetelmää. Menetelmän avulla luotiin <i>"The Theory of Change map"</i> (ToC-kartta), jonka avulla tutkijat pyrkivät havainnollistamaan, miten, miksi ja missä olosuhteissa ennakoivan hoitosuunnitelman odotetaan toimivan hoitokodeissa. Tämän lähestymistavan avulla tutkijat yhdistivät sidosryhmien kanssa järjestettyjen kahden työpajan tulokset kontekstianalyysin ja systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tuloksiin. Kirjallisuuskatsaus oli julkaistu erikseen eikä sen toteutusta käsitelty tässä artikkelissa.</p> <p>Tutkijat halusivat selvittää mitä muutoksia odotetaan ja miten, minkä prosessien kautta ja missä olosuhteissa liittyen ennakoivan hoitosuunnitelman käyttöön hoitokodeissa.</p> | <p>Tutkimuksessa tunnistettiin kaksi pitkän aikavälin tavoitetta, jotka ennakoivalla hoitosuunnitelmalla voidaan saavuttaa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Parantaa asukkaiden toiveiden ja heidän saamansa hoidon ja hoivan välistä vastaavuutta. Voidaan varmistaa, että asukkaat ja heidän omaisensa tuntevat olevansa mukana suunnittelemassa tulevaa hoitoa ja luottavat siihen, että hoito on heidän toiveidensa mukaista. | Lista 2: 5/8 |

| Tekijät ja vuosiluku | Tutkimusasetelma ja tutkimuksen tarkoitus | Tulokset | Laadunarvioinnin pisteet |
|---------------------------------------|--|---|--------------------------|
| Anttonen & Mäki-Petäjä-Leinonen, 2022 | <p>Artikkeli</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten yli 65-vuotiaat kotisaattohoidossa olevat ja heidän läheisensä kokevat oikeuksiensa toteutuvat sosiaali- ja terveystalveissa.</p> <p>Tutkimus toteutettiin haastatteluin ja tulokset analysoitiin temaattisella sapluuna-analyysillä. Tutkimuksen kokonaisaineisto koostui 38 teemahaastattelusta, joista tutkimusartikkeliin oli valittu mukaan 24 haastattelua.</p> | <p>Tulokset oli eritelty positiivisiin ja negatiivisiin kokemuksiin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haastateltavien positiiviset kokemukset liittyivät hyvään kohteluun, kokonaisvaltaisen tuen saamiseen, palveluiden saatavuuteen ja niiden laatuun sekä informaatioon ja neuvontaan. • Negatiiviset kokemukset liittyivät huonoon kohteluun, tuen puuttumiseen, tiedon saannin ongelmiin sekä tutkimusten ja hoidon aloittamiseen liittyviin viiveisiin. • Hoitohenkilökunnan palliatiivisen- ja saattohoidon osaamisella ja vuorovaikutustaidoilla on suuri merkitys onnistuneessa kotisaattohoidossa. | Lista 5: 9/10 |
| Lehto & Sainio, 2020 | <p>Artikkeli</p> <p>Artikkelissa tarkastellaan palliatiivista hoitoa asiakkaiden ja heidän läheistensä näkökulmasta. Artikkelissa nostetaan esille myös hoitohenkilöstön osaamista ja koulutustarpeita sekä tulevaisuuden kehittämistarpeita.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Tutkimuksissa on todettu, että koti ympäristönä on palliatiivisessa- tai saattohoidossa olevalle ihmiselle tärkeä. • Koti ja/tai kodinomainen ympäristö lisäävät mm. asiakkaan hyvinvointia sekä ylläpitää hyvää elämänlaatua pidempään. • Kotona tapahtuva palliatiivinen- ja saattohoito vähentää päivystyslunonteista hoidontarvetta ja sitä myöten vähentää terveydenhuollon kustannuksia. | Lista 3: 5/6 |

Laadunarvioinnissa käytetyt JBI tarkistuslistat:

Lista 1: Kriittisen arvioinnin tarkistuslista kohorttitutkimukselle

Lista 2: Arviointikriteerit poikkileikkaustutkimukselle

Lista 3: Arviointikriteerit asiantuntijoiden näkemykselle ja narratiiviselle tekstille

Lista 4: Kriittisen arvioinnin tarkistuslista satunnaistetulle kontrolloidulle tutkimukselle

Lista 5: Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle

4.5 Aineiston analysointi

Integratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa kerättävä aineisto on usein laaja ja monipuolinen. Jotta tutkittavasta ilmiöstä saadaan aikaan yhtenäinen ja selkeä kokonaisuus, jonka avulla tutkittavasta asiasta voidaan tehdä johtopäätöksiä, on aineiston pelkistäminen ja tiivistäminen välttämätöntä. (Puusa & Juuti, 2020 :144.) Tämän vuoksi tässä opinnäytetyössä aineiston analysointi tehtiin käyttämällä aineistolähtöistä sisällönanalyysia.

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on menetelmä, jossa yhdistellään sekä laadullista että määrällistä aineistoa ja analyysia, jolloin se mahdollistaa aineiston tarkastelun monipuolisesti (Puusa & Juuti, 2020 :143). Analyysi lähtee aina liikkeelle aineistosta ja se etenee vaiheittain. (Vilkkä, 2021 :112). Analyysin toteutukseen kuuluu useita vaiheita: ”*aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston kategorisointi ja teemoittelu sekä tulkinta*”. (Puusa & Juuti, 2020 :144)

Koska tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli etsiä ja nostaa esille tutkimuskysymyksen vastauksen kannalta oleellisia tekijöitä, oli teemoittelu analyysimenetelmänä paras tähän tarkoitukseen. Teemoittelun tarkoituksena on nostaa aineistosta esille tutkimuksen kannalta oleellisia asiakokonaisuuksia. (Juhila, 2021) Teemat voivat olla aineistosta nousevia uusia teemakokonaisuuksia, tai aineiston keruuvaiheessa määriteltyjen teemojen mukaisia. (Puusa & Juuti, 2020 :149) Aineistosta nostetaan esiin tutkimuskysymyksen kannalta oleellisia teemoja ja samankaltaiset ja samaa tarkoittavat asiat yhdistellään samoihin alaluokkiin. Samaa tarkoittavista alaluokista muodostetaan yläluokkia ja niistä edelleen pääluokkia. Luokkien muodostamista voidaan jatkaa niin pitkään kuin se on aineiston kannalta tarpeellista ja mahdollista. Analyysia tehdessä tutkijan tulee noudattaa erityistä huolellisuutta siinä, ettei tutkijan omat ennako-oletukset vaikuta luokitteluun (Puusa & Juuti, 2020 :149.)

Teemoittelu aloitettiin lukemalla katsaukseen valittu aineisto läpi ja jokainen mukaan valittu artikkeli luettiin useamman kerran. Artikkeleissa esitellyistä tutkimustuloksista nostettiin esiin ilmauksia, jotka liittyivät ennakoivan hoitosuunnitelman käytön hyötyihin. Esille nostetut ilmaukset ryhmiteltiin sisältölähtöisesti lukemalla tekstistä mihin asiaan (hyötyyn) ilmaisussa viitattiin.

Teemoittelusta nousi esille neljä pääteema: **hoidon laatu** (Ding, ym., 2022; Anttonen & Mäki-Petäjä-Leinonen, 2022; Gilissen, ym., 2018), **kustannustehokkuus** (Garland, ym., 2022; Street, ym., 2015), **itse määräämisoikeus** (Zhang, ym., 2015; Gilissen, ym., 2018) sekä **omaisten huomioiminen** (Lehto & Sainio, 2020; Harrison Dening, 2022; Shinohara, ym., 2023; Ding, ym., 2022; Gilissen, ym., 2018; Anttonen & Mäki-Petäjä-Leinonen, 2022.) Osa teemoittelussa esitetyistä ilmauksista sisälsi useamman teeman, jolloin sama lähde esiintyy useammassa sarakkeessa. Teemoittelu tuloksineen on esitelty taulukossa 7.

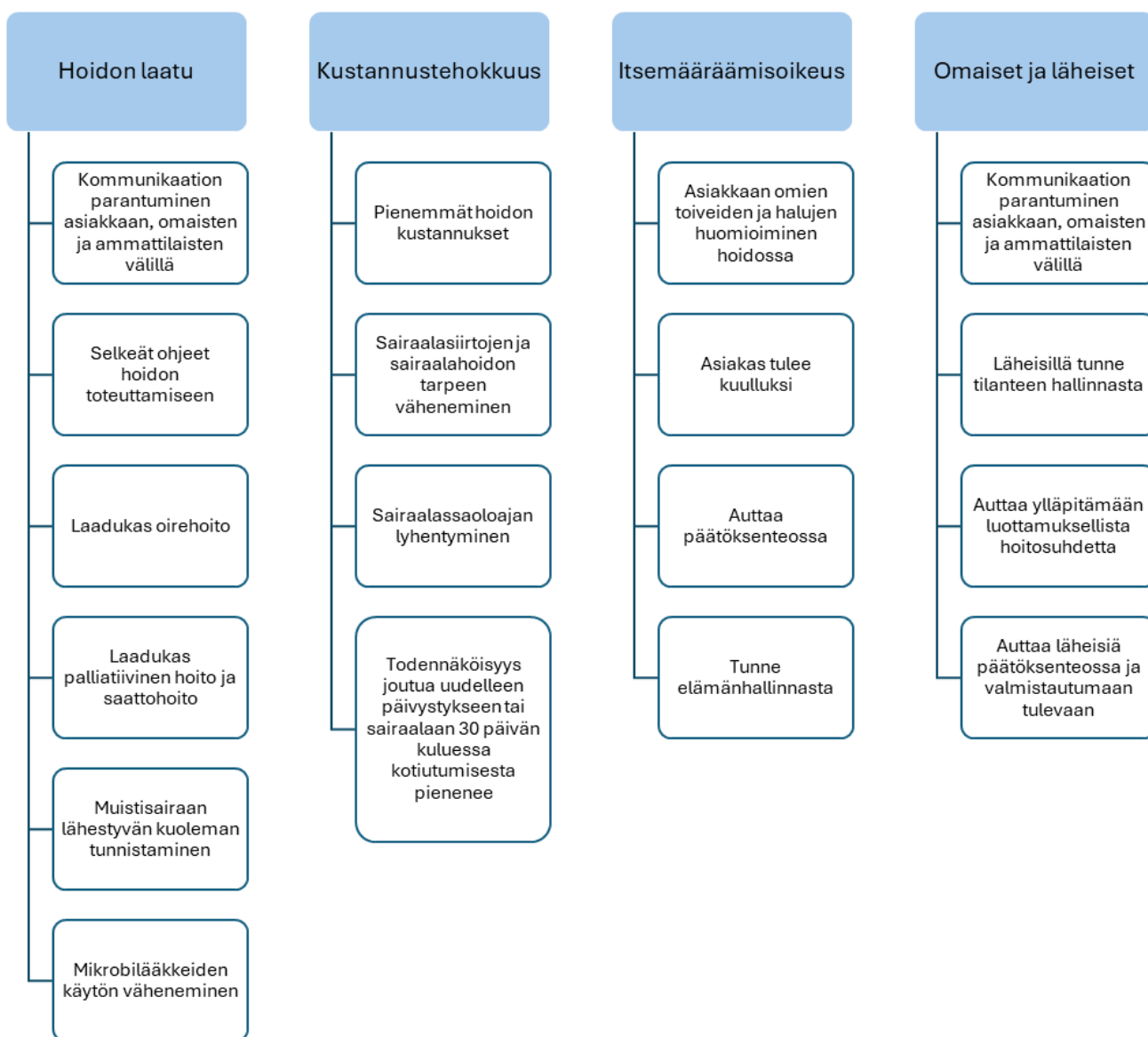
Taulukko 7. Teemoittelun tulokset

| Lähde | Tutkimuksista esiin nousseita hyötyjä | Teemat |
|---|--|---------------------------|
| <p>Ding, Cook, Saunders, Chua, Licqurish, Mitchell, & Johnson, 2022</p> <p>Anttonen & Mäki-Petäjä-Leinonen, 2022</p> <p>Gilissen, Pivodic, Gastmans, Vander Stichele, Deliens, Breuer & Van den Block, 2018</p> | Mikrobilääkkeiden käytön väheneminen tutkimukseen osallistuneissa hoitokodeissa. | Hoidon laatu |
| | Hoitopäätösten tekeminen helpottuu (ammattilaisilla). | |
| | Kuoleman lähestyminen pystytään ennakoimaan paljon aikaisemmin. | |
| | Ennakoiva hoitosuunnitelma on hyödyllinen opas hoitopäätöksiä tehtäessä silloin, kun potilasta ei ole mahdollista kuulla. | |
| | Ennakoiva hoitosuunnitelma tarjoaa perustan jatkuville keskusteluille ja päivittäisten hoitosuunnitelmien tarkistamiselle. | |
| | Saadun hoidon ja omien toiveiden ja mieltymysten parempi kohtaaminen. | |
| | Oireenmukaisen lääkehoidon toteutuminen (esim. kipuun). | |
| | Mahdollistaa laadukkaan saattohoidon. | |
| | Ennakoiva hoitosuunnitelma auttaa ennakoimaan tulevia tilanteita ja auttaa niissä toimimisessa. | |
| <p>Garland, Keller, Quail, Boscart, Heyer, Ramsey, Vucea, Choi, Bains, King, Oshchepkova, Kalashnikova, Kroetsch, Steer, & Heckman, 2022</p> <p>Street, Ottmann, Johnstone, Considine & Livingston, 2015</p> | Vähemmän siirtoja sairaalaan tai päivystyspoliklinikalle. | Kustannustehokkuus |
| | Henkilöstön ajankäytön optimoiminen. | |
| | Sairaalassaoloaika lyheni huomattavasti niillä potilailla joilla oli ennakoiva hoitosuunnitelma. | |

| | | |
|--|--|----------------------------|
| Zhang, Ning, Zhu, Liu, Li & Liu, 2015 | Omien toiveiden ja mieltymysten toteutuminen hoidossa ja hoivassa silloin kun niitä ei enää itse pysty kertomaan. | Itsemääräämisoikeus |
| Gilissen, Pivodic, Gastmans, Vander Stichele, Deliens, Breuer & Van den Block, 2018 | Mahdollisuus tehdä päätöksiä koskien omaa terveyttä ja hoitoa. | |
| | Mahdollisuus kieltäytyä elämää pitkittävästä hoidosta. | |
| Harrison Dening, 2022 | Saadun hoidon ja omien toiveiden ja mieltymysten parempi kohtaaminen. | |
| | Asukkaat ja omaiset tuntevat olevansa mukana hoidon suunnittelussa ja luottavat siihen, että elämän loppuvaiheen hoito vastaa heidän toiveitaan. | |
| Lehto & Sainio, 2020 | Omaishoitajien ja läheisten vastuu päätöksenteosta helpottuu. | Omaiset ja läheiset |
| Harrison Dening, 2022 | Ennakoiva hoitosuunnitelma lisää omaishoitajien turvallisuudentunnetta. | |
| Shinohara, Sakka, Yasaka, Inagaki, Fukui, Noguchi-Watanabe, Igarashi & Yamamoto-Mitani, 2023 | Ennakoiva hoitosuunnitelma tarjoaa perustan jatkuville keskusteluille ja päivittäisten hoitosuunnitelmien tarkistamiselle. | |
| Ding, Cook, Saunders, Chua, Licqurish, Mitchell, & Johnson, 2022 | Asukkaat ja omaiset tuntevat olevansa mukana hoidon suunnittelussa ja luottavat siihen, että elämän loppuvaiheen hoito vastaa heidän toiveitaan. | |
| Gilissen, Pivodic, Gastmans, Vander Stichele, Deliens, Breuer & Van den Block, 2018 | Omaisten huomioiminen palliatiivisissa hoitopäätöksissä. | |
| | Kuoleman jälkeisen keskusteluavun järjestäminen omaisille. | |
| Anttonen & Mäki-Petäjä-Leinonen, 2022 | Ennakoiva hoitosuunnitelma auttaa ennakoimaan tulevia tilanteita ja auttaa niissä toimimisessa. | |

5 Tulokset

Aineistosta nousi esille neljä teemaa, jotka vastasivat tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykseen, ”Minkälaisia hyötyjä ennakoivan hoitosuunnitelman käytöstä on ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa?”. Vastaukset liittyivät ikääntyneiden pitkäaikaishoidon laatuun, kustannustehokkuuteen, pitkäaikaishoidon asiakkaiden itsemääräämisoikeuden toteutumiseen sekä omaisten merkitykseen iäkkäiden pitkäaikaishoidossa. Teemat ja tuloksista esiin nousseet hyödyt on esitelty kuviossa 6.



Kuvio 6. Hyödyt ennakoivan hoitosuunnitelman käytöstä ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa

5.1 Hoidon laatu paranee

Säännölliset keskustelut ammattilaisten, asiakkaiden ja heidän läheistensä välillä ovat tärkeitä, koska niiden avulla asiakkaan omat toiveet ja arvot saadaan selville (Ding, Cook & Saunders, 2022 :1920). Sairauksista, hoidoista ja niihin liittyvistä asioista tulisi käydä keskustelua aina kun se on ajankohtaista (Anttonen & Mäki-Petäjä-Leinonen, 2022 :37). Ennakoivan hoitosuunnitelman tekemisessä ei siis ole kyse pelkästään kirjallisesta toiveiden ja hoitolinjausten dokumentoinnista, vaan siinä on kyse ammattilaisten mahdollisuudesta käynnistää ja käydä keskusteluja, jotka liittyvät kuolemaan, kuolemiseen, suuruun ja tulevaan läheisen menetykseen (Dening, 2022 :64). Nämä keskustelut lisäävät asiakkaiden tunnetta oman elämänsä hallinnasta ja auttavat ylläpitämään luottamuksellista suhdetta hoitohenkilökunnan kanssa (Ding, Cook & Saunders, 2022 :1920).

Esimerkiksi muistisairaalle voi olla vaikeaa ilmaista toiveitaan ja tarpeitaan. Aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että muistisairaille annetaan mm. vähemmän lääkehoitoa kuin muille kuolemaan johtavaa sairautta sairastaville (esim. syöpäsairaudet), eikä palliativista hoitoa toteuteta samassa mittakaavassa heidän kohdallaan. (Lehto & Sainio, 2020 :44.) Ennakoiva hoitosuunnitelma on hyödyllinen opas hoitopäätösten tekemisessä silloin, kun asiakasta ei ole mahdollista kuulla (Ding, Cook & Saunders, 2022 :1920).

Ding, Cook ja Saunders (2022) olivat tutkimuksessaan todenneet, että ennakoivan hoitosuunnitelman avulla lääkärit pystyivät tunnistamaan potilaan lähestyvän kuoleman jo yli 90 vuorokautta ennen varsinaista kuolemaa (Ding, Cook & Saunders, 2022 :1917). Lähestyvään kuolemaan liittyvien tapahtumien ja niihin liittyvien toimintaohjeiden selkeys ovat laadukkaan saattohoidon perusta. Tämä voidaan saavuttaa tekemällä asiakkaalle ennakoiva hoitosuunnitelma, joka perustuu asiakkaan ja hänen läheistensä tarpeisiin. (Anttonen & Mäki-Petäjä-Leinonen, 2022 :34.) Kanadalaisessa tutkimuksessa todettiin, että hoivakotien asukkaat joille oli tehty ennakoiva hoitosuunnitelma, päätyivät muita harvemmin päivystyspoliklinikalle tai sairaalahoitoon. Samassa tutkimuksessa oli myös todettu, että mikrobilääkkeiden käyttö oli merkittävästi vähäisempää hoivakodeissa, joissa ennakoiva hoitosuunnitelma oli käytössä. (Garland, Keller & Quail, 2022 :3—5.)

Tekemällä pitkäaikaishoidon asiakkaille ennakoivia hoitosuunnitelmia voidaan saavuttaa kaksi pitkän aikavälin tavoitetta: asiakkaiden toiveiden ja heidän saamansa hoidon ja hoivan vastaavuuden parantuminen sekä sen varmistaminen, että asiakkaat ja heidän

omaisensa tuntevat olevansa mukana suunnittelemassa tulevaa hoitoa ja ovat varmoja siitä, että hoito on heidän toiveidensa mukaista (Gilissen, ym., 2018 :10).

5.2 Säästöä kustannuksissa ja resursseissa

Aiemmissä tutkimuksissa oli todettu, että hoidon kustannuksissa, sairaalassa tapahtuneissa kuolemantapauksissa tai saattohoitoon siirtymisessä niiden potilaiden välillä, joille ennakoiva hoitosuunnitelma on tehty ja niiden kenelle sitä ei ole tehty, oli huomattavia eroja (Street, ym. 2015 :520). Sairaalaan lähettämiseen liittyvissä tuloksissa oli eroavaisuuksia kahden tutkimuksen välillä. Kanadassa tehdyssä tutkimuksessa tutkijat olivat todenneet, että päivystykseen lähettäminen oli vähäisempää niissä hoivakodeissa, joissa asukkaille oli tehty ennakoiva hoitosuunnitelma (Garland, ym., 2022 :3—5), kun taas australialaisessa tutkimuksessa tulokset viittasivat siihen, ettei ennakoivan hoitosuunnitelman olemassaololla ollut merkittävää vaikutusta siihen, lähetettiinkö asukas hoivakodista päivystykseen (Street, ym., 2015 :517). Samassa tutkimuksessa oli kuitenkin todettu, että yhtäkään hoivakodin asukasta, jolle ennakoiva hoitosuunnitelma oli tehty, ei siirretty tehohoitoon sairaalassa (Street, ym., 2015 :517). Potilaat joille oli tehty ennakoiva hoitosuunnitelma, sairaalahoidon mediaanipituus oli puolet verrattuna niihin, joille ei ennakoivaa hoitosuunnitelmaa oltu tehty. Myös uusintakäynnit päivystyksessä tai sairaalaan takaisinotto 30 päivän kuluessa oli pienempi niillä potilailla joille ennakoiva hoitosuunnitelma oli tehty. (Street, ym., 2015 :517.)

Garland ym. (2022) olivat tutkimuksessaan pohtineet myös hoitohenkilöstön ajankäytön optimaalisuutta. Tutkimuksessa esitettiin esimerkki eräästä hoivakodista: asukas jolla ei ollut ennakoivaa hoitosuunnitelmaa sairastui akuutisti. Hänet lähetettiin sairaalaan, jossa hän viipyi useita päiviä. Asukas kotiutettiin ja kuoli vain tunteja kotiutumisen jälkeen. Hoivakodin henkilöstön käyttämä aika ensin akuuttitilanteen hoitoon, asukkaan valmisteleamiseen sairaalaan kuljetusta varten sekä kotiuttamisen jälkeiseen hoitoon ja järjestelyihin ylitti reilusti sen ajan, joka olisi kulunut ennakoivan hoitosuunnitelman tekemiseen. (Garland, ym., 2022 :7.)

5.3 Itsemääräämisoikeuden toteutuminen

Yleisten oikeudellisten ja eettisten sääntöjen mukaan jokaista henkilöä tulisi aina kohdella heidän ”parhaan kykynsä” mukaisesti. Mikäli henkilöllä ei ole kykyä ilmaista itse

omaa tahtoaan, tulisi hänen aiemmat toiveensa ja mieltymyksensä ottaa huomioon hoitopäätöksiä tehtäessä. (Harrison Dening, 2022 :64.) Koska hoitojen (mukaan lukien saattohoito) tulisi aina pohjautua henkilön omiin toiveisiin ja mieltymyksiin, olisi tärkeää, että myös iäkkäiden pitkäaikaishoidossa asiakas otettaisiin mukaan suunnittelemaan omaa hoitoaan. Tämä lisää asiakkaan ja hänen läheistensä luottamusta siihen, että hoito vastaa heidän toiveitaan ja mieltymyksiään. (Gilissen, ym., 2018 :6.)

Hoitojen ja iäkkään omien toiveiden yhteensovittaminen on ratkaisevan tärkeää jotta pitkäaikaishoidossa pystytään tarjoamaan asiakkaalle laadukasta hoitoa, turvaamaan hyvä elämänlaatu ja lopulta myös hyvä kuolema (Gilissen, ym., 2018 :6). Monet iäkkäät henkilöt toivovatkin, että heitä kuullaan hoitopäätöksiä tehtäessä ja he suhtautuvat kielteisesti elämää pitkittäviin toimenpiteisiin saattohoidon osalta (Zhang, ym., 2015 :5). Hyvä elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma rakentuu asiakkaan omista toiveista ja mieltymyksistä sekä siitä, mikä kliinisesti katsottuna on tarkoituksenmukaista hoitoa (Harrison Dening, 2022 :64). Elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman yksi suurimmista hyödyistä iäkkäiden pitkäaikaishoidossa onkin hoidon toteutuminen iäkkään omien toiveiden mukaisesti (Gilissen, ym., 2018 :6).

5.4 Omaisten huomioiminen

Onnistunut yhteinen päätöksenteko asiakkaan ja tämän läheisten kanssa edellyttää tiedon, kokemusten sekä hoitoa koskevien toiveiden ja mieltymysten jakamista kaikkien sidosryhmien kesken (Harrison Dening, 2022 :64). Ennakoivan hoitosuunnitelman laatiminen ja ylläpitäminen tarjoaa mahdollisuuden jatkuville keskusteluille terveydenhuollon ammattilaisten, asiakkaan ja tämän läheisten kesken (Ding, Cook & Saunders, 2022 :1920). Yhteisen päätöksenteon tulisi kattaa jokaisen osapuolen toiveet ja tarpeet. Ennakoivaa hoitosuunnitelmaa laadittaessa tulisikin pyrkiä löytämään tasapaino asiakkaan ja hänen läheistensä näkökulmien ja toiveiden välillä. (Harrison Dening, 2022 :64.) Keskusteluille tulisi varata riittävästi aikaa ja asioista tulisi puhua niin, että jokainen osapuoli ymmärtää ne samalla tavalla (Anttonen & Mäki-Petäjä-Leinonen, 2022 :37). Nämä keskustelut antavat asiakkaille ja hänen läheisilleen tunteen tilanteen hallinnasta ja auttavat ylläpitämään luottamuksellista hoitosuhdetta (Ding, Cook & Saunders, 2022 :1920). Etenkin palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa hyvällä keskusteluyhteydellä ja tiedon jakamisella on suuri merkitys. Koska informaatio kuolemaan johtavasta sairaudesta ja mahdollisesta ennusteesta perustuu lääketieteelliseen tietoon, on tärkeää että asioista

keskustellaan moneen kertaan. (Anttonen & Mäki-Petäjä-Leinonen, 2022 :38.) Tutkimuksissa on havaittu, että asiakkaiden ja heidän läheistensä tietämättömyys elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman merkityksestä aiheuttaa pelkoa ja vastustusta liittyen hoitolinjauksiin. Selkeä ja kattava tieto ennakoivan hoitosuunnitelman tarkoituksesta auttaa asiakkaita ja heidän läheisiään päätöksenteossa, valmistautumaan tulevaan ja lisää luottamusta terveydenhuollon ammattilaisiin. (Gilissen, ym., 2018 :8—9.)

Etenkin muistisairaiden iäkkäiden kohdalla läheisten merkitys hoitopäätöksiä tekemisessä korostuu. Läheisten päätöksentekovaatimukset kasvavat usein muistisairauden edetessä ja he joutuvat usein tekemään päätöksiä kriisin tai siirtymävaiheen aikana. Aiemmissä tutkimuksissa oli havaittu, että päätöksenteko etenkin saattohoitoon liittyen vaikutti olevan erityisen vaikeaa läheisille. (Harrison Dening, 2022 :64.) Ajoissa käydyt keskustelut hoitoon liittyvistä asioista, mahdollisista komplikaatioista, hoitokeinoista ja lähestyvistä kuolemasta helpottivat läheisten päätöksentekoa (Lehto & Sainio, 2020 :43). Kun sairauteen liittyvistä mahdollisista huolista ja peloista sekä hoitolinjauksista ja hoitokeinoista keskustellaan riittävän ajoissa, säilyy läheisten tyytyväisyys ja luottamus terveydenhuollon ammattilaisiin hyvänä (Anttonen & Mäki-Petäjä-Leinonen, 2022 :37). Laadukkaan saattohoidon toteuttaminen iäkkäiden pitkäaikaishoidossa vaatiikin hoitohenkilökunnalta ennakoivaa, varautumista sekä asiakkaan ja tämän läheisten toiveiden ja tarpeiden huomioimista. Nämä kaikki asiat huomioidaan ennakoivassa hoitosuunnitelmassa. (Lehto & Sainio, 2020 :43 ; Anttonen & Mäki-Petäjä-Leinonen, 2022 :37.)

6 Pohdinta

6.1 Tulosten yhteenveto

Ennakoiva hoitosuunnitelma auttaa terveydenhuollon ammattilaisia toteuttamaan laadukasta hoitoa iäkkäiden pitkäaikaishoidossa, tekemään asiakkaan omien toiveiden ja arvojen mukaisia hoitopäätöksiä sekä saavuttamaan luottamuksellisen suhteen asiakkaisiin ja heidän läheisiinsä. Ennakoivan hoitosuunnitelman perustana toimii asiakkaan omat toiveet ja arvot (Ding, Cook & Saunders, 2022 :1920) ja niiden selvittämiseksi tarvitaan luottamuksellista, avointa ja säännöllistä keskustelua ammattilaisten, asiakkaiden ja läheisten kesken (Anttonen & Mäki-Petäjä-Leinonen, 2022 :37). Toimiva kommunikatio ja hyvä keskusteluyhteys lisäävät asiakkaiden tunnetta oman elämänsä hallinnasta sekä lisää asiakkaiden ja heidän läheistensä luottamusta hoitohenkilökuntaan (Ding,

Cook & Saunders, 2022 :1920). Iäkkäiden pitkäaikaishoidossa kyse on aina monisairaiden, elämänsä loppua lähestyvien ihmisten hoidosta, jolloin hyvän keskusteluyhteyden ja tiedon jakamisen merkitys korostuu (Anttonen & Mäki-Petäjä-Leinonen, 2022 :38). Asiakkaat ja heidän läheisensä tarvitsevat tietoa, joka annetaan ymmärrettävästi ja oikea-aikaisesti. Tietämättömyys aiheuttaa pelkoa ja vastustusta liittyen hoitolinjauksiin ja vaikeuttaa päätöksentekoa. Tiedon jakaminen ja toistuvat keskustelut ennakoivan hoitosuunnitelman tarkoituksesta auttaa asiakkaita ja heidän läheisiään päätöksenteossa ja lisää luottamusta terveydenhuollon ammattilaisiin. (Gilissen, ym., 2018 :8—9.)

Aiemmissä tutkimuksissa on todettu, että muistisairaiden lääkehoidon ja palliatiivisen hoidon toteutus ei ole samalla tasolla kuin esimerkiksi syöpää sairastavilla (Lehto & Sainio, 2020 :44), koska iäkkään muistisairaana voi olla vaikeaa ilmaista omia toiveitaan ja tarpeitaan (Lehto & Sainio, 2020 :44). Kun iäkkään omia toiveita ei hoitopäätöksiä tehtäessä voida kuulla, on ennakoiva hoitosuunnitelma hyödyllinen opas ammattilaiselle (Ding, Cook & Saunders, 2022 :1920). Laadukkaan saattohoidon perusta on lähestyvän kuoleman ja siihen liittyvien tapahtumien ennakointi (Anttonen & Mäki-Petäjä-Leinonen, 2022 :34). Etenkin läheisille saattohoitoon liittyvä päätöksenteko voi olla vaikeaa (Harrison Dening, 2022 :64). Tilannetta voidaan helpottaa käymällä heidän kanssaan keskusteluja hoitoon liittyvistä asioista ja lähestyvistä kuolemasta hyvissä ajoin (Lehto & Sainio, 2020 :43). Ennakoivan hoitosuunnitelman avulla muistisairaana lähestyvä kuolema pystytään tunnistamaan jopa yli kolme kuukautta etukäteen (Ding, Cook & Saunders, 2022 :1917), jolloin oikea-aikainen saattohoitoon siirtyminen ja laadukkaan saattohoidon toteuttaminen toteutuu varmemmin.

Tekemällä pitkäaikaishoidon asiakkaille ennakoivia hoitosuunnitelmia voidaan myös välttyä useammin siirroilta päivystyspoliklinikalle ja/tai sairaalahoitoon (Garland, Keller & Quail, 2022 :3—5). Mikäli sairaalaan lähettäminen on tarpeen, voi ennakoiva hoitosuunnitelma säästää hauraan iäkkään raskailta hoidoilta (esim. tehohoito) (Street, ym., 2015 :517). Ennakoivan hoitosuunnitelman käytöllä on myös havaittu olevan merkittävä vaikutus mikrobilääkkeiden käytön vähenemiseen iäkkäiden hoidossa (Garland, Keller & Quail, 2022 :3—5). Monet iäkkäät henkilöt suhtautuvatkin kielteisesti elämää pitkittäviin toimenpiteisiin (Zhang, ym., 2015 :5). Ennakoivan hoitosuunnitelman avulla henkilöstöresurssien tarve ja kohdentaminen paranee. Hoidosta vastaavilla työntekijöillä kuluu huomattavasti vähemmän aikaa akuuttitilanteiden hoitamiseen (Garland, ym., 2022 :7) ja sairaalaan joutuessaan asiakas taas kotiutuu huomattavasti aiemmin, mikäli hänelle on tehty ennakoiva hoitosuunnitelma (Street, ym., 2015 :517).

6.2 Johtopäätökset

Suomalainen lainsäädäntö edellyttää, että annettavan hoidon tulee aina perustua näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin, toiminnan on oltava laadukasta sekä turvallista ja asianmukaisesti toteutettua (Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2010/1326 8 §). Laadukas hoito onkin yksi tärkeimmistä asioista missä tahansa sosiaali- ja terveysalan toimintaympäristössä. Laadukkaan ikääntyneiden pitkäaikaishoidon tavoitteena on tarjota yksilöllistä hoivaa ja huolenpitoa loppuelämän ajan (Finne-Soveri, ym., 2022 :10). Vaikka elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman käyttöä ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa ohjataan ja suositellaan käytettäväksi niin kansallisesti ja kansainvälisesti, on sen käyttö edelleen vähäistä (Forsius, ym., 2022 :73 ; Andreassen ym., 2019). Tutkimustulosten valossa yksi suurimmista syistä tähän on tiedon puute niin terveydenhuollon ammattilaisilla (Saarto, ym., 2022 :11) kuin asiakkailla ja heidän läheisillään (Gilissen, ym., 2018 :8—9).

Laadukkaan elämän loppuvaiheen hoidon perustana ovat asiakkaan omat näkemykset ja kokemukset. Pitkäaikaishoidon asiakkaista suurimmalla osalla on todettu jokin sairaus joka vaikuttaa aivojen tiedonkäsittelyyn. Kotihoidon asiakkaista 70 %:lla ja ympärivuorokautisen hoidon asukkaista 95 %:lla on todettu jonkinlainen kognition vaje. (Finne-Soveri, ym., 2022 :10.) Lait, säädökset ja suositukset korostavat itsemääräämisoikeuden merkitystä ja asiakkaiden omien toiveiden sekä arvojen huomioimista hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa, mutta etenkin muistisairaiden kohdalla tämä toteutuu vielä toisittain heikosti (THL, 2023f). Yksi syy tähän on asiakkaiden ja heidän läheistensä tiedonpuute ennakoivasta hoitosuunnitelmasta ja sen tarkoituksesta (Zhang, ym., 2015 :5). Hoidon suunnittelussa tiedon jakamisella ja hyvällä keskusteluyhteydellä on suuri merkitys (Anttonen & Mäki-Petäjä-Leinonen, 2022 :38) ja informaation jakaminen ennakoivan hoitosuunnitelman tarkoituksesta auttaa asiakkaita ja heidän läheisiään päätöksenteossa, valmistautumaan tulevaan sekä lisää luottamusta terveydenhuollon ammattilaisiin (Gilissen, ym., 2018 :8—9).

Ennakoivan hoitosuunnitelman tekeminen aloitetaan usein liian myöhäisessä vaiheessa. Keskustelu elämän loppuvaiheen ennakoivasta hoitosuunnitelmasta voidaan käydä missä tahansa sairauden vaiheessa, mutta se tulisi käydä kuitenkin viimeistään silloin, kun sairaus on pitkälle edennyt (Lehto, Marjamäki & Saarto, 2019). Kun keskustelu ennakoivasta hoitosuunnitelmasta aloitetaan hyvissä ajoin muistisairausdiagnoosin saa-

neen kanssa, on asiakkaan osallistuminen päätöksentekoon silloin helpompaa kuin sairauden myöhemmässä vaiheessa. Ennakoivan hoitosuunnitelman tulisikin olla jatkuva prosessi; suunnitelmaa päivitetään sairauden edetessä ja tilanteen muuttuessa. (Timmons, Fox, Drennan & Guerin, 2022 :2.)

Laadukkaan saattohoidon toteuttaminen pitkäaikaishoidon palveluissa edellyttää hoitohenkilöstöltä hyvää osaamista (Saarto & Finne-Soveri, 2019 :128). Aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että sekä iäkkäiden ympärivuorokautisessa hoidossa että kotihoidossa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaaminen ei nykyisellään ole riittävällä tasolla. Etenkin psykososiaalisten oireiden tunnistamisessa, lääkkeettömien hoitomuotojen osaamisessa ja henkisten/hengellisten tarpeiden tunnistamisessa on puutteita. (Forsius, ym., 2022 :70 ; Timmons, ym., 2022 :2—3.) Osaamiseen liittyvien puutteiden lisäksi myös henkilöstöpula on yksi selittävä tekijä ennakoivan hoitosuunnitelman käytön vähäisyyteen niin kotihoidossa kuin ikääntyneiden asumispalveluissa (Garland, ym., 2022 :7). Vuonna 2019 julkaistussa STM:n suosituksessa esitettiin, että palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perustason yksiköissä otettaisiin käyttöön saattohoidon täydennyskoulutukset, esim. saattohoitopassi (Saarto & Finne-Soveri, 2019). Tämän toteutumisessa lähihoitajilla on suuri merkitys; heidän tehtävänsä on mahdollistaa, kannustaa ja motivoida henkilöstöä lisäkouluttautumaan (Hammar & Forsius, 2021).

Silloin kun asiakkaan vointi muuttuu, tulisi pitkäaikaishoidon toimintaympäristöissä ensisijaisesti hyödyntää ennakoivaa hoitosuunnitelmaa ja tarvittaessa tukipalveluita kuten kotisairaala tai liikkuvaa sairaalaa ja yhdessä heidän kanssaan arvioida, hyötyykö asiakas akuuttihoito palveluista (Finne-Soveri, ym., 2022 :128). Etenkin pitkälle edenneen muistisairaahan kohdalla kuormittavia sairaalasiirtoja tulisi mahdollisuuksien mukaan välttää ja hoidossa tulisi keskittyä turvaamaan asiakkaalle hyvä ja inhimillinen hoito tutussa ympäristössä. Tämä voidaan saavuttaa ennakoivan hoitosuunnitelman avulla. (Muistisairaudet: Käypä hoito-suositus, 2021.)

Aiemmissa tutkimuksissa on todettu, elämän loppuvaiheen hoidon kustannukset ovat kalliita, sillä valtaosa loppuvaiheen hoidosta tapahtuu sairaaloissa (Saarto & Lehto, 2019). On arvioitu, että terveydenhuollon kustannuksista n. 25 % syntyy viimeisen elinvuoden hoidosta (Lehto, Marjamäki & Saarto, 2019). Hyvin suunnitellulla ja toteutetulla palliatiivisella hoidolla sairaalahoidon tarvetta voitaisiin vähentää (Saarto & Lehto, 2019) ja terveydenhuollon resursseja kohdentaa paremmin (Lehto, Marjamäki & Saarto, 2019).

Koska ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa asiakkaat ovat jo ennestään sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden piirissä, sairaalahoidon tarpeen väheneminen pienentäisi terveydenhuollon kustannuksia heidän osaltaan (Saarto & Lehto, 2019). Akuuttilääketieteen erikoislääkäri Terhi Savolainen kirjoitti Lääkärilehdessä:

”Viimeinen elinvuosi on usein kustannuksiltaan kallis ja usein tehdyt ratkaisut myös ristiriidassa ihmisen itsensä toiveen kanssa saada ennemmin lisää laatumia kuin lisää päiviä. Lähtölaskennan tunnistamien on vaikeaa, sillä meidän ammattimme ja etiikkaamme on rakennettu tietynasteinen optimismi ja luotto lääketieteen ihmeisiin. Viimeisen elinvuoden aikana teemme paljon hoitoja, jotka olisivat olleet perusteltuja ja kustannustehokkaita aiemmin, mutta menettävät merkityksensä, kun kuolema on toisen sairauden ja toimintakyvyn laskun vuoksi joka tapauksessa oven takana.”
(Savolainen, 2024)

Tutkimuksissa on todettu, että selkeällä palliatiivisella hoitolinjalla yhdessä ennakoivan hoitosuunnitelman kanssa on merkittävä, positiivinen vaikutus hoidon kustannuksiin, sairaalassa tapahtuneisiin kuolemantapauksiin sekä oikea-aikaiseen saattohoitoon siirtymiseen (Street, ym., 2015 :520).

6.3 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön suunnittelu, toteutus ja raportointi sekä siinä syntyneet tietoaineistot tallennettiin tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla (kts. aineistohallintasuunnitelma). Opinnäytetyöntekijä sitoutui myös noudattamaan *Opinnäytetyön eettisiä ohjeita* (Arene, 2019: 14).

Opinnäytetyötä varten tehtiin tutkimusilmoitus Vantaan ja Keravan hyvinvointialueelle. Tutkimuslupaa ei tarvittu, koska opinnäytetyö tehtiin kirjallisuuskatsauksena eikä se kohdistunut suoraan hyvinvointialueen henkilökuntaan, asiakkaisiin tai opinnäytetyön tekijän omaan työpaikkaan. Opinnäytetyön tekemisestä tehtiin kirjallinen opinnäytetyösopimus yhdessä opiskelijan, ammattikorkeakoulun ja toimeksiantajan kanssa. Sopimuksessa määriteltiin tulosten ja opinnäytetyön immateriaalioikeuksien käyttöoikeudet, julkisuus ja salassapito, henkilötietojen käsittely sekä opinnäytetyön tekemiseen liittyvät vastuut.

Opinnäytetyötä tehdessä noudatettiin hyviä tieteellisiä käytäntöjä, joihin kuuluu rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa (TENK, 2023: 11). Opinnäytetyön tekemisessä sovellettiin myös tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä (TENK, 2023 :13). Opinnäytetyössä käytetyt tiedonhankinta- ja analyysimenetelmät on kuvattu kappaleessa 4. Tutkimukseen valitun aineiston käytön perustelu on luotettavuuden kannalta ensiarvoisen tärkeää (Kangasniemi, ym., 2013 :298). Tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin parantamaan kuvaamalla aineiston valintaan vaikuttavat tekijät mahdollisimman tarkasti mm. määrittelemällä sisäänotto- ja poissulkukriteerit sekä kuvaamalla aineiston valintaprosessi Prisma Flow -diagrammissa. Luotettavuutta pyrittiin parantamaan myös tekemällä katsaukseen valitulle aineistolle laadunarviointi käyttämällä JBI:n kehittämää tutkimusten arviointikriteeristöä (Hotus, 2024).

Opinnäytetyössä huomioitiin muiden tutkijoiden työ viittaamalla asianmukaisesti tekijöiden julkaisuihin ja antamalla heidän saavutuksilleen niille kuuluva arvo ja merkitys (TENK, 2023 :14). Tutkimuksessa käytetyt lähteet kirjattiin lähdeluetteloon. Opinnäytetyö tarkistettiin Turnitin plagiaatintunnistusjärjestelmässä useamman kerran opinnäytetyöprosessin aikana ja valmis opinnäytetyö tarkistettiin vielä ennen sen julkaisua (Arene, 2019 :7).

6.4 Jatkotutkimusehdotukset

Ennakoivaa hoitosuunnitelmaa on totuttu käyttämään mm. syöpää sairastavien hoidossa, mutta iäkkäiden ja etenkin muistisairaiden kohdalla sitä ei juurikaan käytetä. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma on erityisesti hauraiden ikääntyneiden kannalta merkityksellinen. Jokaisella pitkäaikaishoidon palveluiden piirissä olevalla iäkkäällä on yksi tai useampi kuolemaan johtava pitkäaikaissairaus ja monilla heistä on moninaisia kognitiivisia toiminnanrajoituksia. Tästä huolimatta ennakoivan hoitosuunnitelman käyttö iäkkäiden pitkäaikaishoidon tukena näyttää tutkimusten valossa olevan maailmanlaajuinen haaste. Tietoa elämän loppuvaiheen ennakoivasta hoitosuunnitelmasta löytyy paljon ja sen käytön hyödyt elämän loppuvaiheen hoidossa ovat tutkitusti kiistatomat.

Tulevaisuudessa tarvittaisiinkin kehittämis- ja/tai toimintatutkimuksia siitä, miten ja millä keinoin ennakoiva hoitosuunnitelma saataisiin tuotua teoriasta käytäntöön myös iäkkäiden pitkäaikaishoidossa. Aiempien tutkimusten ja tämän opinnäytetyön tulosten valossa haasteina käyttöönotolle näyttäisi olevan ainakin ammattilaisten osaamisen puutteet sekä asiakkaiden ja heidän läheistensä tiedon puute ennakoivasta hoitosuunnitelmasta. Jatkossa tarvittaisiin käytännönmenetelmiä ja konkreettisia toimintaohjeita näiden haasteiden ylittämiseen.

Lähteet

Andreasen, P., Finne-Soveri, U. H., Deliens, L., Van den Block, L., Payne, S., Gambassi, G., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Smets, T., Lilja, E., Kijowska, V. & Szczerbińska, K., 2019. Advance directives in European long-term care facilities: a cross-sectional survey. *BMJ Supportive Palliative Care*, 12(e3). <<https://spcare.bmj.com/content/12/e3/e393>>. (Viitattu 30.9.2023)

Anttonen, M. S. & Mäki-Petäjä-Leinonen, A., 2022. Ikääntyvän kuolevan oikeuksien toteutuminen kotisaattohoidossa kuolevan, omaissaattajan ja surevan kokemuksina. *Dia-konian Tutkimus*, 1. <<https://doi.org/10.37448/dt.121270>>. (Viitattu 18.8.2024)

Arene ry, Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto, 2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. <<https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULU-JEN%20OPINN%20C3%84YTET%20C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>>. (Viitattu 15.5.2024)

Ding, J., Cook, A., Saunders, C., Chua, D., Licqurish, S., Mitchell, G., & Johnson, C. E., 2022. Uptake of advance care planning and its circumstances: An nationwide survey in Australian general practice. *Health & Social Care in the Community*, 30(5), p. 1913–1923. <<https://doi-org.ezproxy.metropolia.fi/10.1111/hsc.13570>>. (Viitattu 18.8.2024)

Fetherston, A. A., Rowley, G. & Allan, C. L., 2018. Challenges in end-of-life dementia care. *BMJ Mental Health*, 21(3), p. 107–111. <<https://mentalhealth.bmj.com/content/21/3/107.info>>. (Viitattu 1.12.2023)

Finne-Soveri, H., Forsius, P., Hökkä, M., Maula, S., Surakka, T. & Hammar, T., 2022. *Laatukäsikirja elämän loppuvaiheen hoitoon iäkkäiden ihmisten palveluissa*. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL). (Viitattu 30.9.2023)

Forsius, P., Hammar, T. & Alastalo, H., 2022. Palliatiivisen hoidon osaaminen iäkkäiden ympärivuorokautisen hoidon ja kotihoidon yksiköissä. *Hoitotiede*, 2022(34), p. 62–75. <<https://journal.fi/hoitotiede/article/view/136423>>. (Viitattu 20.10.2023)

Garland, A., Keller, H., Quail, P., Boscart, V., Heyer, M., Ramsey, C., Vucea, V., Choi, N., Bains, I., King, S., Oshchepkova, T., Kalashnikova, T., Kroetsch, B., Steer, J. &

Heckman, G., 2022. BABEL (Better tArgeting, Better outcomes for frail ELderly patients) advance care planning: a comprehensive approach to advance care planning in nursing homes: a cluster randomised trial, *Age & Ageing*, vol. 51, no. 3, p. 1–10.

<<https://research-ebSCO-com.ezproxy.metropolia.fi/linkprocessor/plink?id=94d1b8e9-0906-3af9-a94c-160726e9eeae>>. (Viitattu 18.8.2024)

Gilissen, J., Pivodic, L., Gastmans, C., Vander Stichele, R., Deliens, L., Breuer, E., & Van den Block, L., 2018. How to achieve the desired outcomes of advance care planning in nursing homes: a theory of change. *BMC geriatrics*, 18(1), 47.

<<https://doi.org/10.1186/s12877-018-0723-5>>. (Viitattu 18.8.2024)

Hammar, T. & Forsius, P., 2021. Miten palliatiivisen hoidon suositukset auttavat iäkkäiden elämän loppuvaiheen hoidossa? THL Blogi, 8.10.2021.< <https://blogi.thl.fi/miten-palliatiivisen-hoidon-suositukset-auttavat-iakkaiden-elaman-loppuvaiheen-hoidossa/>>.

(Viitattu 31.8.2024)

Harrison Dening, K., 2022. Advance care planning for people with dementia and their families, *Journal of Community Nursing*, 36(6), p. 61–66. <<https://research-ebSCO-com.ezproxy.metropolia.fi/linkprocessor/plink?id=b933cf13-cdfd-37df-99f4-4ffd366ab400>>.

(Viitattu 18.8.2024)

Hotus, Hoitotyön tutkimussäätiö, 2024. Tutkimusten arviointikriteeristöt (JBI).

<<https://hotus.fi/kansainvalinen-yhteistyO/jbi-keskus/tutkimusten-arviointikriteeristot-jbi/>>. (Viitattu 10.5.2024)

Juhila, K., 2021. Teemoittelu. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.

<<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/teemoittelu/>>. (Viitattu 7.2.2024)

Kangasniemi, H., 2021. Tarvitsemme parempia elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelmia. Suomen Lääketieteen Säätiö. <<https://laaketieteensaatio.fi/12204-2/>>. (Viitattu 28.10.2023)

Kangasniemi, H., 2022. Limitations of Medical Treatments in Prehospital Emergency Medicine. Tampere: Tampereen yliopisto. <<https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-2517-6>>. (Viitattu 30.9.2023)

Kangasniemi, M., Utrainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikainen, E., 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede* 2013, 25 (4), 291–301. <<https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128286>>. (Viitattu 13.9.2024)

Konsensuslausuma. Vanhuuskuolema. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia. *Duodecim* 2014;130(5):523-31 <<https://www.duodecimlehti.fi/duo11523>>. (Viitattu 1.10.2023)

Kostamo, P., Airaksinen, T. & Vilka, H., 2022. Kirjoita itsesi asiantuntijaksi - Opas toiminnalliseen opinnäytetyöhön. E-kirja., Helsinki: Art House. (Viitattu 29.10.2023)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. *Finlex*, 2012. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980#L2P5>>. (Viitattu 29.9.2023)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. *Finlex*, 1992. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P6>>. (Viitattu 1.7.2024)

Lehto, J., Marjamäki, E. & Saarto, T., 2019. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, Issue 4, p. 335-342. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo14788>>. (Viitattu 1.12.2023)

Lehto, B. & Sainio, T., 2020. Palliatiivisen hoidon asiakkaat. *Gerontologia*, 34(1), p. 59-63. <<https://journal.fi/gerontologia/article/view/82710>>. (Viitattu 18.8.2024)

McInerney, F., Doherty, K., Bindoff, A., Robinson, A. & Vickers, J., 2018. How is palliative care understood in the context of dementia? Results from a massive open online course. *Palliative Medicine*, 32(3), p. 594-602. <<https://doi.org/10.1177/0269216317743433>>. (Viitattu 29.11.2023)

Muistisairaudet: Käypä hoito-suositus, 2021. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044#s26_8>. (Viitattu 29.10.2023)

Muistiliitto ry, 2016. Muistisairaana ihmisen hyvä saattohoito - Opas saattohoitoon osallistuville. <https://www.muistiliitto.fi/application/files/5615/0389/9488/Muistisairaana_ihmisen_hyva_saattohoito_web.pdf>. (Viitattu 1.12.2023)

Mäenpää, S., 2023. Kääntyisikö Hippokrates haudassaan? Lääkärilehti. <https://www.laakarilehti.fi/mielipide/kaantyyisiko-hippokrates-haudassaan/?public=0be45055de6bbf77b88d1e364391d591&utm_source=facebook>. (Viitattu 29.11.2023)

Nikumaa, H. & Koponen, E. (toim.), 2016. Miten turvaan tahtoni toteutumisen? Opas oikeudelliseen ennakointiin. Suomen muistiasiantuntijat ry:n julkaisut 1/2016. Helsinki: Lönnberg Painot Oy, 2016. (Viitattu 10.7.2024)

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bourtron, I., Hoffman, T. C. & Mulrow, C., 2020. The Prisma 2020 statement; an updated guideline for reporting systemic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. Doi: 10.1136/bmj.n71. <<http://prisma-statement.org/prismastatement/flowdiagram.aspx>>. (Viitattu 10.5.2024)

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus. 2019. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <<https://www.kaypahoito.fi/hoi50063#K1>>. (Viitattu 2.12.2023)

Pirhonen, J., Blomqvist, K., Harju, M., Laakkonen, R. & Pietilä, I., 2020. Uusi tutkimushanke muistisairaiden ihmisten elämän loppuvaiheesta pitkäaikaishoidossa. *Gerontologia*, 34(3), p. 293–299. (Viitattu 30.9.2023)

Puusa, A. & Juuti, P., 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Helsinki: Gaudeamus. (Viitattu 7.2.2024)

Päivärinta, E. & Haverinen, R., 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma -opas. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville., Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen kuntaliitto ja Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201309236199>>. (Viitattu 28.10.2023)

Salminen, A., 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Vaasan yliopisto, 2011. <https://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf>. (Viitattu 15.1.2024)

Saarto, T. & Finne-Soveri, H., 2019. Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4126-7>>. (Viitattu 28.10.2023)

Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Juntila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammar, T. & Forsius, P., 2022. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus, Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL). <<https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-824-8>>. (Viitattu 28.11.2023)

Saarto, T. & Lehto, J., 2019. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Suomessa – kolmiportainen malli. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. <<https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo14834.pdf>>. (Viitattu 1.12.2023)

Saarto, T. & asiantuntijatyöryhmä, 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen - Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriö. <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3896-0>>. (Viitattu 1.12.2023)

Savolainen, T., 2024. Lopun alkua on niin vaikea nähdä. Lääkärilehti, 14.8.2024. <<https://www.laakarilehti.fi/mielipide/lopun-alkua-on-niin-vaikea-nahda/?public>>. (Viitattu 31.8.2024)

Sellars, M., Chung, O., Nolte, L., Tong, A., Pond, D., Fetherstonhaugh, D., McInerney, F., Sinclair, C. & Detering, K. M., 2019. Perspectives of people with dementia and carers on advance care planning and end-of-life care: A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. Palliative Medicine, 33(3), p. 274-290. <<https://doi.org/10.1177/0269216318809571>>. (Viitattu 1.12.2023)

Shinohara, M., Sakka, M., Yasaka, T., Inagaki, A., Fukui, C., Noguchi-Watanabe, M., Igarashi, A., & Yamamoto-Mitani, N., 2023. Association between Advance Care Planning for Older Adults and Family Caregivers' Sense of Security in Home Care Settings: A Prospective Cohort Study. *Health & Social Care in the Community*, 1–11. doi:10.1155/2023/4250408. (Viitattu 18.8.2024)

Street, M., Ottmann, G., Johnstone, M.-J., Considine, J., & Livingston, P. M., 2015. Advance care planning for older people in Australia presenting to the emergency department from the community or residential aged care facilities. *Health & Social Care in the Community*, 23(5), p. 513–522. doi:10.1111/hsc.12162. (Viitattu 18.8.2024)

Suomen lääkäriliitto, 2021. Lääkärin etiikka. 8 toim. Suomen Lääkäriliiton eettinen neuvottelukunta, Lahti. <<https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/29259/laakarini-etikka-2021.pdf>>. (Viitattu 1.12.2023)

Suomen virallinen tilasto (SVT), 2019. Kuolemansyyt. <http://www.stat.fi/til/ksyyt/2019/ksyyt_2019_2020-12-14_kat_001_fi.html>. (Viitattu 1.10.2023)

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Finlex, 2014. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301#L3>>. (Viitattu 18.10.2023)

TENK, Tutkimuseettinen Neuvottelukunta, 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukausepäilyjen käsitteleminen Suomessa, Helsinki: Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2/2023. <https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf>. (Viitattu 15.10.2023)

Terveystalolaki 30.12.2010/1326. Finlex, 2010. <<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P8>>. (Viitattu 18.8.2024)

Terveyskylä, 2022. Muistisairauksien palliatiivinen hoito. <<https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/sairaudet/muistisairaudet>>. (Viitattu 29.10.2023)

Terveyskylä, 2023. Kunnallinen ja yksityinen kotihoito. <<https://www.terveyskyla.fi/ikatalo/ik%C3%A4%C3%A4ntyneelle/apua-arkeen/kunnallinen-ja-yksityinen-kotihoito>>. (Viitattu 14.4.2024)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL

THL, 2023 a. Muistisairaudet. <<https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>>. (Viitattu 29.10.2023)

THL, 2023 b. Muuttuvat vanhuspalvelut. <<https://thl.fi/aiheet/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut>>. (Viitattu 1.4.2024)

THL, 2023 c. Lait ja suositukset koskien elämän loppuvaiheen hoitoa. <<https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/lait-ja-suositukset-koskien-elaman-loppuvaiheen-hoitoa>>. (Viitattu 1.12.2023)

THL, 2023 d. Palliatiivisen hoidon järjestäminen. <<https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/palliatiivisen-hoidon-jarjestaminen>>. (Viitattu 1.12.2023)

THL, 2023 e. Laatuksiteerit iäkkäiden sosiaalihuollon palliatiivisen hoidon palveluille. <<https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/palliatiivisen-hoidon-jarjestaminen/laatuksiteerit-iakkaiden-sosiaalihuollon-palliatiivisen-hoidon-palveluille>>. (Viitattu 1.12.2023)

THL, 2023 f. Mitä vaikeampi muistisairaus, sitä heikommin itsemääräämisoikeus toteutuu – hoitotahto kannattaa tehdä hyvissä ajoin. <<https://thl.fi/-/mita-vaikeampi-muistisairaus-sita-heikommin-itsemaaramisoikeus-toteutuu-hoitotahto-kannattaa-tehda-hyvissa-ajoin>>. (Viitattu 30.8.2024)

THL Sotkanet, 2023. Tilastohaku. <<https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/haku>>. (Viitattu 27.9.2023)

Tietoarkisto, 2024. Aineistohallinnan käsikirja. <<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/aineistohallinta/>>. (Viitattu 17.4.2024)

Timmons, S., Fox, S., Drennan, J. & Guerin, D., 2022. Palliative care for older people with dementia—we need a paradigm shift in our approach. *Age and Ageing* 2022; 51: 1–4. <<https://doi.org/10.1093/ageing/afac066>>. (Viitattu 30.8.2024)

Työeläke.fi, 2023. Vanhuuseläke – ikäluokilla oma eläkeikänsä. <<https://www.tyoe-lake.fi/elakkeet-eri-elamantilanteissa/vanhuuselake-ikaluokilla-oma-elakeikansa/>>. (Viitattu 3.11.2023)

Valvira, 2023. Elämän loppuvaiheen hoito. <<https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/elaman-loppuvaiheen-hoito>>. (Viitattu 29.9.2023)

Valvira, 2024 a. Itsemääräämisoikeuden varmistaminen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. <<https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/itsemaaramisoikeus>>. (Viitattu 10.7.2024)

Valvira, 2024 b. Ikääntyneen itsemääräämisoikeus ympärivuorokautisessa palveluasumisessa. <<https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/ikaantyneen-itsemaaramisoikeus>>. (Viitattu 10.7.2024)

Vilkka, H., 2021. Näin onnistut opinnäytetyössä: Ratkaisut tutkimuksen umpikujiin. Jyväskylä: PS-kustannus. (Viitattu 7.2.2024)

Vilkka, H., 2023. Kirjallisuuskatsaus metodina, opinnäytetyön osana ja tekstilajina. Helsinki :Art House, 2023. (Viitattu 15.1.2024)

World Health Organization, WHO, 2024. Integrated Continuum of Long-term care. <<https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/ageing-and-health/integrated-continuum-of-long-term-care>>. (Viitattu 2.4.2024)

Zhang, N., Ning, X., Zhu, M., Liu, X., Li, J., & Liu, Q., 2015. Attitudes towards Advance Care Planning and Healthcare Autonomy among Community-Dwelling Older Adults in Beijing, China. *BioMed Research International*, 2015, p. 1–10. doi:10.1155/2015/453932. (Viitattu 18.8.2024)

Liite 1. Luotettavuuden arvioinnissa käytetyt JBI tarkistuslistat



JBI: Kriittisen arvioinnin tarkistuslista kohorttitutkimukselle

21.1.2019

Tätä tarkistuslistaa käytetään kohorttitutkimuksen metodologisen laadun arviointiin ja tutkimuksen tuloksiin vaikuttavan harhan riskin tunnistamiseen. Arvioinnin tarkistuslistaan sisältyy yhteensä 11 arviointikriteeriä, joiden yksityiskohtaiset sisällöt on lyhyesti kuvattu alla. 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). (Moola ym. 2017.)

Arvioija _____ Päiväys _____

Tekijä(t) _____ Vuosi _____ Nro _____

| Arviointikriteeri | K | E | ? | NA |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Olivatko molemmat ryhmät samankaltaisia ja rekrytoitiinko ne samasta kohderyhmästä? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Mitattiinko altistuminen samalla tavalla jaettaessa tutkittavia altistuneiden ja altistumattomien ryhmiin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Mitattiinko altistuminen pätevällä ja luotettavalla tavalla? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Tunnistettiin tutkimuksen sekoittavat tekijät? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Kuvattiinko tutkimuksessa miten sekoittavia tekijöitä on käsitelty? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Olivatko ryhmät/tutkittavat terveitä (eli heillä ei ollut tutkimuksen kohteena ollutta sairautta) tutkimuksen alussa tai altistumisen hetkellä? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Mitattiinko tulokset pätevällä ja luotettavalla tavalla? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Kuvattiinko seuranta-ajan pituus ja oliko seuranta riittävän pitkä, jotta tuloksia voidaan saada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Pysyivätkö tutkittavat mukana tutkimuksessa seurannan aikana, ja elleivät pysyneet, niin tutkittiinko ja kuvattiinko kadon syyt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Käytettiinkö puutteellisen seurannan käsittelemiseksi asianmukaisia strategioita? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Käytettiinkö soveltuvia tilastollisia menetelmiä? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kokonaisarviointi: Hyväksy Hylkää Lisätietoja tarvitaan

Kommentteja (mukaan lukien syy hylkäykseen):

JBI: Arviointikriteerit poikkileikkaustutkimukselle

Tätä tarkistuslistaa käytetään poikkileikkaustutkimuksen metodologisen laadun arviointiin ja tutkimuksen tuloksiin vaikuttavan mahdollisen harhan tunnistamiseen. Tarkistuslistaan sisältyy yhteensä 8 arviointikriteeriä, joiden yksityiskohtaiset sisällöt on kuvattu alhaalla. Arvioijan on hyvä tutustua myös Joanna Briggs Instituutin julkaisemaan katsauksen tekijöiden [käsikiriaan](#) arviointia tehdessään. Tarkistuslistan alkuperäinen englanninkielinen versio löytyy tästä [linkistä](#). Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (NA). (Moola ym. 2017.)

Arvioija _____ Päiväys _____
Tekijä(t) _____ Vuosi _____ Nro _____

| Arviointikriteeri | K | E | ? | NA |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Onko otoksen mukaanotto- ja poissulkukriteerit määritelty selvästi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Onko kohderyhmä ja tutkimusolosuhteet kuvattu riittävän tarkasti? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Mitattiinko altistus pätevästi ja luotettavasti? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Käytettiinkö objektiivisia, standardoituja kriteereitä osallistujien valintakriteerinä toimineen tilan/tilanteen mittaamiseen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Onko sekoittavat tekijät tunnistettu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Mainitaanko menetelmät, joita käytettiin sekoittavien tekijöiden huomioimisessa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Onko tulosmuuttujat mitattu pätevästi ja luotettavasti? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Käytettiinkö soveltuvia tilastollisia menetelmiä? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kokonaisarviointi: Hyväksy Hylkää Lisätietoja tarvitaan

Kommentteja (mukaan lukien syy hylkäykseen):

JBİ: Arviointikriteerit asiantuntijoiden näkemykselle ja narratiiviselle tekstille

Tätä tarkistuslistaa käytetään asiantuntijoiden näkemyksen ja narratiivisen tekstin metodologisen laadun arviointiin. Arvioinnin tarkistuslistaan sisältyy yhteensä 6 arviointikriteeriä joiden yksityiskohtaiset sisällöt on lyhyesti kuvattu alla. 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). (McArthur ym. 2015.)

Arvioija _____ Päiväys _____

Tekijä(t) _____ Vuosi _____ Nro _____

| Arviointikriteeri | K | E | ? | NA |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Onko mielipiteen lähde selkeästi tunnistettavissa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Onko mielipiteen lähteellä asema asiantuntijoiden joukossa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ovatko kohdeyleisön kiinnostuksen kohteet kirjoituksen keskiössä? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Onko esitetty näkemys analyttisen prosessin tulos, ja onko esille tuodun mielipiteen taustalla logiikkaa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Viitataan olemassa olevaan kirjallisuuteen/näyttöön? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Puolustaa kirjoittaja näkemystään loogisesti suhteessa muihin kirjallisuuteen tai lähteisiin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kokonaisarviointi: Hyväksy Hylkää Lisätietoja tarvitaan

Kommentteja (mukaan lukien syy hylkäykseen):

Lähde: McArthur A, Klugarova J, Yan H, Florescu S. Innovations in the systematic review of text and opinion. *Int J Evid Based Healthc.* 2015;13(3):188–195.

JBI: Kriittisen arvioinnin tarkistuslista satunnaistetulle kontrolloidulle tutkimukselle

Tätä tarkistuslistaa käytetään satunnaistetun kontrolloidun tutkimuksen (randomized controlled trial, RCT) metodologisen laadun arviointiin ja tutkimuksen tuloksiin vaikuttavan harhan riskin tunnistamiseen. Arvioinnin tarkistuslistaan sisältyy yhteensä 13 arviointikriteeriä, joiden yksityiskohtaiset sisällöt on kuvattu alla. 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). (Tufanaru ym. 2017.)

Arvioija _____ Päiväys _____

Tekijä(t) _____ Vuosi _____ Nro _____

| Arviointikriteeri | K | E | ? | NA |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Onko osallistujien ryhmiin jakaminen satunnaistettu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ovatko tutkittavien ryhmiin jako salattu ryhmiin jakoa toteuttaneilta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ovatko koe- ja kontrolliryhmät samankaltaisia tutkimuksen alussa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ovatko tutkittavat sokkoutettu tutkimuksen ryhmäajoista? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ovatko intervention toteuttajat sokkoutettu tutkittavien ryhmäajoista? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ovatko tulosmuuttujien mittaajat sokkoutettu tutkittavien ryhmäajoista? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Kohdeltiin ryhmiä yhdenmukaisesti lukuun ottamatta tutkimuksen kohteena olevaa interventiota? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Pysyivätkö tutkittavat mukana tutkimuksessa seurannan aikana, ja elleivät pysyneet, kuvattiinko ja analysoitiinko seurannan aikana ilmenneet ryhmien väliset erot asianmukaisesti? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Tehtiinkö lähtöryhmien mukainen (hoitoaieanalyysi eli 'intention-to-treat') analyysi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Mitattiinko muuttujat samalla tavalla kaikissa ryhmissä? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Mitattiinko muuttujat luotettavasti? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Käytettiinkö soveltuvia tilastollisia menetelmiä? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Onko koeasetelma tutkittavan aihealueen näkökulmasta asianmukainen, ja huomioitiinko mahdolliset poikkeavuudet perinteisestä RCT-asetelmasta tutkimuksen toteutuksessa ja analyysissä? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kokonaisarviointi: Hyväksy Hylkää Lisätietoja tarvitaan

Kommentit (mukaan lukien syy hylkäykseen):

JBI: Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle

Tätä kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa käytetään laadullisten tutkimusten metodologisen laadun arviointiin. Arvioinnin tarkistuslistaan sisältyy yhteensä 10 arviointikriteeriä, joiden yksityiskohtaiset sisällöt on 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). (Lockwood ym. 2015.)

Arvioija _____ Päiväys _____

Tekijä(t) _____ Vuosi _____ Nro _____

| Arviointikriteeri | K | E | ? | NA |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ovatko tutkimuksen tieteenfilosofiset lähtökohdat ja metodologia keskenään yhteensopivat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ovatko tutkimuksen metodologia ja tutkimuskysymys tai tavoitteet keskenään yhteensopivat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ovatko tutkimuksen metodologia ja aineiston keruumenetelmät keskenään yhteensopivat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ovatko tutkimuksen metodologia, aineiston kuvaus ja analyysi keskenään yhteensopivat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ovatko tutkimuksen metodologia ja tulosten tulkinta keskenään yhteensopivat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Onko tutkijan kulttuuriset tai teoreettiset lähtökohdat kuvattu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Onko tutkijan vaikutus tutkimukseen ja tutkimuksen vaikutus tutkijaan kuvattu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Onko tutkimukseen osallistujat ja heidän äänensä (alkuperäiset ilmaisut) kuvattu asiaankuuluvasti ja riittävällä tasolla? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Onko tutkimus toteutettu noudattaen nykyisiä eettisiä periaatteita, ja onko tutkimuksella eettisen toimikunnan hyväksyntä? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Perustuvatko tutkimuksen johtopäätökset aineiston analyysiin ja tulosten tulkintaan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kokonaisarviointi: Hyväksy Hylkää Lisätietoja tarvitaan

Kommentteja (mukaan lukien hylkäyksen syy):
