



**Aino-Maija Hirvonen**

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Vaikuttava asiakas- ja palveluohjaus sosiaali- ja terveysalalla

Sairaanhoitaja (YAMK)

Opinnäytetyö, 2024

# **ENNAKOIVAN HOITOSUUNNITELMA- PROSESSIN KEHITTÄMINEN VARHAISESSA PALLIATIIVISESSA HOIDOSSA**

---

## TIIVISTELMÄ

Aino-Maija Hirvonen

Ennakoivan hoitosuunnitelmaprosessin kehittäminen varhaisessa palliatiivisessa hoidossa

49 sivua, 5 liitettä

Kevät 2024

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Vaikuttava asiakas- ja palveluohjaus sosiaali- ja terveysalalla

Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto (YAMK)

Opinnäytetyön kehittämisen kohteena oli palliatiivista hoitoa toteuttavien ammattilaisten toteuttaman ennakoivan hoitosuunnitelman prosessi. Tarkoituksena oli kerätä ammattilaisten käsityksiä ennakoivan hoitosuunnitelman ohjelistasta ja sen soveltuvuudesta yksikössä toteutettavaan varhaiseen palliatiiviseen hoitoon. Tavoitteena oli erikoissairaanhoidossa toteutettavan varhaisen palliatiivisen hoidon suunnitelmallisuuden ja kokonaisvaltaisuuden kehittäminen. Opinnäytetyö toteutettiin erikoissairaanhoidon palliatiivisessa yksikössä.

Opinnäytetyö toteutettiin kaksivaiheisena kehittämistyönä, jossa käytettiin toiminnallisia työpajoja. Ensimmäisessä vaiheessa osallistujat syventyivät aiheesta keskusteluun, ennakoivan hoitosuunnitelman ohjelistaan tutustumiseen sekä listan käytettävyyden arviointiin. Toisessa vaiheessa osallistujat keskittyivät ohjelistan soveltuvuuteen käytännössä, työnjakoon ammattilaisten välillä sekä työn kehittämiseen. Ryhmien tuottama kirjallinen materiaali sekä havainnointina kerätty aineisto koottiin kirjalliseksi analysoitavaksi kokonaisuudeksi.

Työpajojen antina havaittiin tarve vahvistaa osaamista ja yhtenäistää käytäntöjä. Erityisen merkityksellisenä pidettiin potilaskeskeisyyttä ja moniammatillista yhteistyötä. Ohjelista arvioitiin hyödylliseksi työkaluksi hoitoprosessin systematisoinnissa. Sen avulla voidaan vähentää päällekkäistä työtä eri ammattiryhmien kesken ja edistää hoidon yhtenäisyyttä ja laatua. Kehittämistyössä korostuivat myös kommunikaation haasteet sekä hoitosuunnitelman käytön esteet, kuten ajan ja resurssien puute. Työyhteisön ilmapiirin merkitystä muutoksen edistäjänä painotettiin, ja työntekijöiden halukkuus osallistua aktiivisesti kehittämistyöhön oli ilmeistä. Opinnäytetyö tarjoaa tietoa ja näkökulmia ammattilaisille varhaisen palliatiivisen hoidon käytäntöjen ja prosessien kehittämiseen sekä erikoissairaanhoidossa että muissa hoitoympäristöissä.

Avainsanat: palliatiivinen hoito, varhainen palliatiivinen hoito, elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma

## ABSTRACT

Aino-Maija Hirvonen

Developing the Advanced Care Planning Process in Early Palliative Care

49 pages, 5 appendices

Spring, 2024

Diaconia University of Applied Sciences

Master's Degree Programme in Influential Customer and Service Coordination in Social and Health Services

Master of Health Care

The focus of this thesis was developing the process of advance care planning by healthcare professionals in palliative care. The objective was to gather professionals' views on the checklist for advance care planning and its suitability for early palliative care provided in the unit. The aim was to develop the systematic approach and comprehensiveness of early palliative care provided in specialized healthcare. The thesis was conducted in a specialized palliative care unit within specialized healthcare.

The thesis was carried out as a two-phase development project, utilizing interactive workshops. In the first phase, participants engaged in discussions, familiarized themselves with the advance care plan checklist and evaluated its usability. In the second phase, participants focused on the practical suitability of the checklist, task distribution among professionals, and further development of the process. The written material produced by the groups and observational data were compiled for comprehensive analysis.

The workshops highlighted the need to strengthen expertise and standardize practices. Patient-centeredness and interdisciplinary collaboration were considered particularly significant. The checklist was considered a useful tool in optimizing the care process. It can help reduce redundant work among different professional groups and promote consistency and quality of care. Communication challenges and barriers to using the care plan, such as lack of time and resources, were also emphasized in the development work. The importance of the work environment in driving change was emphasized, and employees' willingness to actively participate in development work was evident. The thesis provides insights and perspectives for professionals to develop practices and processes in early palliative care in both specialized healthcare and other various care healthcare environments.

Keywords: palliative care, advance care planning, early palliative care

## Sisällys

1 JOHDANTO .....	4
2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	6
2.1 Palliatiivista hoitoa ohjaavat perusteet .....	6
2.2 Varhainen palliatiivinen hoito .....	8
2.3 Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma .....	11
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....	13
4 ENNAKOIVAN HOITOSUUNNITELMAN PROSESSIN KEHITTÄMINEN	14
4.1 Kehittämispöytäkirjan tausta ja menetelmävalinta .....	14
4.2 Kehittämispöytäkirjan kuvaus.....	16
4.3 Ensimmäinen työpaja.....	17
4.4 Toinen työpaja .....	19
4.5 Työpöytäkirjoista kertyneen aineiston käsittely ja analysointi .....	21
4.6 Työpöytäkirjojen tulokset .....	24
5 POHDINTA .....	30
5.1 Ennakoivan hoitosuunnitelman prosessin kehittämisen tarkastelu .....	30
5.2 Eettisyys ja luotettavuus.....	33
5.3 Jatkokehittämissideat.....	36
LÄHTEET.....	38
LIITE 1. Motivaatiokirje osallistujille .....	44
LIITE 2. Suostumuslomake .....	46
LIITE 3: Artikkelissa esitetty hoitosuunnitelman elementtien kuvaus .....	47
LIITE 4. 1. Työpöytäkirjan sisältö .....	48
LIITE 5. 2. Työpöytäkirjan sisältö .....	49

## 1 JOHDANTO

Maailmanlaajuisesti arviolta 56,8 miljoonaa ihmistä vuosittain tarvitsee palliatiivista hoitoa. Vain 14 prosenttia palliatiivista hoitoa tarvitsevia potilaista on palliatiivisen hoidon piirissä, joten kaikkien maiden tulee entisestään kehittää ja parantaa hoitoon pääsyä. Globaalisti palliatiivisen hoidon tarve tulee rajusti lisääntymään, kun väestö ikääntyy ja sairauksien määrä kasvaa. (WHO, 2020.) Arviolta palliatiivisen hoidon tarpeessa olevien maailman kansalaisten määrä lähes kaksinkertaistuu seuraavan neljän vuosikymmenen aikana. Nopeinta tarpeen kasvua tapahtuu matalan tulotason maissa, yli 70-vuotiaiden henkilöiden ja dementiapotilaiden keskuudessa. Terveysteen liittyvä kärsimys tulee lisääntymään ja ilman asianmukaisesti toteutettua palliatiivista hoitoa yhä suurempi osa ihmisistä tulee kokemaan inhimillistä kärsimystä ennen kuolemaansa. (Sleeman ym., 2019, s. 883, 890.) Palliatiivisen hoidon kehittäminen Suomessa kaipaa kokonaisvaltaista lähestymistapaa, joka ulottuu valtakunnalliselle, alueelliselle ja paikalliselle tasolle (Salin ym., 2021, s. 152, 155). Suomessa palliatiivisen hoidon toteutuksessa on suuria alueellisia eroja (Saarto & Finne-Soveri, 2019, s. 105).

Nyky-yhteiskunnassa kuolema on monelle kaukainen ja jopa pelottava asia. Yhteiskunnan modernisaatio on muuttanut ihmisten suhtautumista kuolemaan. Perinteistä kuolemakulttuuria on muutettu yhteiskunnallisten, taloudellisten ja poliittisten muutosten kanssa samanaikaisesti. Kuolema on siirretty ammattilaisten hoidettavaksi laitoksiin ja piilotettu tavallisen ihmisen arjesta. (Pajari, 2014, s. 394–395.) Palliatiivisen hoidon mahdollisuuksista puhumisella voidaan lievittää elämän loppuvaiheeseen liittyvää ahdistusta. Laadukas ja oikea-aikainen palliatiivinen hoito edellyttää hoidon syvällistä suunnittelua potilaan, läheisten ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallisessa laatusuosituksessa ennakoiva hoidon suunnittelu listataan yhdeksi keskeisimmistä potilaan hoitoprosessin vaiheista. (Saarto ym., 2022, s. 19, 22–23, 34.)

Elämän loppuvaiheen ennakoiva suunnitelma on kokonaisuus, johon sisältyvät sekä hoidon rajaukset ja -linjaukset että potilaan omat toiveet hoitoon liittyen. Hoitokeskusteluihin otetaan mukaan potilaan läheiset ja huolehditaan asioiden

huolellisesta kirjaamisesta. Elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman tekeminen aloitetaan mahdollisuuksien mukaan jo ennen palliatiiviseen hoitolinjaukseen siirtymistä, kun tauti on edennyt ja parantumaton. Tarkoituksena on päivittää suunnitelmaa ajan myötä ja ennakoivasti. Suunnitelma kulkee hoidon rinnalla ja tarkentuu ajan myötä. Sen ensisijaisena tavoitteena on turvata potilaan hoito vastaamaan hänen toiveitaan myös niissä tilanteissa, kun hän ei enää itse pysty ottamaan kantaa hoitoonsa. (Saarto ym., 2022, s. 19, 22–23, 34.) Suomessa vakiintuneeksi käsitteeksi on noussut elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelma. Kansainvälisesti käytetään termiä *advance care planning*, joka tarkoittaa ennakoivaa hoitosuunnitelmaa. Tässä opinnäytetyössä käytetään sekä termiä elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma että yksinkertaisemmin ennakoiva hoitosuunnitelma.

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää palliatiivisten potilaiden kanssa toteutettavaa varhaisen palliatiivisen hoidon suunnitelmallisuutta ja kokonaisvaltaisuutta. Palliatiivista hoitoa toteuttavien ammattilaisten tulisi mahdollistaa potilaille ja läheisille ennakoivan hoidon suunnittelu. Ajan ja resurssien lisäksi tarvitaan osaamista ja tietoisuuden lisäämistä ennakoivan hoitosuunnitelman hyödyistä, merkityksestä ja mahdollisuuksista. Kehittämistyön tarkoituksena on kerätä tietoa palliatiivista hoitoa toteuttavilta ammattilaisilta siitä, kuinka elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman ohjelistaa voi hyödyntää potilaan hoitoprosessissa. Opinnäytetyön kehittämisen kohteena on palliatiivisten ammattilaisten toteuttama varhainen palliatiivinen hoito. Kehittämistyössä hyödynnetään toimintatutkimuksellista työtettä, jossa on selkeä tavoite ja prosessi, joilla tähän tavoitteeseen pyritään.

## 2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Palliatiivista hoitoa ohjaavat perusteet

Maailman terveysjärjestö WHO:n (2020) mukaan palliatiivisen hoidon tavoitteena on ”parantumatonta tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan potilaan ja hänen läheistensä kokonaisvaltainen ja aktiivinen hoito”. Hoidon keskiössä on elämänlaatu sekä fyysisen kärsimyksen lisäksi myös psyykkisen, sosiaalisen ja hengellisen kärsimyksen ennaltaehkäisy ja lievittäminen. Lähestymistapa on potilaskeskeinen, moniammatillinen ja läheiset huomioiva. Palliatiivisessa hoidossa ei ole rajausta diagnoosin mukaan, vaan sitä pitäisi olla tarjolla hoidon kaikilla tasoilla. Suurin osa palliatiivisista potilaista on syöpää, sydän- ja verisuonisairauksia, kroonisia hengityselinsairauksia sekä aisia sairastavia potilaita. Toisaalta myös monet muut sairaudet, kuten muistisairaudet ja etenevät neurologiset sairaudet, vaativat laadukasta palliatiivista hoitoa. Oireiden hoitamisella on yhteys eettiseen velvollisuuteen ja yksilön arvokkuuden kunnioittamiseen. Tarkoituksena on tukea potilaita elämään parasta mahdollista elämää kuolemaansa saakka. Kuoleman jälkeen omaisille tarjotaan tukea surun ja menetyksen käsittelyyn.

Euroopan neuvoston vuonna 2018 laatimassa palliatiivisen hoidon järjestämisen kannanotossa korostetaan, että keskeistä lainsäädännöllisen hoidon järjestämisessä tulisi olla kaikenlaisen kärsimyksen lievittäminen ja ennaltaehkäiseminen (Council of Europe, 2018). Palliatiivinen lääketiede ja hoito on suhteellisen nuori erikoisala, jonka tarpeen on huomattu vuosi vuodelta kasvavan. Hoidon yhtenäistämiseksi vaaditaan näyttöön perustuvaa tutkimusta. Palliatiivisen tutkimuksen tekeminen on haastavaa ja luotettavien tutkimustulosten saaminen on vaikeaa. Laajemman ja laadullisesti paremman tutkimuksen esteeksi on tunnistettu useita tekijöitä, merkittävämpänä niistä rahoituksen puute. Palliatiivista hoitoa toteuttavissa yksiköissä ei välttämättä ole riittäviä resursseja tai osaamista toteuttaa tutkimusta. Keskeisenä haasteena on luonnollisesti kohderyhmän – palliatiivisten potilaiden – tuomat eettiset ja moraaliset kysymykset. Pitkälle edennyttä sairautta sairastavan potilaan mahdollisuus antaa asianmukaista tietoa tilanteestaan voi vaihdella suuresti eri tilanteissa. Parantumattomasti sairaiden hoitoon liittyy

paljon väärinymmärryksiä, mielikuvia ja asenteita, minkä korjaamiseksi laajempi yleisö ja jopa ammattilaiset tarvitsisivat syvällisempää ja sopivaa tietoa. Toisaalta palliatiivisten palveluverkostojen kasvaessa myös ymmärrys ja hyväksyntä erikoisalaa kohtaan lisääntyy ja tämä voi osaltaan johtaa lisääntyvään kiinnostukseen tehdä tutkimusta aiheesta. (Chen ym., 2014, s. 782–783, 786.)

Palliatiivista hoitoa tulisi kehittää Suomessa sekä valtakunnallisesti, alueellisesti että paikallisesti. Kehittämisen tulisi olla systemaattista ja ulottua koulutukseen, organisointiin ja käytänteisiin. Tällä hetkellä Suomi sijoittuu eurooppalaisessa vertailussa viimeisten maiden joukkoon palliatiivisen hoidon laadussa. Kehittämisen haasteena ovat resurssien ja osaamispulan lisäksi monitieteellisen hoitosuositusten, monitieteellisen tutkimuksen ja hoidon vaikuttavuuden seurannan puute. (Salin ym., 2021, s. 152, 155.) Palliatiivisen hoidon nykytilan kartoittamisen ja toiminnan kehittämisen ehdotuksien lisäksi palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmä on antanut suosituksia palliatiivisen hoidon järjestämiseksi. Nämä sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta tehdyt suositukset määrittelevät laatukriteerit palliatiiviseen hoitoon ja niiden pohjalta palliatiivista hoitoa jatkuvasti kehitetään Suomessa. Asiantuntijoiden suosituksena on kolmiportaisen palliatiivisen hoidon palveluketjun rakentaminen. Tässä mallissa palliatiivinen hoito järjestetään valtakunnallisella tasolla hoidon vaatavuuden mukaan joko perustasolla, erityistasolla tai vaativalla erityistasolla. Käytännössä potilaan hoitotaho määräytyy hoidon tarpeen mukaan. Toimintaa koordinoidaan hyvinvointialueen palliatiivisesta keskukselta. Tavoitteena on, että jokainen sairaanhoitopiiri järjestää palveluketjut niin, että eritasoiset palvelut ovat alueen asukkaiden saatavilla tasapuolisesti ja kattavasti. (Saarto ym., 2022, s. 9, 14–15.)

Valtakunnalliseen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan (ETENE) suosituksessa (Eho, ym, 2003, s. 14) kirjataan lisäksi jokaisen ihmisen oikeus hyvään ja inhimilliseen saattohoitoon. Samassa suosituksessa kuvataan, että mahdollisimman selkeän, potilaan hoitotahtoa ja toiveita noudattavan suunnitelman tekeminen ja kirjaaminen potilasasiakirjoihin on keskeistä ihmisarvoisessa palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa.



Kuoleman läheisyys vaikuttaa eri ihmisiin eri tavalla. Kuolemanpelko horjuttaa perusturvallisuutta ja voi johtaa ihmisen keskelle äärimmäisiä tunnereaktioita. Ihmiskeskeisessä hoidossa korostuvat potilaan omat kokemukset ja tuntemukset sekä niiden kunnioittaminen ja kuuleminen. Kokonaisvaltaisessa hoidossa pelkien fyysisten oireiden hoito ei ole riittävää vaan lisäksi tarvitaan syventymistä potilaan psyykkisiin, eksistentiaalisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin. (Surakka ym., 2014, s. 34–35.) Jokaisella Suomen kansalaisella on samanarvoinen oikeus saada sairautensa edellyttämää laadukasta palliativista hoitoa ja saattohoitoa kotonaan tai hoidon vaatavuustason mukaisessa terveydenhuollon yksikössä (Saarto ym. 2019, s. 107). Vuoden 2023 alussa toimeenpantu hallituksen sote-uudistus pyrkii terveydenhuollon sisällölliseen ja rakenteelliseen uudistukseen. Haasteena ovat yhdenvertaisten ja laadukkaiden sosiaali- ja terveystalveluiden turvaaminen, palvelujen saatavuus, hyvinvointi- ja terveyserot ja ammattitaitoisen työvoiman turvaaminen sekä ikääntyvän väestön tarpeisiin vastaaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2024.)

Palliativinen hoitotyö vaatii laajan osaamisen ja asiantuntijuuden. Yleisesti palliativista hoitoa toteuttavan sairaanhoitajan tulee tietää laaja-alaisesti eri sairauksista, jotka johtavat jollain aikavälillä kuolemaan. Hoitotyön tulee perustua vahvaan näyttöön ja tutkimustietoon. Syvällinen tietämys eri sairauksista antaa perustan palliativisen hoitotyön asiantuntijalle käydä vaikeita keskusteluja elämän loppuvaiheesta, luopumisesta ja kuolemasta. Potilailla on usein jo paljon kokemusta terveydenhuollon eri palveluista ja sairauden paranemiseen tähtäävistä hoidoista. Huomion uudelleen ohjaaminen sairaudesta mahdollisimman hyvään elämänlaatuun ei ole helppoa tai yksinkertaista. (Surakka ym., 2014, s. 33–34.)

## 2.2 Varhainen palliativinen hoito

Suomalaisten yleisimmät kuolinsyyt ovat verenkierto- tai hengityselinten sairaudet, syöpä ja muistisairaudet (Tilastokeskus, 2017). Merkittävällä osalla syöpää sairastavista ihmisistä syöpä leviää niin pitkälle, ettei parantavaa hoitoa ole tarjolla. Useissa tapauksissa syöpää hoidetaan kuratiivisella eli parantumiseen tähtäävällä tavoitteella, mutta toisinaan sairaus joko uusiutuu tai etenee hoidoista

huolimatta. Kaikkien potilaiden yleisvointi ei kestä syöpähoitoja tai leikkauksia tai he kieltäytyvät hoidoista eri syihin vedoten. Palliatiivinen hoito voi olla myös integroituna syövän hoitoihin sairauden eri vaiheissa. (Wyatt & Hulbert-Williams, 2015, s. 415.)

Onkologia eli syöpäsairauksien lääketiede ja palliatiivinen eli oireenmukainen hoito mielletään nykyisin toisiinsa sitoutuneina asioina. Palliatiivista hoitoa ja onkologista hoitoa annetaan potilaalle samanaikaisesti ja lähestymistavat tukevat toinen toisiaan. Sairauden edetessä parantumattomaksi monet potilaat alkavat arvioida hoitojen haittoja ja hyötyjä suhteessa elämänlaatuun. (Wyatt & Hulbert-Williams, 2015, s. 417, 422–423, 428.) Palliatiivisessa hoidossa hoidetaan potilaan oireita, selvitetään potilaan omaa ymmärrystä sairaudestaan, keskustellaan hoidon tavoitteista ja elämänlaadusta sekä tehdään ennakoivia hoitosuunnitelmia. (Kain & Eisenhauer, 2016, s. 374–375.) Lehto ym. (2018, s. 335) kirjoittavat, kuinka terveydenhuollossa on tarjolla entistä enemmän parantavia hoitomahdollisuuksia eri sairauksiin, mutta näillä hoidoilla ei pystytä vastaamaan potilaan tarpeisiin kuoleman lähestyessä.

Varhaisella palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan pitkälle edennyttä tai henkeä uhaavaa sairautta sairastavan potilaan varsinaiseen hoitoon integroituvaa palliatiivista hoitoa. Sen tavoitteena on elämän laadun parantaminen, tilanteiden ennakoiminen ja potilaan ja läheisten toiveiden kuuleminen. Siihen kuuluvat keskeisesti oireiden hoito, kommunikaatio, jaettu päätösten tekeminen, psykososiaalinen tuki, resurssit, ennakoiva hoitosuunnitelma ja läheisten tukeminen. (Shaulov ym., 2022, s. 14–15.) Tutkimuksissa on saatu lupaavia viitteitä siitä, että varhainen palliatiivinen hoito parantaa syöpää sairastavien potilaiden elämänlaatua, oirehoitoa ja tyytyväisyyttä. (Zimmermann ym., 2014, s. 1729.) Milloin varhainen palliatiivinen hoito tulisi aloittaa tai kuinka se tulisi ajoittaa ovat edelleen kysymyksiä, joihin ei edelleenkään ole selkeää vastausta (Shaulov, 2022, s. 25–26).

Potilaille ja omaisille on parempi, että parantumatonta syöpää sairastavan potilaan kanssa käydään keskusteluja jo ennakoivasti, eikä vasta akuuttien ongelmien tullessa. Tällä on vaikutusta elämänlaatuun, hoitoon tyytyväisyyteen, tulevaisuuden hoidon linjauksiin ja päätöksiin sekä sairauden aiheuttamien kriisien

hallintaan. Varhaisella palliatiivisella hoidolla on myös kustannusvaikutuksia, koska potilaat joutuvat harvemmin sairaalaan ja saavat vähemmän tarpeettomia hoitoja. (Kain & Eisenhauer, 2016, s. 374–375.) Käytäntö on osoittanut, että liian varhain käydyt keskustelut voivat aiheuttaa vastustusta ja estää keskustelujen käymisen jatkossa. Toisaalta kriisiytyneessä tilanteessa tai aivan elämän loppuvaiheessa keskustelujen kanssa ollaan jo liian myöhässä. (Rietjens ym., 2017, s. 543.)

Usein haasteellisia keskusteluja käytäessä potilas tarvitsee luottamuksellisen suhteen ammattilaiseen tai ammattilaisiin. Lääkäreillä on tärkeä rooli keskustelujen aloituksessa ja läpikäymisessä. Lääkärin vastuulle kuuluu hoitolinjauksien ja hoidon rajauksien perusteellinen läpikäyminen potilaan ja läheisten kanssa. Myös sairaanhoitaja tulisi ottaa mukaan keskusteluun. Keskustelujen tulisi olla selkeitä, riittävän laajoja, potilaskeskeisiä sekä läheiset huomioivia. (Emanuel ym., 2000, s. 1181–1184.) Asioiden läpikäyminen voi aiheuttaa epämiellyttäviä tunteita sekä potilaissa, läheisissä että ammattilaisissa. Siksi keskusteluihin suositetaan palliatiivisen hoidon ammattilaisia, joilla on kokemusta elämän loppuvaiheeseen liittyvistä keskusteluista. (Wyatt & Hubert-Williams, 2015, s. 428–429.) Keskusteluja käytäessä on lisäksi käytettävä harkintaa siitä, millaista ja kuinka paljon tietoa potilas kykenee vastaanottamaan. Hoitoihin ja elämän loppuvaiheeseen liittyvät asiat saattavat herättää epämiellyttäviä tunteita ja olla luonteeltaan monimutkaisia ja teknisiä. Erityistä huomiota tulee kiinnittää myös käytettyyn kieleen ja keskustelun tyyliin parhaan lopputuloksen saavuttamiseksi. Toivon ylläpitämiseen vaaditaan realistisen, rehellisen tiedon antamista sekä oirehoidon mahdollisuuksien korostamista. (Wyatt & Hulbert-Williams, 2015, s. 423, 426.)

Huolimatta tutkituista ja käytännössä todetuista hyödyistä, useat syöpäpotilaat eivät edelleenkään saa varhaista palliatiivista hoitoa (Hui, ym., 2012, s. 1576). Tämä voi selittyä osaksi palliatiivisen hoidon voimakkaalla stigmalla. Vaikka palliatiivinen hoito keskittyy elämänlaadun parantamiseen, se yhdistetään edelleen voimakkaasti saattohoitoon ja kuolemaan. (Zimmermann, ym., 2016, s. 217, 224.)

### 2.3 Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma

Jokaisella ihmisellä on oma käsityksensä hyvästä elämän loppuvaiheesta. Merkitysten löytäminen sairaudesta ja hoidoista vaikuttavat yksilöiden käyttäytymiseen, mielialaan, itsetuntoon ja kokemukseen elämäntilanteesta. Ammattilaisilla on tärkeä rooli potilaan arvojen, toiveiden ja tavoitteiden selvittämisessä, sillä potilas nähdään aktiivisena toimijana ja päätöksentekijänä itseään koskevissa asioissa. Päätöksentekoa ja sopeutumista voidaan tukea esimerkiksi tulevaisuuden suunnittelun ja elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman kautta. (Wyatt & Hulbert-Williams, 2015, s. 417, 422–423, 428.)

Elämän loppuvaiheen ennakoiva suunnitelma on kokonaisuus, jossa ennalta suunnitellaan, pohditaan ja kerätään yhteen potilaan elämää ja hoitoon liittyviä linjauksia, toiveita ja ajatuksia. Suunnitelma tehdään yhdessä potilaan, omaisten ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa ja keskustelun tulokset kirjataan potilastietoihin. Ennakoivan suunnitelman keskeinen tarkoitus on tuoda esille henkilön omat toiveet siinä vaiheessa, kun hän ei vakavan sairauden tai tapaturman vuoksi pysty enää ilmaisemaan itseään. Toisaalta suunnitelman avulla turvataan, että potilaan kanssa on keskusteltu myös hoidon linjauksista ja rajauksista. Hoitosuunnitelmaa ei tehdä yhden keskustelun aikana vaan prosessin omaisesti koko hoidon ajan. Prosessin aikana potilas tutkailee, keskustelee, tuo esille ja kirjaa ylös omia toiveitaan ja mieltymyksiään. Tämä auttaa potilasta identifioimaan ja selkeyttämään hänen omia henkilökohtaisia arvojaan ja tavoitteitaan omasta terveydestä ja lääketieteellisestä hoidosta. Potilaat saavat myös mahdollisuuden kertoa, kuka vastaa päätöksenteosta silloin, kun he eivät itse pysty. (Emanuel ym., 2000, s. 1881–1887; Rietjens ym., 2017, s. 543.)

Ennakoivan hoitosuunnitelman vaikutusta potilaiden elämänlaatuun on tutkittu useissa tutkimuksissa. Tulokset vaihtelevat eri tutkimuksissa, mutta yleisesti nähdään, että ennakoivalla hoitosuunnitelmalla on potilaan elämään välittömiä ja välillisiä positiivisia vaikutuksia. Ennakoiva hoitosuunnitelma edistää potilaan ja ammattilaisen välistä vuorovaikutusta, vähentää päivystyskäyntejä, lisää palliativista hoitoa osana hoitoprosessia sekä parantaa potilaan tyytyväisyyttä hoitoon. Hoito on toteutuessaan laadukkaampaa ja järjestelmällisempää. Ennakoivalla

hoitosuunnitelmalla on myös yhteys parempaan elämänlaatuun. (Rietjens ym., 2017, s. 543; Zwakman ym., 2018, s. 1306, 1311; Temel ym., 2010, s. 1727–1728.) Niissäkin tutkimuksissa, joissa ei saatu suoraa elämänlaadun parannusta, potilaat olivat useimmin palliatiivisten palveluiden piirissä. Nämä potilaat saivat parempaa hoitoa elämänsä loppuvaiheessa ja päätyivät harvemmin sairaalan päivystykseen tai saivat vähemmän aggressiivisiä hoitoja. (Korfage ym., 2022, s. 3, 10; Duenk ym., 2014, s. 2803–2804; Sinclair ym., 2016, s. 853–854; Schneiter ym., 2019, s. 1930–1933; Bischoff ym., 2013, s. 6.)

Ennakoiva hoitosuunnitelma on tärkeä myös hoitoa toteuttaville terveydenhuollon ammattilaisille. Ammattilaisilla on laillinen ja ammatillinen vastuu taata, että potilas voi toteuttaa oikeuttaan osallistua oman hoitonsa toteutukseen myös silloin, kun hän ei pysty enää tahtoaan ilmaisemaan. Prosessi, jossa ammattilaiset, potilas ja läheiset yhdessä keskustelevat hoidosta, rakentaa luottamusta ja parantaa hoidon toteutumista. Kun potilasta rohkaistaan keskusteluun omasta tulevaisuudestaan vakavan sairauden kanssa, hän saa tilan pohtia omia mieltymyksiään ja tarpeitaan sekä jakaa niitä ammattilaisille ja läheisilleen. Prosessi lievittää ahdistusta ja pelkoja sekä potilaan että läheisten kohdalla. Ennakoiva hoitosuunnitelma nähdään myös ennalta ehkäisevänä toimenpiteenä, sillä sen avulla voidaan välttää ristiriidat ja sekaannukset tulevaisuudessa. (Emanuel ym., 2000, s. 1181–1182; Temel ym., 2010, s. 1727–1728.)

Potilasta rohkaistaan ennakoivissa hoitosuunnitelmakeskusteluissa puhumaan kuolevaisuudestaan ja tulevaisuudestaan. Tämä herättää positiivisia, negatiivisia ja eksistentiaalisia tunteita, joten niihin tulee varautua keskustelujen aikana ja niiden jälkeen. Negatiivisista tunteista esille nousevat huoli, viha ja epäily siitä, toteutuvatko toiveet siinä muodossa, kun niistä on keskusteltu. Toisaalta positiivisista tunteista esille nousevat helpotus sekä tyytyväisyys omien toiveiden ilmaisusta sekä itsemääräämisoikeuden ja avoimuuden lisääntyminen, hyväksyminen ja ammattilaisilta saadun tuen tuoma luottamus. Olemassaoloon liittyvät huolet vähenevät, kun toiveet ja pelot tulevaisuudesta tulevat kuulluiksi ja sairauden hyväksyminen helpottuu. Reaktiot keskusteluihin ovat selkeästi yhteydessä potilaiden omiin asenteisiin, persoonallisuuteen ja aiempiin kokemuksiin kuolemaan liittyen. (Eason ym., 2023, s. 65.)

Kiinnostus elämän loppuvaiheen ennakoivaa hoitosuunnitelmaa kohtaan on kasvussa. Toisaalta kokonaisuuteen liittyy vielä haasteita: ennakoivasta hoitosuunnitelmasta ei edelleenkään ole yhtä selkeää määritelmää eikä sen sisällöstä ja aloituksen ajankohdasta ole yhtenäistä konsensusta ammattilaisten kesken eikä maailmanlaajuisesti. (Rietjens ym., 2017, s. 543.) Hoitosuunnitelman tekeminen vaatii varsin paljon sekä ammattilaiselta että potilaalta toteutuakseen suunnitellusti. Sen heikkoutena on oletus, että hoitovaihtoehdot sairauden edetessä olisivat yksinkertaisia ja selkeitä tai sairauden eteneminen tapahtuisi lineaarisesti. Käytännössä hoitoon liittyy paljon epävarmuuksia, monimutkaisia kysymyksiä ja emotionaalisesti latautuneita tilanteita. Potilaan omat toiveet eivät säily muuttumattomina vaan saattavat vaihdella tilanteen mukaan. Toisaalta myös ammattilaisten arvioihin hyödyllisestä hoidosta vaikuttavat yhteiskunnan ja terveydenhuollon resurssit sekä kulttuuriset normit. Ennakoivan hoitosuunnitelman kehittämiseksi olisi hyödyllistä, että sille olisi asetettu selkeä määritelmä, raamit ja tavoitteet. (Morrison ym., 2021, s. 1575–1576.)

### 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää palliatiivisen hoidon ammattilaisten näkemyksiä elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman ohjelistan soveltuvuudesta varhaisen palliatiivisen hoidon prosessiin. Ennakoivan hoitosuunnitelman ohjelista on Lehdon, Marjamäen ja Saarron (2019) artikkelissa esitetty hoitosuunnitelman elementtien kuvaus (liite 3).

Opinnäytetyöprosessissa etsittiin ratkaisuja seuraaviin kysymyksiin:

- 1) Miten palliatiivisen hoidon ammattilaiset arvioivat elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman ohjelistan käytettävyyttä?
- 2) Kuinka elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman ohjelista tulee palliatiivista hoitoa toteuttavien ammattilaisten tekemää työtä?

- 3) Kuinka elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelmakeskusteluja varten luotu ohjelista palvelee ammattilaista elämän loppuvaiheen suunnitelmakeskusteluissa?

Tavoitteena on kehittää erikoissairaanhoidossa toteutettavaa varhaisen palliativisen hoidon suunnitelmallisuutta ja kokonaisvaltaisuutta. Kysymykset ohjaavat työpajatyöskentelyä ja niissä tuotetaan vastauksia tutkimuskysymyksiin. Prosessissa kerätään tietoa palliativista hoitoa toteuttavilta ammattilaisilta ja pohditaan yhdessä heidän näkemyksiään ennakoivan hoitosuunnitelman ohjelistasta. Aineiston analysoinnin ja johtopäätösten tekemisen jälkeen tarkastellaan, kuinka ohjelista voisi parhaiten tukea palliativisen hoidon toteutumista ja miten sen käytettävyyttä voisi parantaa. Samalla kehitetään ennakoivan hoitosuunnitelman prosessia ja harkitaan, miten ohjelistassa olevia asioita voidaan jakaa eri ammattikuntien välillä. Näin pyritään luomaan yhtenäinen ja toimiva lähestymistapa varhaiseen palliativiseen hoitoon erikoissairaanhoidossa.

## 4 ENNAKOIVAN HOITOSUUNNITELMAN PROSESSIN KEHITTÄMINEN

### 4.1 Kehittämisen prosessin tausta ja menetelmävalinta

Kehittämistyön tarve nousi esille työyksikön kehittämisiltapäivässä, jossa todettiin puutteita ennakoivan hoitosuunnitelman prosessissa ja eroja toteutuksessa ammattilaisten välillä. Samaan aikaan yksikössä vallitsi laaja yhteisymmärrys siitä, että aihe on tärkeä ja ajankohtainen. Tästä syntyi idea alkaa kehittämään yksikön toteuttamaa varhaista palliativista hoitoa ja ennakoivan hoitosuunnitelman prosessia. Opinnäytetyön kohderyhmä oli palliativista hoitoa toteuttavat sairaanhoitajat ja lääkärit, joiden äidinkieli on suomi. Opinnäytetyö toteutettiin erään yliopistosairaalan palliativisessa keskuksessa. Opinnäytetyön toteuttaminen ei vaatinut erillistä rahoitusta. Toiminnalliset osuudet toteutettiin sekä opinnäytetyön tekijän että osallistujien työajalla, jolloin niihin kului yhteensä noin kahdeksan henkilötyöpäivää.

Kehittämisen prosessin taustalla oli tarve kehittää sekä ammattilaisten osaamista että potilaiden saamaa hoitoa, sillä jatkuva osaamisen kehittäminen on keskeistä kaikkien organisaatioiden toiminnalle ja menestykselle. Osaamisen kehittämiseen kuuluvat sekä avoimuus uudelle, tulevaisuuden visiot ja tietoinen tekeminen. Tässä opinnäytetyössä haluttiin herättää ajatuksia siitä, kuinka kehittämistyö voi hyödyttää organisaation lisäksi yksilöä itseään, sillä sen tiedetään lisäävän motivaatiota uuden oppimiseen (Eklund, 2021, s. 27–31, 37–39). Osallistavien työpajojen merkitys oli keskeinen, sillä niissä tapahtui ideointia, tuottamista ja kehittämistä.

Myös julkiset organisaatiot tarvitsevat nykyisessä haasteellisessa ilmapiirissä luovia ja avoimia ratkaisuja. Näiden ratkaisujen luomiseen vaaditaan palvelun käyttäjien ja ammattilaisen panosta, jolloin kehittämiseen saadaan mukaan kaivattua tietoa, kokemuksia ja resursseja. Keskeistä on asianomaisten osallistuminen koko prosessiin, jolloin uusia innovaatioita kehitetään, laitetaan toimeen sekä sovelletaan. Avoimet innovaatioympäristöt ovat tärkeitä tälle prosessille. Kehittäminen vaatii kuitenkin onnistuakseen suurta kulttuurista muutosta, sillä se ei onnistu ylhäältä johdetuissa ympäristöissä. (Keskitalo & Vuokila-Oikkonen, 2021, s. 17–18.) Kehittämisestä puhutaan paljon, mutta usein todellisuudessa tuloksia arvostetaan enemmän kuin itse kehittämistyötä. Toisaalta liian monet ylhäältäpäin johdetut muutokset voivat johtaa resurssien väärin ohjautumiseen ja olla esteenä todellisille käytännönläheisille ja tuloksellisille muutoksille. Kehittämistoiminta vaatii sekä aikaa että ideoita. Esihenkilöiden tulisi luoda ja mahdollistaa avoimia foorumeita, joissa mahdollisuuksia ja haasteita voidaan pohtia yhdessä työyhteisön kanssa. (Juuti, 2016, s. 76–77.)

Tarkoituksen ja tavoitteen pohjalta opinnäytetyön toteutuksen menetelmäksi valikoitui kehittämistyö, jossa hyödynnettiin toimintatutkimuksellista työotetta. Toimintatutkimuksessa kehitetään käytäntöjä kytkemällä tutkimus toiminnan kehittämiseen. Kyseessä ei ole varsinaisesti tutkimusmenetelmä vaan enemmänkin lähestymistapa. (Heikkinen ym. 2010, s.16, 37.) Opinnäytetyössä on selkeä tavoite, kehittämiskohde sekä prosessi, joilla tähän tavoitteeseen pyritään. Lisäksi siinä tarkastellaan ihmisten käsityksiä ja kokemuksia tutkittavasta aiheesta. Opinnäytetyössä otettiin mukaan yksikön työntekijöitä, ja osallistavaksi menetelmäksi



valittiin työpajatyöskentely, sillä toimintatutkimus suuntautuu käytäntöihin, pyrkii muutokseen ja ottaa tutkittavat henkilöt mukaan tutkimusprosessiin (Kuula, 2001, s. 9–11.; Heikkinen ym., 2010, s. 37.; Puusa & Juuti, 2020, s. 623–625). Kehittämistyö oli myös oppimista, sillä siten muutosta voidaan saada aikaiseksi organisaation toimintatavoissa, asenteissa ja johtamisessa (Puusa & Juuti, 2020, s. 626).

Työpajatyöskentely menetelmänä mahdollisti laajan aihealueen läpikäymisen ja eri näkökulmiin paneutumisen. Työpajatyöskentelyn tavoitteena tässä opinnäytetyössä oli sekä kerätä tietoa että antaa osallistujille tilaisuus tuoda esille omia ajatuksiaan ja näkemyksiään ennakoivan hoitosuunnitelman ohjelistasta ja sen soveltuvuudesta omaan työhön. Kehittämismenetelmä mahdollisti myös pysähtymisen tärkeän aiheen äärelle. Kehittämistyössä pyrittiin luomaan sellaiset edellytykset, että toimijat voisivat harjoittaa itsereflektiota, sillä se on yksi toimintatutkimuksen tärkeimmistä tavoitteista (Puusa & Juuti, 2020, s. 642–644). Työpajoihin kuului olennaisesti dialogi, joissa pohdittiin erilaisia kysymyksiä ja kuunneltiin toisten ajatuksia pyrkimyksenä löytää yhdessä paras ratkaisu (Sydänmaanlakka, 2012, s. 61, 74, 131–134).

#### 4.2 Kehittämisprosessin kuvaus

Opinnäytetyöprosessi alkoi syksyllä 2022 opiskelujen alussa ja jatkui tutkimussuunnitelman laadinnalla keväällä 2023. Tutkimuslupa myönnettiin maaliskuussa 2023, ja työpajojen suunnittelu alkoi keväällä. Ensimmäinen työpaja toteutui kesäkuussa 2023, ja sen jälkeen suunniteltiin toisen työpajan toteutusta. Toinen työpaja pidettiin tammikuussa 2024. Aineiston analysointi ja johtopäätösten tekeminen tapahtuivat toisen työpajan jälkeen. Lopuksi pohdittiin jatkotutkimusehdotuksia ja tulevaisuuden kehittämistä.

Alkuperäinen suunnitelma oli pitää työpajat enintään kuuden kuukauden erolla, mutta lopulta aikaa kului kahdeksan kuukautta. Syynä tähän oli työpajojen vaatima suuri ajallinen resursointi ja halu mahdollistaa mahdollisimman monen työntekijän osallistuminen. Potilaiden hoitoa ei haluttu vaarantaa, joten työpajojen

aikatauluja muutettiin tarpeen mukaan. Prosessi eteni suunnitellusti ja tavoitteet saavutettiin sovitusajassa (kuvio 1).



Kuvio 1. Opinnäytetyöprosessi 2022–2024

#### 4.3 Ensimmäinen työpaja

Ensimmäinen työpaja toteutettiin kesäkuussa 2023 ennalta suunnitellun ohjelman mukaisesti (liite 4). Työpajaan osallistui seitsemän henkilöä sekä opinnäytetyön toteuttaja. Yksikössä työskenteli työpajan toteuttamispäivänä yhteensä kymmenen sairaanhoitajaa ja lääkäriä, joten osallistujia oli 70 prosenttia yksikön työntekijöistä. Kaikki osallistujat olivat palliatiivisen osaamisen omaavia sairaanhoitajia ja lääkäreitä.

Ensimmäinen työpaja keskittyi teemaltaan ohjelman esittelyyn, ennakoivasta hoitosuunnitelmasta keskusteluun sekä elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman elementtien listan arviointiin yleisellä tasolla. Suhteessa opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin, ensimmäisessä työpajassa korostui ammattilaisten arvio ohjelman käytettävyydestä sekä kuinka ohjelista tukee palliatiivista hoitoa toteuttavien ammattilaisten tekemää työtä. Työpajassa tarkasteltiin työntekijöiden ajatuksia elämän loppuvaiheen ennakoivasta hoitosuunnitelmasta sekä hoitosuunnitelman ohjelistasta. Mentimeter-työkalun avulla kerättiin nimettömiä kommentteja osallistujien ajatuksista ennakoivaan hoitosuunnitelmaan liittyen sekä aiheen tuntemuksesta. Itsenäisen pohdinnan jälkeen osallistujat siirtyivät ryhmätyöskentelyyn, minkä aikana esitettiin kuusi pohdittavaa kysymystä (kuvio 2). Kysymykset liittyivät ohjelman käyttöön ottamiseen sekä listan hyviin ja

puutteellisiin ominaisuuksiin. Tehtävissä myös arvioitiin ohjelistan käytettävyyttä työssä sekä pyydettiin muita ajatuksia, ideoita ja vaihtoehtoja.



Kuvio 2. Ensimmäisen työpajan työskentelyosuuden kysymykset

Osallistujat jaettiin kahteen neljän hengen ryhmään niin, että molemmissa ryhmissä oli eri ammattien edustajia. Työskentelyn tueksi osallistujat saivat A1-kokoiselle paperille tulostetun ennakoivan hoitosuunnitelman ohjelistan, muistilappuja sekä työpajan aikana esitettyjen kysymyksiin numeroituja pape-reita muistiinpanoja varten. Ryhmät kirjasivat ajatuksiaan ja pohdintojaan kirjalli- sesti heille jaettuun ohjelistaan sekä erillisille tyhjille papereille, joihin oli kirjattu tehtävien numerot. Kirjallisen materiaalin lisäksi työpajan järjestäjä havainnoi ja teki kenttämuistiinpanoja sekä johti keskustelua ryhmätyöskentelyosuuden jälkei- sessä koontihetkessä. Ryhmäpohdinnan jälkeen kirjallinen materiaali kerättiin osallistujilta ja lopuksi käytiin läpi keskeisimmät esille nousseet asiat. Koonnin jälkeen käytiin lyhyesti läpi ajatuksia seuraavassa työpajassa keskusteltavista asioista ja pohdittiin kehittämisideoita sitä varten.

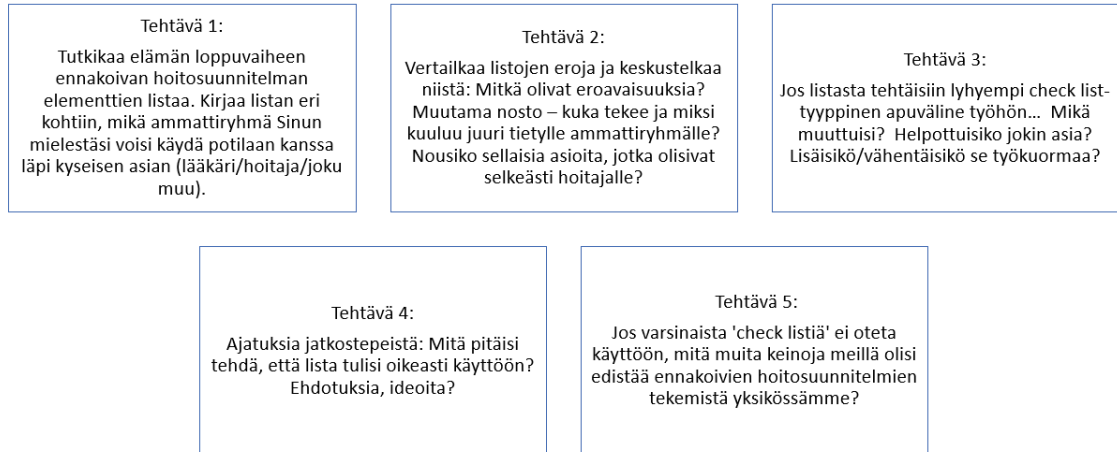
Työpajatyöskentelyn aikana aineistoa kerättiin havainnoimalla ja kirjaamalla kenttämuistiinpanoja. Aineistoa kerättiin myös osallistavan ryhmätyöskentelyn ai- kana, missä osallistujat kirjasivat ylös ryhmän ajatuksia ja keskusteluja osallistu- jat tuottivat toiminnallisissa työpajoissa kirjallista materiaalia, joka toimii tutkimuk- sen aineistona. Tämä materiaali sisältää kunkin osallistujan nimettömät vastauk- set Mentimeter-sivustolla tuotettuihin kysymyksiin sekä koosteet ryhmän yhtei- sistä ajatuksista. Aineistoa tuotettiin A3- ja A2-kokoisille papereille ja post-it-la- puille. Aineisto sisältää keskustelun teemoista esille tulleita näkemyksiä ja

ehdotettuja kehittämistoimenpiteitä. Erityisesti ryhmätyöskentelyn aikana heräsi spontaanisti lyhyitä, aiheeseen liittyviä keskusteluja, joiden keskeiset ajatukset ja kysymykset kirjattiin ylös. Toiseen työpajaan oli opinnäytetyön tavoitteen, tarkoituksen ja tutkimuskysymysten pohjalta luotu jo hahmotelma, mutta ensimmäisen työpajan materiaalin pohjalta suunnitelma ja runko tarkentuivat.

#### 4.4 Toinen työpaja

Toisen työpajan suunnittelu alkoi ensimmäisen työpajan jälkeen ja tavoitteena oli toteuttaa se noin kuuden kuukauden sisällä ensimmäisestä työpajasta. Toteuttaminen kuitenkin viivästyi hieman työpaikan käytännön järjestelyiden vuoksi. Järjestäminen vaati ennalta suunnittelua ja yksikön toiminnan suunnittelua ennalta, jotta mahdollisimman moni työntekijä pystyttiin vapauttamaan kehittämistyöhön vaarantamatta potilastyön toteutumista.

Toinen työpaja toteutettiin tammikuussa 2024 ennalta suunnitellun aikataulun mukaisesti (liite 5). Toisessa työpajassa keskityttiin ohjelman soveltuvuuteen käytännössä, työnjakoon ammattilaisten välillä sekä työn kehittämiseen ohjelman avulla. Tällä kertaa osallistumisprosentti oli lähes 85 prosenttia, sillä osallistujia oli kymmenen ja vain kaksi työpajan päivänä työskentelevää henkilöä jäi pois suunnitellusti huolehtimaan yksikön toiminnasta. Suostumuslomakkeiden täyttämisen ohessa osallistujat jaettiin suoraan kolmeen ryhmään, joissa yhdessä oli neljä henkilöä ja loppuissa ryhmissä kolme henkilöä. Tutkimuskysymysten pohjalta muodostetut kysymykset (kuvio 3) ohjasivat työpajaa.



Kuvio 3: Toisen työpajan työskentelyosuuden kysymykset

Työpaja alkoi opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteen läpikäymisellä, sillä kaikki osallistujista eivät osallistuneet ensimmäiseen työpajaan. Työpajan tarkoitus ja tavoite käytiin kertauksena läpi, minkä jälkeen siirryttiin keskustelemaan edellisen työpajan tuotoksista, ajatuksista, ideoista ja yhteenvedosta. Tämän jälkeen oli osallistavan työskentelyvaiheen vuoro. Ensimmäinen tehtävä oli yksilötehtävä, jossa kirjattiin elämän loppuvaiheen ennakoidun hoitosuunnitelman elementtien listaan, mikä ammattiryhmä voisi käydä potilaan kanssa läpi kyseisen asian. Yksilötehtävän tarkoituksena oli herättää ajatuksia työnjaosta ennakoihin hoitosuunnitelmakeskusteluihin liittyen. Yksilötehtävän jälkeen siirryttiin ryhmätyöskentelyyn. Ryhmistä valitut kirjurit kirjasivat osallistujien ajatuksia ennalta tehtyyn Word-tiedostoon, missä oli kirjoitettuna työpajan kysymykset. Kysymykset asetettiin yksi kerrallaan työpajan järjestäjän johdolla. Kysymyksiin oli varattuna 5–10 minuuttia riippuen siitä, oliko kyseessä kaksi- vai kolmitahoinen kysymys. Työskentelyosuuden aikana oli mahdollisuus kysyä tarkentavia kysymyksiä.

Osallistavan ryhmätyöskentelyn viimeinen vaihe oli keskustelu ja koonti, minkä aikana ryhmät kertoivat vuorollaan ajatuksiaan liittyen kuhunkin tehtävään. Koon-tiin kuului myös tulevaisuuden suunnittelu ja kehittämisen konkreettinen ideointi, sillä opinnäytetyön seurauksena kehittäminen yksikössä jatkuu. Lopuksi osallis-tujilla oli mahdollisuus antaa nimetöntä palautetta työpajasta ja kehittämistyöstä virtuaaliseen vuorovaikutukseen tarkoitettulle sivustolle nimeltä Slido (Slido, i.a.).

#### 4.5 Työpajoista kertyneen aineiston käsittely ja analysointi

Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä oli ensimmäisen ja toisen syklin työpajatyöskentelyt ja niissä tuotettu kirjallinen materiaali. Opinnäytetyön aikana kirjasin ylös prosessin etenemistä, toimintaosuudessa tapahtuneita asioita, keskusteluja ja havainnoiteja. Tämä on tärkeää erityisesti kokemattomalle tutkijalle. (Heikkinen ym., 2010, s. 106–107.) Osallistujat tuottivat toiminnallisissa työpajoissa kirjallista materiaalia, joka toimi tutkimuksen aineistona. Työpajatyöskentelyt rakennettiin sisällöllisesti sellaisiksi, että kirjallista materiaalia tulisi mahdollisimman runsaasti. Lisäksi työpajojen tarkoituksen, sisällön, kysymysten ja työskentelyn tarkka suunnittelu tehtiin huolellisesti, jotta tuotettu materiaali kohtaisi opinnäytetyön tavoitteen ja tarkoituksen kanssa. Osallistujien tuottaman kirjallisen materiaalin lisäksi tein osallistuvaa havainnointia ja kenttämuistiinpanoja, jotka ovat esimerkkejä toimintatutkimuksen tiedonkeruumenetelmistä (Heikkinen ym., 2010, s. 104).

Ensimmäisestä työpajasta keräsin käsin kirjoitettu materiaali. Aineistoa tuotettiin A3-kokoisille paperille ja muistilapuille. Lisäksi käytössä oli Mentimeter-palvelu, joka on yleisön osallistumisen mahdollistava virtuaalinen sivusto (Mentimeter, i.a.). Word-tiedostoon siirrettynä ryhmien tuottamaa aineistoa tuli kolmen A4-sivun verran, minkä lisäksi noin puoli sivua Mentimeter-sivuston avoimista kommentteista. Lisäksi kenttämuistiinpanoja kertyi lähes kolmen sivun verran. Nämä aineistot koottiin järkeväksi kokonaisuudeksi ja analysoitiin. Toisesta työpajasta saatiin runsaasti materiaalia ja merkittävästi ensimmäistä työpajaa enemmän osallistujien kirjallisesti tuottamaa aineistoa. Ryhmien muistiinpanoja tuli yhteensä kaksitoista A4-tiedostoa. Kenttämuistiinpanoja kertyi tämän lisäksi kolme A4-sivua. Slido-alustalle tuli 12 avointa kommenttia, mikä Word-tiedostoon siirrettynä oli yhden A4-sivun verran. Tämä materiaali sisälsi kunkin osallistujan ryhmässä esille tuodut ajatukset ja koosteet ryhmän yhteisistä ajatuksista. Kokonaisuutena analysoitavaa materiaalia oli 22,5 A4-sivua, rivinväli 1,5, fonttikoko 12. Aineistonkeruu opinnäytetyöprosessissa on kuvattu alla olevassa taulukossa.

Taulukko 1. Aineistonkeruu opinnäytetyöprosessissa

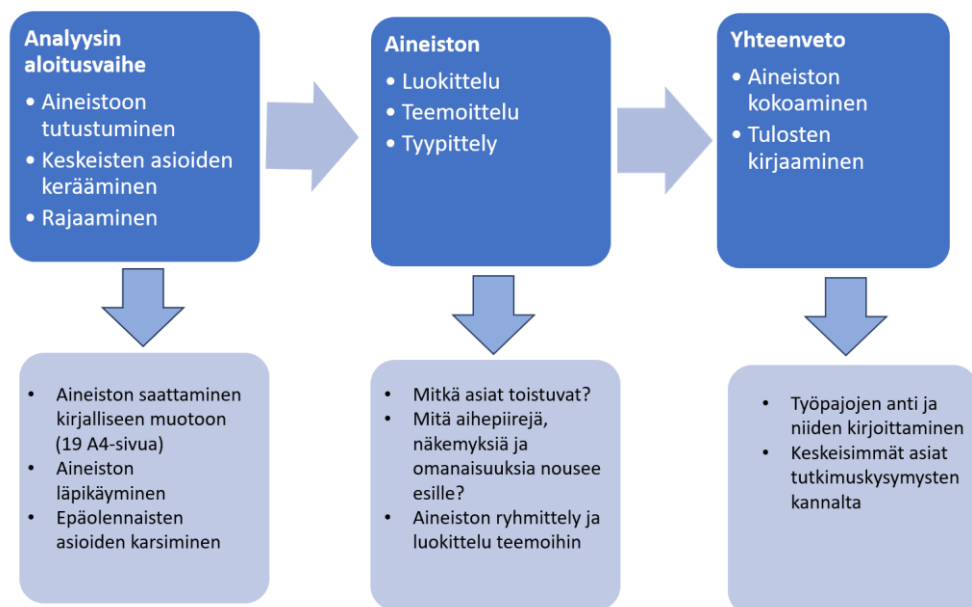
Aineiston-keräyskonteksti	Keräystapa	Kerätyt materiaalit	Määrä
Ensimmäinen työpaja	Ryhmien tuottama materiaali	Käsin kirjoitettu materiaali	3 A4-sivua
	Osallistuva havainnointi	Kenttämuistiinpanot	3 A4-sivua
	Verkkopohjainen kysely	Mentimeter-palvelun avoimet kommentit (7kpl)	½ A4-sivua
Toinen työpaja	Ryhmien tuottama materiaali	Käsin kirjoitettu materiaali	12 A4-sivua (A)
	Osallistuva havainnointi	Kenttämuistiinpanot	3 A4-sivua
	Verkkopohjainen kysely	Slido-alustan avoimet kommentit (12 kpl)	1 A4 sivu

Analysoin opinnäytetyön aineistoa aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysissä määrittelin ja analysoin merkityksiä, tiettyjen sanojen välisiä suhteita, teemoja ja käsitteitä sekä tein niistä päätelmiä. Tarkoituksena oli muodostaa aineistosta teoreettinen kokonaisuus, kuten aineistolähtöisessä analyysissä kuuluu. Aineiston analyysivaiheessa keskityin tarkasti siihen, mitä alussa on määritelty tutkimuksen tarkoitukseksi, tutkimustehtäväksi tai tutkimusongelmaksi. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 194, 199.)

Aineiston analysoinnin vaiheiden suunnittelussa käytin tukena Timo Laineen ohjeistusta teoksesta Tuomi & Sarajärvi (2018, s. 193). Aineiston analyysin ensimmäisessä vaiheessa tutustuin aineistoon syvällisesti lukemalla sekä osallistujien kirjaamat tuotokset että omat muistiinpanoni useampaan kertaan. Lukemisen ja tutustumisen yhteydessä kirjasin muistiinpanoja tukemaan työskentelyä, keskittyen siihen, mikä aineistossa on kiinnostavaa suhteessa opinnäytetyön tarkoitukseen ja tavoitteeseen. Aineiston läpikäymisen yhteydessä rajasin pois sellaisia asioita, jotka eivät kohdanneet tutkimuskysymysten, tarkoituksen ja tavoitteen kanssa, niitä ei ollut mahdollista käsitellä tässä tutkimuksessa. Havaintojen ja

valittujen kiinnostusten kohteiden tulee kuitenkin aina perustua tutkimuskysymyksiin ja peilautua teoreettiseen viitekehykseen (Puusa & Juuti, 2020, s. 340).

Aineistoon tutustumisen jälkeen alkoi laadulliseen sisällönanalyysiin kuuluva aineiston luokittelu, teemoittelu ja tyypittely (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 194–196). Konkreettisesti tämä tarkoitti sitä, että ryhmittelin aineistossa toistuvat ja usein esille nousevat asiat aihepiirien mukaan ja luokiteltiin erilaisiin teemoihin niiden näkemyksien ja ominaisuuksien kautta.. Teemojen kokoamisen jälkeen aineistosta kirjattiin keskeisin anti ja tutkimuskysymysten kannalta tärkeimmät asiat. Aineiston analyysin vaiheita kuvataan kuviossa 4.



Kuvio 4. Aineiston analysoinnin vaiheet (mukaillen Timo Laine, teoksessa Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 193)

Työpajoista nousi esille laaja kirjo näkökulmia ja haasteita, joita ammattilaiset kohtaavat elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman käytännön toteuttamisessa. Työpajoista saadusta materiaalista esille nousi useita teemoja, jotka liittyvät ennakoivaan hoitosuunnitelmaan ja siihen liittyvään ammatilliseen käytäntöön. Analyysin toteuttamiseksi ja tulosten selkeyttämiseksi koottiin taulukko, jossa esitetään pelkistetyt ilmaukset ja niihin liittyvät teemat (taulukko 2.).



Taulukko 2. Työpajoista esille nousseet teemat

Pelkistetty ilmaus	Teema
Osallistujien käsitykset ja tuntemukset ohjelista	Ennakoivan hoitosuunnitelman ohjelman tuntemus ja merkitys
Ammattilaisten arviot suunnitelman elementtien tärkeydestä	Ryhmätyöskentely hoitosuunnitelman kehittämisessä
Potilaiden tarpeiden tunnistaminen ja huomiointi hoitosuunnitelmassa	Potilaskeskeisyys ja moniammatillinen yhteistyö
Kommunikaation merkitys potilaiden ja ammattilaisten välisessä vuorovaikutuksessa vaikeiden aiheiden käsittelemisessä	Kommunikaation haasteet ja keskustelutaidot
Ajan ja resurssien puute hoitosuunnitelman käytössä ja sen kehittämisessä	Hoitosuunnitelman käytön esteet ja kehittämistarpeet
Työryhmän perustaminen ja yhteiskehittäminen hoitosuunnitelman kehittämiseksi	Kehittämistoimet ja toimenpide-ehdotukset
Työyhteisön ilmapiirin vaikutus muutoksen tukemisessa	Työyhteisön ilmapiiri ja muutostuki

En jatkanut analyysiä teemoista ylä- ja pääteemojen tarkasteluun, sillä analyysin ensisijainen tarkoitus oli keskittyä tiettyihin osa-alueisiin ja määriteltyihin tutkimuskysymyksiin, tavoitteeseen ja tarkoitukseen. Ylä- ja pääteemojen syvällinen tarkastelu olisi saattanut laajentaa opinnäytetyötä liiaksi. Lisäksi tulosten kannalta ei ollut tarpeen tai merkittävää syventyä ylä- ja pääteemojen tarkasteluun, koska löydetyt teemat olivat riittäviä vastaamaan tutkimuskysymyksiin ja tavoitteisiin.

#### 4.6 Työpajojen tulokset

Elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman ohjelman eri osa-alueet olivat työpajojen keskiössä. Ohjelman tarkastelu herätti keskustelun sen käytettävyydestä ja käyttöön ottamisesta. Mielipiteet listasta ohjaavana työkaluna olivat ristiriitaisia ja jakaantuivat myönteisiin ja kielteisiin näkökulmiin. Positiivisena nähtiin muistilistan käyttöönoton mahdollisuudet, sillä ammattilaiset kaipaivat muistilistatyyppistä ohjeistusta työn tueksi, helpottamaan asioiden muistamista ja

yhtenäisen hoidon toteutumista. Vaikka kokonaisvaltainen hoito ja potilaan yksilöllinen tilanne huomioitaisiin, muistilista toisi silti yhtenäisyyttä ja tasavertaisuutta toteutettavaan hoitoon. Vaikeiden ja arkaluontoisten asioiden esille ottaminen koettiin ainakin ajatuksena helpompana, mikäli niistä olisi yhdessä koottu apuväline työhön. Ammattilaisella olisi myös vähemmän asioita, joita muistaa ulkoa. Uuden työntekijän näkökulmasta ennakoivan hoitosuunnitelman tekeminen hahmottuisi selvemmin ja helpottaisi perehtymistä palliatiiviseen hoitoon. Osallistujat kokivat, että apuvälineen myötä asioita tulisi käytyä läpi laajemmin ja teemoittain ja näin se parantaisi hoidon laatua ja kokonaisvaltaisuutta. Jos muistilistassa työnjakoa olisi suunniteltu ammattilaisten välille, tämä vähentäisi päällekkäistä työtä eri ammattilaisten välillä.

Osallistujien huolena oli se, että keskusteluista tulisi liian strukturoituja ja etäännyttäviä, mikäli niitä käytäisi tietyn kaavan mukaisesti. Toisaalta kaivattiin lisää koulutusta ja osaamisen vahvistamista ammattilaisille, erityisesti sairaanhoitajille. Resurssoinnin ja ajankäytön lisäksi esille nousi kerta toisensa jälkeen potilasjärjestelmä, kirjaaminen ja tiedon siirtymisen haasteet eri hoitoyksiköiden välillä. Potilasjärjestelmä koettiin kankeana ja muutoksien tekeminen järjestelmään liian hitaana. Tähän ratkaisuksi ehdotettiin erilaisia kirjaamispohjia, jotka suunniteltaisiin yhdessä ja käyttöönottoon kuuluisi yhteinen perehdytys kaikille. Ammattilaiset painottivat, että ennakoiva hoitosuunnitelma tulisi olla helposti ja selkeästi löydettävissä potilastietojärjestelmässä, ei pelkästään yhtenä kirjauksena monien merkintöjen joukossa. Sille toivottiin omaa alustaa ja jonkinlaista herätettä, jolloin tiedot nousisivat esille myös silloin, kun niitä ei aktiivisesti tarkasteltaisi. Ammattilaiset kokivat haasteena päättää, millaisia asioita suunnitelmaan jätettäisiin kirjaamatta. Toisaalta käsiteltäviä asioita saattaisi kerääntyä listaan liikaa, jolloin aika tai resurssit eivät riittäisi asioiden käsittelyyn useammallakaan vastaanotolla. Osallistujien näkemyksiä ohjelistasta on havainnoitu taulukossa 3.

Taulukko 3. Osallistujien näkemyksiä ohjelistasta

Ohjelistan hyödyt	Käytön esteitä
Päällekkäisen työn väheneminen eri ammattiryhmien kesken	Ajan puute
Keskustelun laajentaja	Potilaan ja läheisten valmiudet käydä keskustelua
Apuväline vaikeiden ja arkaluontoisten asioiden esille nostamiseen	Potilastietojärjestelmän kankeus
Hoidon yhtenäistyminen	Kirjaamisen haasteet
Väline muistamiseen	Listassa liian paljon asioita
Hoidon laadun ja kokonaisvaltaisuuden parantuminen	Koulutuksen ja osaamisen lisääminen

Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelmakeskusteluja varten luodun ohjelistan koettiin palvelevan ammattilaisia elämän loppuvaiheen suunnitelmakeskusteluissa. Osallistujien arvioissa korostui ennakoivan hoitosuunnitelman elementtien listan mahdollisuudet, mutta samalla haastetta aiheuttaa olennaisten asioiden tunnistaminen suuren listan keskellä. Esille nousi ennakoivan hoitosuunnitelman haasteellisuus ja asiasta kaivattiin lisää syvällistä tietoa. Työpajoissa ohjelistaa käytiin läpi perusteellisesti, pohdittiin työnjakoa ja yleisesti listan sisältöä. Oireiden hallintaa ja kokonaisvaltainen hoito koetaan keskeiseksi osaksi yksikön toimintaa. Tavoitteet ovat aktiivisessa, hyvässä ja kokonaisvaltaisessa hoidossa, jossa fyysisten oireiden lisäksi huomioidaan psyykkiset, eksistentiaaliset ja sosiaaliset puolet. Tarvittaessa hyödynnetään moniammatillisen tiimin tukea, jolloin lääkärin ja hoitajan lisäksi hoitoon tulee mukaan esimerkiksi sosiaalityöntekijä tai psykologi. Oireiden hallinnassa onnistutaan vaihtelevasti riippuen potilaan tilanteesta ja saatavilla olevista resursseista. Aina ei saavuteta optimaalista oireiden hallintaa, sillä potilaiden tilanteet vaihtelevat runsaasti ja ovat aina yksilöllisiä. Listan asioiden läpikäyminen selkeytti osallistujille, että ennakoivaa hoitosuunnitelmaa tehdään myös heidän yksikössään. Monet listan asioista, esimerkiksi oirehoito ja hoidon rajaukset, nousevat usein luonnollisesti keskusteluun joka päivä.

Hoidossa usein esille nousevia asioita ja harvemmin esille nousevia asioita on jaoteltu taulukossa 4. Ammatillaiset kokivat, että työskentelyssä tavoitteena on potilaslähtöisyys ja potilaskeskeisyys, jolloin jokaisen yksilölliset tarpeet pyritään huomioimaan tapaamisissa ja eri vuorovaikutustilanteissa. Osallistujat kokivat, että ajoittain pohdintaa on paljon, mutta asioiden konkretia jää vähäiseksi. Suunnitelmia akuuttitilanteita varten tehdään liian harvoin. Toisaalta tunnustettiin ennustettavuuden hankaluus vakavasti sairaiden potilaiden kohdalla; usein on täysin mahdotonta ennustaa, mitä tulee tapahtumaan.

Taulukko 4. Osallistujien näkemyksiä toteutettavasta hoidosta ohjelistan mukaan

Hoidossa usein esille nousevat asiat	Hoidossa harvemmin esille nousevat asiat
Hoitolinja	Tarkemmat hoidon rajaukset
Oireet ja niiden hoito	Eriyistilanteisiin varautuminen (esim. palliatiivinen sedaatio)
Psykososiaalisen ja eksistentiaalisen tuen tarve	Jälkihoito potilaan kuoltua
Jatkohoidon ohjaus	Päätökset liittyen elämän loppuvaiheen hoitoon
Läheiset ja tukiverkosto	Suunnitelma akuuttitilanteita varten

Työpajoissa korostui moniammatillinen työskentely ja eri ammattiryhmien rooli ennakoivan hoitosuunnitelman teossa. Lääkärit ja sairaanhoitajat ovat pääasiallisia ennakoivan hoitosuunnitelman kokoajia yhdessä potilaan kanssa. Muiden ammattiryhmien, esimerkiksi sosiaalityöntekijän ja psykologin, integroimista suunnitelman kokoamiseen pohdittiin tulevaisuuden mahdollisuutena. Hoitajan rooli ennakoivan hoitosuunnitelman teossa nousi vahvasti esille aineistossa. Hoitajan osaaminen ja ammattitaito ennakoivan hoitosuunnitelman teossa nähtiin osallistujien keskuudessa asiana, jota voisi nykyistä enemmän hyödyntää. Keskusteluissa kävi ilmi, että sairaanhoitajilla on runsaasti aiheeseen liittyvää ammattitaitoa ja osaamista. Samalla, kun potilaat saivat moniammatillisen osaamisen hyödyt, myös sairaanhoitajien työnkuva monipuolistuisi ja siihen saataisi kaivattua vaihtelua. Ennakoivan hoitosuunnitelman elementtien listasta selkeästi lääkärin toimenkuvaan kuuluva asia oli hoidon linjaukset ja rajaukset.

Ammattilaiset kokivat, että pääsääntöisesti listan kaikki muut asiat olisivat sellaisia, joista hoitajat pystyisivät keskustelemaan.

Ammattilaisten valmiudet keskustella asioista vaihtelevat työssä heidän osaamisensa, kokemuksensa ja taustansa mukaan. Suurin osa osallistujista koki kykenevänsä luontevasti keskustelemaan myös vaikeista aiheita, mutta potilaan ja läheisten valmiudet eivät välttämättä ole samalla tasolla. Hoitosuunnitelma rohkaisee tekemään suunnitelmia myös loppuvaiheen hoidosta, mutta potilaiden voi olla hankala keskustella asioista, jotka eivät ole ajankohtaisia. Ammattilaisten huolena on potilaan tai läheisten loukkaantuminen, väärinymmärrykset ja hoitosuhteen vaarantuminen tai katkeaminen. Kaikkia keskusteluja ei voi käydä ensimmäisellä tapaamisella, varsinkin, jos potilas on akuutisti vaikeassa kriisissä sairautensa ja siihen liittyvien kuormittavien tekijöiden kanssa. Ohjelistan käyttöönoton myötä asioihin palaaminen mahdollisesti helpottuisi ja potilaan hoitoon osallistuvat ammattilaiset näkisivät selkeämmin, mistä asioista potilaan ja läheisten kanssa on jo keskusteltu ja mitkä asiat vaativat lisäkeskustelua. Koska ennakoiva hoitosuunnitelma on prosessi, voidaan asioihin palata myös sitten, kun ne tulevat ajankohtaisiksi.

Osallistujat kokivat, että yksikön toimintaa tulisi muokata joustavammaksi mahdollistamaan pitkien ja haastavien keskustelujen käyntiä. Kehittämiseen kaivattiin aikaa, esimerkiksi hoitosuunnitelman yhteiseen suunnitteluun ja perehdytyskansion ajantasaistamiseen. Tietojärjestelmän toivottiin palvelevan enemmän käytännön työtä, jotta potilaan kanssa puhutut ja sovitut asiat olisivat helposti nähtävissä tai löydettävissä potilaan joutuessa muiden hoitotahojen hoitoon. Ennakoi- valle hoitosuunnitelmalle haluttiin potilastietojärjestelmään oma, täydennettävä alusta, jota pystyisi muokkaamaan ja päivittämään tarvittaessa helposti. Kanta.fi-palveluun kirjattava hoitotahto haluttiin myös näkyviin ja osaksi ennakoivan hoitosuunnitelman pohjaa. Verkostoituminen eri yksiköiden, sairaaloiden ja hyvinvointialueiden kanssa koettiin keskeiseksi, jotta keskustellut asiat konkretisoituisivat potilaan hoidossa koko matkan ajan.

Työpajojen aikana kehittyi useita suunnitelmia ennakoivan hoitosuunnitelman prosessin kehittämiseksi (taulukko 5). Kehittämisen tueksi ehdotettiin sekä

yhteiskehittämistä että pienempää työryhmää, jossa kehittämistä jatkettaisiin. Ennakoivasta hoitosuunnitelmasta keskusteleminen lisäsi innostusta käydä keskusteluja ja tuoda ennakoivaa hoitosuunnitelmaa suurempaan rooliin potilaan hoitoprosessissa. Yhteisiä toimintakäytäntöjä ajateltiin otettavaksi käyttöön jo ennen mahdollisen listan käyttöönottoa. Muutosprosessille ja asian kehittämiseksi toivottiin ensisijaisesti aikaa ja resursseja.

Taulukko 5. Osallistujien ajatuksia kehittämisestä

<b>Kehittämiseen vaadittavat asiat</b>
Työryhmän perustaminen
Erikseen järjestetty aika
Resurssit
Potilaan osuuden miettiminen
Kirjallisen materiaalin tuottaminen potilaalle
Yhteisten toimintakäytäntöjen käyttöönotto

Potilaan omaa osuutta hoitosuunnitelman tekemiseen tuettaisiin kotiin annettavalla materiaalilla, joka pohjautuisi elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman listaan. Näin potilaille mahdollistettaisiin ennakoivan hoitosuunnitelman aiheiden pohtiminen ilman terveydenhuollon ammattilaisen läsnäoloa. Seuraavalla vastaanotolla aiheet voitaisi ottaa uudelleen esille, mikäli potilas olisi valmis asioista keskustelemaan.

Osallistuvat ammattilaiset nostivat esille sen, että työyhteisön hyvä työilmapiiri tukee muutoksen tekemistä ja rohkaisee kokeilemaan uusia asioita. Toisaalta ympäröivät muutokset terveydenhuollossa ja laajemmin yhteiskunnassa tuovat mukanaan epävarmuutta esimerkiksi resurssien riittävydestä ja muutoksen mahdollisuudesta. Opinnäytetyön prosessi herätti keskustelua sekä potilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta että ammattilaisten omasta suhtautumisesta elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman ulottuvuuksiin. Ohjelista ja sen pohjalta laadittava toimintasuunnitelma tukee hiljaisen tiedon jakamista ja kannustaa kaikkia sekä toteuttamaan listaa että kehittymään työssään.

## 5 POHDINTA

### 5.1 Ennakoivan hoitosuunnitelman prosessin kehittämisen tarkastelu

Parantumattomasti sairaiden hoitoon liittyy monia syvällisiä näkökulmia ja haasteita, jotka vaativat huolellista tarkastelua. Ammattilaisilla on keskeinen tehtävä potilaan arvojen, toiveiden ja tavoitteiden kartoittamisessa, sillä potilasta pidetään aktiivisena osapuolena ja päättäjänä omaan hoitoonsa liittyvissä asioissa ((Wyatt & Hulbert-Williams, 2015, s. 417, 422–423, 428). Opinnäytetyöprosessin aikana käsiteltiin näiden näkökulmien sekä asioiden ennakoimisen ja suunnittelun hyötyjä ja haasteita. Parantumattomasti sairaiden hoitoon liittyvät keskustelut ovat usein tunteita herättäviä, sillä ne koskettavat syvästi eettisiä, moraalisia ja inhimillisiä kysymyksiä. Sekä potilaiden että ammattilaisten on käsiteltävä näitä kysymyksiä, mikäli halutaan taata laadukas palliatiivinen hoito sekä varhaisessa vaiheessa että elämän loppuvaiheessa (Emanuel ym., 2000, s. 1181–1182; Temel ym., 2010, s. 1727–1728.).

Opinnäytetyö käsitteli erityisesti elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman elementtien listaa ja sen käyttöönottoa osana hoitoprosessia. Tulosten perusteella voidaan tunnistaa useita keskeisiä näkökohtia, jotka liittyvät sekä hoitohenkilöstön tarpeisiin että kehittämisen edellytyksiin. Opinnäytetyön tarkoituksen mukaisesti prosessin aikana selvisi palliatiivisen hoidon ammattilaisten näkemyksiä laajasti liittyen elämän loppuvaiheen ennakoivaan hoitosuunnitelmaan. Myös tutkitusti terveydenhuollon edustajat suhtautuvat yleisesti myönteisesti ennakoivaan hoitosuunnitelmaan ja kokevat sen hyödylliseksi potilaalle (Blackwood ym., 2019, s. 4290). Opinnäytetyössä tarkastellussa ohjelistassa nähtiin paljon mahdollisuuksia. Työpajoissa ja keskusteluissa nousi esiin, että ohjelistan avulla hoitohenkilöstö pystyisi systematisoimaan hoitoprosessia ja varmistamaan, että tärkeät asiat tulevat käsitellyksi ennakoivan hoitosuunnitelman laatimisessa. Lisäksi ohjelistan käyttöönotto voi vähentää päällekkäistä työtä eri ammattiryhmien kesken ja edistää hoidon yhtenäisyyttä ja laatua.

Keskeistä kehittämistyössä oli työntekijöiden osallistaminen ja heidän kokemuksensa huomioon ottaminen. Ennakoiva hoitosuunnitelma nähtiin merkittävänä potilaan hoidon laadun varmistamiseksi, mutta sen moniammatilliseen suunnitteluun ja toteutukseen ei ole aiemmin kiinnitetty riittävästi huomiota. Toiseksi potilaiden osallistaminen ennakoivan hoitosuunnitelman prosessiin nousi tärkeäksi teemaksi. Ryhmätyöskentelyn pohjalta tunnistettiin tarve potilasohjausmateriaalin tuottamiselle, jotta potilaat voivat osallistua aktiivisemmin oman hoitonsa suunnitteluun ja päätöksentekoon. Potilasohjausmateriaali voi auttaa potilaita ymmärtämään paremmin hoitosuunnitelman sisältöä ja tavoitteita sekä tunnistamaan omat toiveensa ja tarpeensa. Tällaista materiaalia ei yksikössä ole aiemmin ollut käytössä.

Opinnäytetyö herätti paljon ajatuksia liittyen potilaiden saaman hoidon yhdenvertaisuuteen. Ammattilaisen omat valmiudet ja kokemus vaikuttavat keskusteluiden kulkuun merkittävästi. Yhtenäisemmät käytännöt, kuten yhdessä laaditut listat, auttavat varmistamaan potilaiden tasavertaista kohtelua ja vähentävät riippuvuutta yksittäisen ammattilaisen osaamisesta. Kokonaisuudessaan opinnäytetyö tarjoaa arvokasta tietoa ja näkemyksiä ennakoivan hoitosuunnitelman prosessin kehittämiseen. Yhtenäisten toimintakäytäntöjen avulla voidaan varmistaa, että hoitohenkilöstöllä on selkeät ohjeet ja työkalut ennakoivan hoitosuunnitelman toteuttamiseen. Systemaattinen lähestymistapa ja yhteistyö hoitohenkilöstön ja potilaiden välillä voivat edistää hoitotyön laatua ja potilasturvallisuutta elämän loppuvaiheen hoidossa. Jatkossa on tärkeää jatkaa kehitystyötä ja seurata muutosten vaikutuksia käytännön hoitotyössä.

Vaikka opinnäytetyö tarjoaa arvokasta tietoa ennakoivan hoitosuunnitelman prosessin kehittämisestä, on tärkeää tunnistaa myös sen rajat ja haasteet. Esimerkiksi resurssien ja ajan puute voivat muodostua esteiksi kehittämistoimenpiteiden toteuttamiselle. Ennakoivaan hoitosuunnitelman listaan sisältyy suuri määrä läpi käytävää materiaalia, joka osaltaan tuo haastetta siitä, kuinka kaikki asiat saataisi käytyä läpi jokaisen potilaan kohdalla. Lisäksi potilaiden ja läheisten valmiudet osallistua ennakoivan hoitosuunnitelman prosessiin voivat vaihdella, mikä vaatii herkkyyttä ja joustavuutta hoitohenkilöstöltä. Ajan ja resurssien puute ovat tutkitusti suurimmat esteet ennakoiville hoitosuunnitelmakeskusteluille. Blackwood



ym. (2019, s. 4290) katsauksessa pääteltiin, että mikäli terveydenhuollon ammattilaisilla olisi sopiva aika ja koulutustausta, he olisivat myöntyväisempiä rohkaisemaan potilaita hoitosuunnitelmakeskusteluihin.

Opinnäytetyön työpajoille ja kehittämistyölle varattiin riittävästi aikaa, mikä innosti sekä työntekijöitä että esihenkilöitä. Aihe nähtiin alusta asti tärkeänä laadukkaan hoidon takaamiseksi. Sairaanhoidajat ilmaisivat halukkuutensa osallistua entistä enemmän ennakoivan hoitosuunnitelman luomiseen potilaiden ja heidän läheistensä kanssa. Hoidon jatkuvuuden takaamiseksi tarvitaan yhtenäinen suunnitelma kirjaamisesta ja sen siirtyminen potilaan mukana tulisi taata parhaalla mahdollisella tavalla. Työpajoista saadun palautteen perusteella ammattilaiset toivoivat lisää yhdessä kehittämistä ja aiheeseen perehtymistä. Kokonaisuudesta tuli vaikutelma, että työntekijät ovat kehittämismyönteisiä ja palliatiiviselle hoidolle omistautuneita. Kehittämistyön aikana pyrkimyksenä oli tuoda esille, että omaa osaamista laajentamalla ja työtä kehittämällä voi saada henkilökohtaiseen työhönsä mielekkyyttä ja uusia ulottuvuuksia. Prosessista syntyi hoidon toteuttamiseen liittyviä kehittämisideoita sekä konkreettisia toimenpiteitä, joilla palliatiivisten potilaiden hoitoa parannetaan.

Opintojen aikainen ammatillinen kehittyminen tapahtui rinnakkain työssä kasvamisen kanssa. Sain mahdollisuuden seurata asiantuntijuuteni kehittymistä palliatiivisen hoidon alalla. Uuden roolin ottaminen työssä vaati astumista pois omalta mukavuusalueelta. Asiantuntijuuden kehittäminen edellyttää johtajuuden elementtien käyttöä ja asioiden esille tuomista, sekä ajan varaamista omien kehittämisideoiden työstämiseen. Oman työyhteisön kehittäminen vaatii kykyä kestää kriittistä palautetta eri tavalla kuin ulkopuolisten kanssa toimiminen. Olen yhä vakuuttuneempi siitä, että ennakoivien keskustelujen käyminen on olennaista. Omien kokemusteni perusteella uskon vahvasti siihen, että potilaiden kanssa tulisi käydä avoimesti keskusteluja kuolemasta ja suunnitella elämän loppuvaihetta. Ennakoivan hoitosuunnitelman prosessi vaatii kehittyäkseen merkittäviä ajallisia panoksia ja yhteistyötä eri ammattihenkilöiden ja hoitotahojen kanssa. Lisäksi tarvitaan organisaatiotason tuki muutokselle.

## 5.2 Eettisyys ja luotettavuus

Koko opinnäytetyön prosessin ajan kunnioitettiin tutkimuseettisiä näkökulmia ja hyvää tieteellistä käytäntöä. Tieteellinen tutkimus on eettinen, luotettava ja uskottava vain silloin, kun siinä on noudatettu tutkimusetiikan puolesta hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Näihin kuuluvat keskeisesti rehellisyys, huolellisuus, tarkkuus, eettisesti kestävät valinnat, avoimuus, vastuullisuus ja kunnioitus. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2023, s. 11.) Opinnäytetyö prosessin alussa varmistettiin, että yksikön sisällä ei ole vastustusta kehittämistyölle. Organisaation virallinen tutkimuslupa haettiin tämän jälkeen. Virallista eettistä ennakkoarviointia ei tarvinnut suorittaa, sillä opinnäytetyössä ei tutkittu potilaita tai muutoin syvällisempää eettistä pohdintaa vaativia ryhmiä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2021, s. 13).

Yleiset eettiset periaatteet ohjaavat tutkijaa ja tutkimusta tieteenaloista ja tutkimuskysymyksistä riippumatta. Nämä periaatteet perustuvat perustuslakiin ihmisarvosta ja itsemääräämisoikeudesta. Tutkimuksesta ei saa aiheutua tutkimukseen osallistuville henkilöille tai yhteisöille haittaa eikä tutkijalla ole lupa asettaa tutkittavia vaaraan tai riskiin. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2019, s. 7.) Opinnäytetyön osallistavaan osuuteen osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen. Työpajoihin osallistumisesta sai kieltäytyä eikä kieltäytymisestä seurannut mitään negatiivista kyseiselle henkilölle. Jokaiselta tutkimukseen osallistujalta pyydettiin kirjallinen osallistumissuostumus, mutta osallistumisen sai keskeyttää milloin tahansa. Opinnäytetyön tekijä huolehti, että tutkittavat ovat tietoisia keskeyttämisen mahdollisuudesta. Toisaalta oli tärkeää kertoa tutkittaville, että siihen saakka kerättyjä tietoja voidaan käyttää tutkimuksen analyysivaiheessa.

Eettisestä näkökulmasta ajateltuna on keskeistä analysoida tutkimuksen vaikutusta tutkittaviin, yhteiskuntaan ja jopa laajemmin ihmiskuntaan. Tutkimuksen tekijä varmistaa, että tutkittavia ei voi tunnistaa teksteistä eikä tutkittaville saa aiheutua tutkimuksesta haittaa. Eettisiä kysymyksiä tulee pohtia tutkimuksen edessä ja uuden tiedon karttuessa. (Heikkinen ym., 2010, s. 157–158.) Eettisesti hyväksyttävään tutkimukseen kuuluu myös huomioida ja sopia ennalta osapuolten oikeudet, velvollisuudet, vastuut ja tekijyyttä koskevat periaatteet (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2021, s. 6). Opinnäytetyön prosessin aikana

huolehdittiin, että osallistujilta kerätyt suostumuslomakkeet säilytettiin huolellisesti. Lisäksi huolehdittiin, että kerättyyn aineistoon ei päässyt käsiksi opinnäytetyön tekijän lisäksi ketään ulkopuolisia. Ennen yhteisheittämissä työpajoja kuvattiin avoimesti ja tarkasti, mitä opinnäytetyö ja työpaja sisältävät. Ennen työpajoihin osallistumista tutkimukseen osallistujille kerrottiin opinnäytetyön sisältö, tarkoitus ja tutkimukseen osallistumisen merkitys sekä kerättävän aineiston käyttötarkoitukset. Motivaatiokirjeessä (liite 1) ohjattiin tarvittaessa esittämään kysymyksiä tutkimukseen liittyen sekä annettiin tarpeeksi aikaa harkita halukkuutta tutkimukseen osallistumiseen. Näin toteutuivat tutkittavan henkilön osallistumisen oikeudet (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2019, s. 8–9).

Tutkimuksen julkaisuun liittyy olennaisena eettisenä kysymyksenä osallistujien yksityisyydensuoja (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2019, s. 12–13). Opinnäytetyöhön osallistuvien henkilöiden yksityisyyttä suojeltiin koko prosessin ajan. Osallistuneita henkilöitä ei mainita nimeltä eikä heidän yksilöllisiä ominaisuuksiaan mainita. Yksityisensuojan toteutumista auttaa se, ettei osallistujien henkilötietoja liitetä lainkaan analysoitavaan materiaaliin. Työpajaan osallistuvien henkilöiden anonymiteetti varmistettiin sillä, että osallistujiin liittyviä tunnistetietoja ei ollut liitettyä kerättävään aineistoon. Työpajoissa tuotetuissa materiaaleissa ei tuoda esille osallistujia yksilöinä vaan siinä analysoidaan pienryhmien yhteisestä pohdinnasta syntyneitä tuotoksia. Työyksikön pienen koon vuoksi on mahdollista, että organisaation tuntevat henkilöt voivat arvata tutkimukseen osallistuvien henkilöiden henkilöllisyydet, mutta tämä mahdollisuus tuotiin osallistujille ilmi avoimesti ennen osallistumista. Opinnäytetyön työpajoissa tuotettavaa, analysoitavaa materiaalia ei säilytetä, vaan ne hävitetään opinnäytetyöprosessin päätyttyä.

Kehittämistyön toteuttajana olin sekä mukana kehittämässä että samanaikaisesti tutkimassa osallistujien kokemuksia ja ajattelutapoja. Toimintatutkimuksellisen prosessin mukaan päätelmät raportoidaan tutkimukseen osallistujille ja valmis työ annetaan luettavaksi työyhteisössä. (Juuti & Puusa, 2020, s. 646, 649–651.) Toiminnallisen tutkimuksen laatua ei voi arvioida samoin kuin esimerkiksi määrällistä tutkimusta, sillä siinä ei etsitä pysyvää totuutta vaan pyritään kuvaamaan muutoksen prosessia. (Heikkinen ym., 2010, s. 149.) Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuus on laajempi käsite kuin vain reliäabelius ja validius. Opinnäytetyön

tekijänä olin prosessin aikana tiiviissä vuorovaikutuksessa osallistujiin. Opinnäytetyön prosessin aikana kerroin prosessin eri vaiheista yksityiskohtaisesti ja havainnollistaen, mikä on keskeistä luotettavuuden kannalta. (Aaltio & Puusa, s. 415–416.) Laadullisessa tutkimuksessa henkilökohtaisen kokemuksen vaikutusta pidetään hyväksyttynä, sillä kerättävän tiedon ja niistä tehtyjen tulkintojen taustalla vaikuttavat tekijän eri oletukset kyseisestä asiasta. Tutkijan tulee osata tarkastella kriittisesti omia havaintojaan ja tulkintojaan koko prosessin ajan. (Juuti & Puusa, 2020, s. 417–418.) Opinnäytetyön tekijänä olin vahvasti kohdeorganisaation sisällä ja tulkitsin tilannetta omasta näkökulmastani. Samaan aikaan pyrin tarkastelemaan arvioivasti omia valintojani ja puolueellisuuttani. (Aaltio & Puusa, 2020, s. 405–406.)

Tulosten luotettavuuden arvioinnissa on huomioitavaa, että opinnäytetyön tarkoituksena ei ole tuottaa yleistettävää tietoa vaan tutkia hyvin spesifisti valittua työkalua ja tietyn erikoisalan ammattilaisten ajatuksia siihen liittyen. Keskiössä on työskentelyn ja toteutettavan hoidon laadun kehittäminen yhdessä osallistujien kanssa. Tulokset eivät välttämättä ole yksiselitteisiä, sillä työpajojen materiaalin analyysi perustuu osallistavaan havainnointiin ja työpajoissa tuotettuun materiaaliin. Aineiston tulkinnassa näkyy varmasti tutkijan omaa tulkintaa aiheesta. Luotettavuutta arvioitaessa on keskeistä tietää, että tutkijana olen kokematon ja inhimillisten erehdysten mahdollisuus on suuri. Kokemattomana tutkija en välttämättä osannut huomioida kaikkia asioita enkä ennakoida muuttuvia tilanteita. Tästä huolimatta opinnäytetyön raportointi pyrittiin toteuttamaan vakuuttavasti ja uskottavasti. Raportissa kuvataan tehdyt tulkinnat, jotta tutkimustuloksia voidaan pitää uskottavina. Raportti kirjoitettiin niin, että lukija voi seurata tutkijan päättelyä ja samalla tutkailla asioita kriittisesti. Koska toimin sekä tutkijana että osana työyhteisöä, on tutkimuksen aikana mahdotonta välttää omia subjektiivisia näkökulmia. Kaikkien edellä mainittujen seikkojen vuoksi pyrin jatkuvaan reflektiivisyyteen ja avoimuuteen koko opinnäytetyön prosessin ajan. (Juuti & Puusa, 2020, s. 642.)

### 5.3 Jatkokehittämisideat

Yhteiskunnan ja maailman jatkuva muuttuminen ja kiristyvät resurssit tuovat varmasti haasteita jatkossakin. Organisaatioissa kaivataan luovuutta ja avoimia ratkaisuja, palvelun käyttäjien ja ammattilaisten panosta (Keskitalo & Vuokila-Oikonen, 2021, s. 17–18). Opinnäytetyön yhtenä tavoitteena oli aloittaa kehittäminen, joka prosessin jälkeen edelleen jatkuu. Toisessa työpajassa osallistujat kehittivät ja suunnittelivat jatkokehittämisideoita, jotta opinnäytetyön aikana tehty kehittämistyö ei menisi hukkaan. Yksittäiset henkilöt ottivat hoidettavakseen asioita, kuten potilastietojärjestelmän kirjauksien selvittämistä ja suunnittelua. Eri vastaanottomallit olivat samaan aikaan muutoksessa, joten niihin integroitiin ennakoivien hoitosuunnitelmien tekemisen kehittämistä, suunnittelua ja pilotointia. Tärkeää oli yhteinen visio siitä, että kehittämiselle järjestetään aikaa ja uusien käytäntöjen käyttöönottoon varataan riittävästi aikaa ja resursseja.

Ennakoivan hoitosuunnitelman prosessin kehittämiseen voisi tuoda mukaan muita ammattilaisia ja myös potilaita. Palliatiivisessa hoidossa moniammatilliseen tiimiin kuuluu hoitajien ja lääkäreiden lisäksi muun muassa sihteereitä, sosiaalityöntekijöitä, psykologeja, pappeja, seksuaaliterapeutteja ja fysioterapeutteja. Kaikille ammattiryhmillä voisi olla olennaista tietoa potilaan toiveista tai mahdollisesta parhaasta hoidosta. Tällä hetkellä eri ammattilaisten tiedossa olevat asiat dokumentoidaan kaikki erikseen ja tiedot ovat hyvin hajallaan ja vaikeasti löydettävissä. Eri ammattilaisten yhteisen kehittämistyön mahdollistaminen loisi perustan kerätä kaikki olennainen tieto yhteen ja poistaa päällekkäistä työtä.

Jatkossa voisi harkita potilaiden osallistumista ennakoivan hoitosuunnitelman kehittämiseen. Opinnäytetyön aikana kerättiin ammattilaisten näkökulmia ja ajatuksia liittyen ennakoivaan hoitosuunnitelmaprosessiin ja tärkeiksi listattuihin asioihin. On mahdollista, että potilaat kokisivat eri asiat tärkeiksi ja nostaisivat keskiöön muita hoitoon ja elämään liittyviä asioita. Toisaalta potilaskokemusten ja potilaiden osallistumisen kautta ammattilaiset voisivat oppia lisää siitä, miten ja milloin keskusteluja tulisi käydä läpi. Vaikka jokainen ihminen on yksilö, tulisi kehittämisessä olla tavoitteena yleistettävyyttä jollain tasolla.

Varhaisen palliatiivisen hoidon mahdollisuuksien esiin tuominen on tärkeä tulevaisuuden tavoite. Parantumattomasti sairaiden potilaiden hoitoon pitäisi tuoda lisää suunnitelmallisuutta ja mahdollisuuksien esittelemistä. Potilaan ei tarvitse olla passiivinen tekijä omassa hoidossaan vaan yhdessä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa voidaan keskustella ja etsiä elämän merkitykselliset asiat, lievittää pelkoa ja lisätä yhteisymmärrystä. Palliatiivinen hoito ymmärretään usein väärin ja yhdistetään heti kuolemaan, vaikka syvimmältä olemukseltaan kyseessä on kokonaisvaltaisen kärsimyksen lievittäminen. Palliatiivisen hoidon ammattilaisilla on jatkossakin tehtävää väärrien käsitysten oikaisemisessa ja palliatiivisen hoidon positiivisten puolten korostamisessa.

Ennakoivaa hoitosuunnitelmaa voisi jatkossa tehdä kaikissa niissä yksiköissä, joissa hoidetaan parantumattomasti sairaita potilaita. Kaikilla lääketieteellisillä erikoisaloilla on sairausryhmiä, joita ei voida parantaa. Ikääntyviä ihmisiä on lisääntyvästi ja vanhusväestön määrä tulee jatkossa kasvamaan merkittävästi. Ennakoivien hoitosuunnitelmakeskustelujen integroiminen koko terveydenhuoltoon voi kuulostaa kunnianhimoiselta tavoitteelta. Toisaalta, mikäli halutaan taata laadukasta elämän loppuvaiheen hoitoa, on meidän jollain tavalla tuotava ennakoivaa hoitosuunnitelmaa mukaan hoitoprosesseihin.

Kokonaisuudessaan kehittämistyö nosti esille ennakoivan hoitosuunnitelman tärkeyttä ja osuutta varhaisessa palliatiivisessa hoidossa. Erilaiset apuvälineet, kuten muistilistat, yhtenäistävät potilaan hoitoa ja tuovat siihen tasa-arvoisuutta. Jatkossa kehitettyä työtapaa voisi käyttää muissa samankaltaisissa työyksiköissä. Lisäksi muiden ammattiryhmien roolia ennakoivassa hoitosuunnitelmassa voidaan tulevaisuudessa pohtia, kun ennakoivat hoitosuunnitelmat muodostuvat vielä tutuimmiksi ja tulevat enemmän osaksi rutiinihoitoa. Muistilistaa tärkeämpää on kuitenkin lisätä tietoisuutta tästä merkittävästä asiasta, joka niin monella tavalla parantaa potilaan oikeuksia ja toteutettavaa hoitoa. Jo pelkästään aiheesta keskustelu on tuonut esille monia eri näkökulmia ja ennen kaikkea lisännyt tietoisuutta aiheesta ammattilaisten keskuudessa. Asian kehittäminen on alkanut ja tarkoituksena on sitä jatkaa vielä vuosia ja vuosia tästä eteenpäin.

## LÄHTEET

- Aaltio, I. & Puusa, A. (2020). Mitä laadullisen tutkimuksen arvioinnissa tulisi ottaa huomioon? Teoksessa A. Puusa & P. Juuti (toim.), *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Gaudeamus.
- Bischoff, K. E., Sudore, R., Miao, Y., Boscardin, W. J. & Smith, A. K. (2013). Advance Care Planning and the Quality of End-of-Life Care among Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(2), 209–214. <https://doi.org/10.1111/jgs.12105>
- Blackwood, D., Walker, D., Mythen, M., Taylor, R. & Vindrola-Padros, C. (2019). Barriers to advance care planning with patients as perceived by nurses and other healthcare professionals: A systematic review. *Journal of Clinical nursing*, 28(23-24), 4276–4297. <https://doi.org/10.1111/jocn.15049>
- Chen, E., Riffin, C., Reid, M. C., Adelman, R., Warmington, M., Mehta, S., & Pillemer, K. (2014). Why is High-Quality Research on Palliative Care So Hard To Do? Barriers to Improved Research from a Survey of Palliative Care Researchers. *Journal of palliative medicine*, 17(7), 782–786. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0589>
- Council of Europe. (29.10.2018). *The provision of palliative care in Europe*. <https://pace.coe.int/en/files/25057/html>
- Duenk, R.G., Verhagen, C., Bronkhorst, E. M., van Mierlo, P., Broeders, M., Collard, S. M., Dekhuijzen, P., Vissers, K., Heijdra, Y., Engels, Y. (2017). Proactive palliative care for patients with COPD (PROLONG): a pragmatic cluster-controlled trial. *International Journal of COPD*, 12, 2795–2806. <https://doi.org/10.2147/COPD.S141974>
- Eason, R., Brighton L. J., Koffman J. & Bristowe, K. (2023). 152 The Responses Study – a qualitative exploration into psychological responses to, and potential influences of, Advance Care Planning discussions for people living with advanced illness[tiivistelmä]. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 13(3), 65. <https://doi.org/10.1136/spcare-2023-PCC.172>

- Eho, S., Hänninen, J., Kannel, V., Pahlman, I. & Halila, R. (2003). Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. (Työryhmäraportti). Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. <https://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a>
- Eklund, A. (2021). *Osaamiskartta: osaamisen kehittäminen työelämässä*. Grano Oy.
- Emanuel, L., von Gunten, C. & Ferris, F. (2000). Advance care planning. *Archives of Family Medicine*, 9(10), 1181–1187.
- Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (2010). *Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat*. Hansaprint Oy.
- Hui, D., Kim, S.-H., Kwon, J., Tanco, K., Zhang, T., Kang, J., Rhondali, W., Chisholm, G. & Bruera, E. (2012). Access to Palliative Care Among Patients Treated at a Comprehensive Cancer Center. *The Oncologist*, 17(12), 1574–1580. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2012-0192>
- Juuti, P. & Puusa, A. (2020). Toimintatutkimus. Sekä toimintaa että tutkimusta. Teoksessa A. Puusa & P. Juuti (toim.), *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Gaudeamus.
- Juuti, P. (2016). *Johtamisen kehittäminen*. PS-kustannus.
- Kain D. & Eisenhauer E. (2016). Early integration of palliative care into standard oncology care: evidence and overcoming barriers to implementation. *Current Oncology* 23(6), 374–377. <https://doi.org/10.3747/co.23.3404>
- Keskitalo, E., & Vuokila-Oikkonen, P. (toim.). (2021). *Yhteiskehittämällä ratkaisuja sote-palveluihin - kansalaiset ja palvelunkäyttäjät mukaan kehittämiseen*. (Diak Työelämä 25). Diakonia-ammattikorkeakoulu. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-493-392-6>
- Korfage, I., Carreras, G., Arnfeldt Christensen, C., Billekens, P., Bramley, L., Briggs, L., Bulli, F., Caswell, G., Červ, B., van Delden, J., Deliens, L., Dunleavy, L., Eecloo, K., Gorini, G., Groenvold, M., Hammes, B., Ingravallo, F., Jabbarian, L., Kars, M., Kodba-Čeh, H., Lunder, U., Miccinesi, G., Mimić, A., Ozbič, Payne, A., Polinder, S., Pollock,



- K., Preston, N., Seymour, J., Simonič, A., Johnsen, A., Toccafondi, A., Verkissen, M., Wilcock, A., Zwakman, M., van der Heide, A. & Rietjens, J. (2022). Advance care planning in patients with advanced cancer: A 6-country, cluster randomised clinical trial. *PLoS Medicine*, 17(11), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003422>
- Kuula, A. (2001). *Toimintatutkimus. Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä*. 2. painos. Vastapaino. Tampere.
- Lehto, J., Marjamäki, E. & Saarto, T. (2019.) Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. *Duodecim*, 135(4), 335–342. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14788>
- Mali K. Schneiter, M. K., Karlekar, M., Crispens, M., Prescott, L. & Brown, A. (2019). The earlier the better: the role of palliative care consultation on aggressive end of life care, hospice utilization, and advance care planning documentation among gynecologic oncology patients. *Supportive Care in Cancer*, 27(5), 1927–1934. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4457-x>
- Morrison, S., Meier, D., Arnold, R. (2021). What's Wrong With Advance Care Planning? *American Medical Association*, 326(16), 1575–1576.
- Pajari, I. (2014). Kuolema maalla ja kaupungissa. Teoksessa Outi Hakola, Sari Kivistö & Virpi. Mäkinen (toim.) *Kuoleman kulttuurit Suomessa*. Gaudeamus.
- Puusa, A. & Juuti, P. (2020). *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Gaudeamus.
- Rietjens, J., Sudore, R., Connolly, M., van Delden, J., Drickamer, M., Droger, M., van der Heide, A., Heyland, D., Houttekier, D., Janssen, D., Orsi, L., Payne, S., Seymour, J., Jox, R. & Korfage, I. (2017). Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncology*, 18(9), 543–551. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(17\)30582-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30582-X)
- Saarto, S. (2017.) Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliativisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%c3%a4rjest%c3%a4minen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Saarto, T., & Finne-Soveri, H. (2019). Palliativisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:14. Sosiaali- ja terveysministeriö.

[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R\\_14\\_19\\_Palliativisen\\_hoidon\\_ja\\_saattohoidon\\_tila.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R_14_19_Palliativisen_hoidon_ja_saattohoidon_tila.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Juntila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammar, T., & Forsius, P. (2022). Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. Ohjaus 4/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144065/OHJ2022\\_004\\_08042022.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144065/OHJ2022_004_08042022.pdf?sequence=4&isAllowed=y)

Salin, S., Melender, H.-L., Lehto, J. Hökkä, M. (2021). Asiantuntijoiden näkemyksiä palliativisen hoidon ja saattohoidon kehittämis- ja tutkimustarpeista. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* (58), 143–157. <https://doi.org/10.23990/sa.94374>

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. (2017). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Tammi.

Shaulov, A., Aviv, A., Alcalde, J., & Zimmermann, C. (2022). Early integration of palliative care for patients with haematological malignancies. *British Journal of Haematology*, 199(1), 14-29. <https://doi.org/10.1111/bjh.18286>

Sinclair, C., Auret, K. A., Evans, S. F., Jane, F., Dormer, S., Wilkinson, A., Greeve, K., Koay, A. & Brims, F. (2020). Impact of a Nurse-Led Advance Care Planning Intervention on Satisfaction, Health-Related Quality of Life, and Health Care Utilization Among Patients With Severe Respiratory Disease: A Randomized Patient-Preference Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 59(4), 848–854. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.11.018>

- Sleeman, K., de Brito, M., Etkind, S., Nkhoma, K., Guo, P., Higginson, I., Gomes, B., Harding, R. (2019.) The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. *The Lancet Global Health*, 7(7). 883-892. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30172-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30172-X)
- Slido. (i.a.) *What is Slido?* Saatavilla 12.5.2024 <https://www.slido.com/about>
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. (12.2.2024). Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus (sote-uudistus). <https://stm.fi/soteuudistus>
- Surakka, T., Mattila, K.-P., Åstedt-Kurki, P., Kylmä, J. & Kaunonen, M. (2014). *Palliativinen hoitotyö*. Fioca Oy.
- Sydänmaanlakka, P. (2012). *Älykäs organisaatio*. Hansaprint Oy. Vantaa.
- Temel, J., Greer, J., Muzikansky, A., Gallagher, E., Admane, S., Jackson, V., Dahlin, C., Blinderman, C., Jacobsen, J., Pirl, W., Billings, A. & Lynch, T. (2010). Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *The New England Journal of Medicine*, 363(8), 733-742. <https://doi:10.1056/NEJMoa1000678>
- Tilastokeskus. (29.12.2017). Kuolemansyyt. [https://www.stat.fi/til/ksyyt/2016/ksyyt\\_2016\\_2017-12-29\\_kat\\_001\\_fi.html](https://www.stat.fi/til/ksyyt/2016/ksyyt_2016_2017-12-29_kat_001_fi.html)
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2023). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohje 2023. [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)
- World Health Organization. (5.8.2020). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Wyatt, D. & Hulbert-Williams, N. (2015). *Cancer and cancer care*. Sage.
- Zimmermann, C., Swami, N., Krzyzanowska, M., Hannon, B., Leighl, N., Oza, A., Moore, M., Rydall, A., Rodin, G., Tannock, I., Donner, A. & Lo, C. (2014). Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*, 383(9930), 1721–1730. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62416-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62416-2)
- Zimmermann, C., Swami, N., Krzyzanowska, M., Leighl, N., Rydall, A., Rodin, G., Tannock, I. & Hannon, B. (2016). Perceptions of palliative care among patients with advanced cancer and their caregivers.

*Canadian Medical Association Journal*, 188(10), 217–226.

<https://doi.org/10.1503/cmaj.151171>

Zwakman, M., Jabbarian, L.-J., Van Delden, J., Van der Heide, A., Korfage, I., Pollock, K., Rietjens, J., Seymour, J., Kars, M. (2018.) Advance care planning: A systematic review about experiences of patients with a life-threatening or life-limiting illness. *Palliative medicine*, 32(8), 1305–1321. <https://doi.org/10.1177/0269216318784474>

## LIITE 1. Motivaatiokirje osallistujille

Hei kaikille!

Osana ylemmän ammattikorkeakoulun tutkintoa teen opinnäytetyötä, joka hyödyntää toimintatutkimuksellista työtettä. Toimintatutkimuksessa pyritään tukemaan toimintaa, joka johtaa oikeudenmukaisempaan, kestävämpään ja tyydyttävämpään tilanteeseen ja parantaa osallistuvien henkilöiden tilannetta.

Tutkimukselle on myönnetty tutkimuslupa kohdeorganisaatiolta (XX).

Toimintatutkimukseeni kuuluu kaksi osallistavaa työpajatyöskentelyä: ensimmäinen toteutuu kesällä 2023 ja toinen syksyllä 2023. Osallistavassa toimintatutkimuksessa painotetaan tutkimuskohteena olevien henkilöiden osallistumista. Keskeistä on työyhteisön jäsenet aktiivisina, muutosta edistävinä asiantuntijoina, joilla on paljon annettavaa.

Ensimmäinen työpaja toteutuu 20.6.2023 klo 14:00-16:00. Paikkana on XX:n kokoustila XX.

Työpajan aiheena on elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Työpajassa pohditaan ennakoivan hoitosuunnitelman elementtejä ja mahdollisuuksia kehittää elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman kokonaisuutta meidän työyksikössämme.

Työpajoihin osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistujilta pyydetään kirjallinen suostumus.

Osallistujien henkilöllisyydet eivät tule kirjallisessa opinnäytetyössä julki. Työpajoissa kerättyä materiaalia säilytetään huolellisesti eikä ulkopuolisilla ole niihin pääsyä. Työpajojen tuottamaa tietoa käytetään opinnäytetyön analyysiosuudessa, ja saadun tiedon avulla kehitetään sekä elämän loppuvaiheen ennakoivaa hoitosuunnitelmaa että erikoissairaanhoidossa toteutettavaa palliativista hoitoa. Opinnäytetyö on luettavissa keväällä 2024.

Toivon runsasta osallistumista, sillä tässä Sinulle tarjoutuu hieno mahdollisuus olla mukana ideoimassa ja kehittämässä yksikkömme työtä!

Alla orientaatioksi 'Hoidon linjaukset ja elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma' -webinaari, joka on vielä pari päivää katsottavissa:

[linkki ei enää käytettävissä]

Mikäli sinulla on kysymyksiä, vastaan niihin mielelläni.

Tervetuloa ideoimaan, kehittämään ja työstämään asiaa yhdessä!

Yhteistyöterveisin,

Aino-Maija Hirvonen  
Sairaanhoitaja YAMK  
Diakonia-ammattikorkeakoulu

## LIITE 2. Suostumuslomake

### **Suostumus osallistumisesta tutkimukseen**

Tämä vapaaehtoinen suostumus koskee osallistumista palliatiivisen työn kehittämisen työpajoihin XX.X.XXXX ja XX.XX.XX sekä näistä työpajoista saadun materiaalin hyödyntämistä osana YAMK-opinnäytetyötä. Osallistumisen voi peruttaa missä tahansa tutkimuksen vaiheessa, mutta keskeytykseen saakka kerättyjä tietoja voidaan edelleen käyttää tutkimuksessa.

Toimintatutkimuksellista työtettä hyödyntävän kehittämistyön tavoitteena on kehittää erikoissairaanhoidossa toteutettavaa varhaisen palliatiivisen hoidon suunnitelmallisuutta ja kokonaisvaltaisuutta. Osallistava toteutusmuoto mahdollistaa työntekijöiden osallistumisen työn kehittämiseen ja edistää potilaiden saamaa laadukasta hoitoa yksikössä.

**Tutkimuksen tekijä:** Aino-Maija Hirvonen, sairaanhoitaja (YAMK)

Vaikuttava asiakas- ja palveluohjaus sosiaali- ja terveysalalla,  
DIAK ammattikorkeakoulu

#### **Työpajojen materiaali:**

Työpajoissa tuotettua ja havainnoimalla kerättyä materiaalia hyödynnetään osana opinnäytetyön aineistoa. Materiaalissa ei tule esille osallistujien henkilöllisyyttä ja se hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen valmistumisen jälkeen.

Tästä suostumuksesta annetaan kopio osallistujille ja alkuperäinen kappale jää tutkijan arkistoon.

#### **Osallistujan tiedot:**

#### **Päiväys, allekirjoitus ja nimenselvennys:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Osallistuja**

**Tutkimuksen tekijä**

## LIITE 3: Artikkelissa esitetty hoitosuunnitelman elementtien kuvaus

<p>Potilaan (läheisten) käsitykset, toiveet ja pelot</p>	<p>Suhtautuminen vakavaan sairauteen ja ennusteeseen Tärkeät seikat elämänlaadun kannalta Toiveet ja pelot elämän loppuvaiheessa Lähin omainen Hoitotahdon sisältö, jos se on tehtynä</p>
<p>Hoidon tavoitteet</p>	<p>Hoitolinja, jos määriteltävissä Oireiden hallinta Psykososiaaliset ja eksistentiaaliset tarpeet</p>
<p>Hoitomenetelmät tällä hetkellä</p>	<p>Hoitojen uudelleen arviointi ennusteeseen nähden Oireiden lääkehoito ja lääkkeetön hoito Psykososiaalinen ja eksistentiaalinen tuki</p>
<p>Hoidon rajaukset</p>	<p>Tarvittaessa päätökset esimerkiksi: Elvytyksestä, tehohoidosta ja hengitystuesta Tutkimuksista ja toimenpiteistä Nesteytys- tai ravitsemushoidoista Sairaalasiirroista</p>
<p>Elämän loppuvaiheen hoito käytännössä</p>	<p>Hoidosta vastaava yksikkö sairauden pahentuessa ja elämän loppuvaiheessa Yhteystaho virka-aikana ja sen ulkopuolella Suunniteltu saattohoitopaikka Koti (kotisairaala/kotisairaanhoito) Ympäri vuorokautisen hoidon yksikkö Terveyskeskussairaala tai muu sairaala Saattohoito-osasto tai -koti Pääsy sovitusti tukiosastolle Edellytykset hoitaa kotona tai ympärivuorokautisen hoidon yksikössä Lääkityksen saatavuus Oirehoidon osaaminen Suunnitelma akuuttitilanteiden varalle (esimerkiksi infektiot) Ympäri vuorokautinen konsultaatiomahdollisuus Kotisairaalan tuki Suunnitelma kuolemaan johtavan pahenemisvaiheen varalle (esim. sydän- ja keuhkosairaudet) Konsultaatiotaho ongelmatilanteissa Kotisairaala Sairaalan palliatiivinen yksikkö Päivystysjärjestelmän tuki kriisitilanteissa Eriytilanteisiin varautuminen (esim. palliatiivinen sedaatio) Läheisten tuen järjestäminen mukaan lukien jälkihoito potilaan kuoltua</p>



## LIITE 4. 1. Työpajan sisältö

	Sisältö	Käytetty aika (minuutteina)
Aloitus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Saapuminen työpajaan</li> <li>Ryhtiin jakautuminen</li> <li>Suostumuslomakkeen täyttäminen</li> </ul>	15
Alustus aiheeseen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Opinnäytetyön sisältö ja tavoitteet</li> <li>Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma</li> </ul>	10
Mentimeter-kysymykset	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kuinka hyvin koet ymmärtäväsi elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman?</li> <li>Mitä ajatuksia elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma Sinussa herättää?</li> </ul>	5
Ennakoivan hoitosuunnitelman rakenne ja mahdollisuudet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elementtien listan esittely</li> </ul>	10
Ohjeistus ryhmätyöhön	Kaksi ryhmää kahdessa eri pöydässä Ryhmät saivat elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman elementtien listan Työpajan järjestäjä esitti kysymyksiä, joita pohdittiin ryhmissä Ryhmien ajatuksia koottiin post-it-lapuille ja erillisille papereille	5
1. tehtävä	Tutkikaa elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman elementtien listaa.  Miten arvioisit listaa palliatiivisen hoidon ammattilaisen näkökulmasta? Onko palliatiivisen hoidon elementtejä, joita lisäisitte listan kuhunkin kohtaan?	10
2. tehtävä	Onko ohjelistassa sellaisia asioita, jotka nousevat esille nimenomaan palliatiivisen keskuksen potilastyössä ja miten?	10
3. tehtävä	Kuinka listaa voisi hyödyntää käytännön työssä?	10
4. tehtävä	Millaisia esteitä käytännön työssä on käydä elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman keskusteluja?	10
5. tehtävä	Mitä muita ajatuksia, kehittämisideoita ja vaihtoehtoja ohjelistasta tulee esille?	15
Koonti	Ajatusten kokoaminen	15

## LIITE 5. 2. Työpajan sisältö

	Sisältö	Käytetty aika (minuutteina)
Aloitus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Saapuminen työpajaan</li> <li>Ryhtiin (/pöytiin) jakautuminen</li> <li>Suostumuslomakkeen täyttäminen</li> </ul>	10
Alustus aiheeseen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite</li> <li>Keskeiset käsitteet</li> </ul>	2
1. Työpajan satoa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Yhteenveto ensimmäisestä työpajasta</li> </ul>	3
2. Työpajan tavoite	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kehittää elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman prosessia</li> <li>Pohtia, mitä ennakoivan hoitosuunnitelman lista toisi käytännön työhön</li> <li>Miettiä suunnitelmaan liittyvien asioiden jakamista eri ammattiryhmien välillä</li> <li>Yhtenäisemmät toimintamallit</li> <li>Kehittämisen jatkosuunnitelma</li> </ul>	5
Ohjeistus ryhmätyöhön	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ryhmät jo valmiina pöytiin jakautuneina</li> <li>Kirjurin valinta</li> </ul>	5
1. Tehtävä (yksilötehtävä)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tutkikaa elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman elementtien listaa.</li> <li>Kirjaa listan eri kohtiin, mikä ammattiryhmä Sinun mielestäsi voisi käydä potilaan kanssa läpi kyseisen asian (lääkäri/hoitaja/joku muu)</li> </ul>	5
2. tehtävä	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vertaillkaa listojen eroja ja keskustelkaa niistä:</li> <li>Mitkä olivat eroavaisuuksia?</li> <li>Muutama nosto – kuka tekee ja miksi kuuluu juuri tietylle ammattiryhmälle?</li> <li>Nousiko sellaisia asioita, jotka olisivat selkeästi hoitajalle?</li> </ul>	10
3. tehtävä	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jos listasta tehtäisiin lyhyempi check list-tyyppinen apuväline työhön...</li> <li>Mikä muuttuisi?</li> <li>Helpottuisiko jokin asia?</li> <li>Lisäisikö/vähentäisikö se työkuormaa?</li> </ul>	10
4. tehtävä	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ajatuksia jatkostepeistä</li> <li>Mitä pitäisi tehdä, että lista tulisi oikeasti käyttöön?</li> <li>Ehdotuksia, ideoita?</li> </ul>	10
5. tehtävä	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jos varsinaista 'check listiä' ei oteta käyttöön, mitä muita keinoja meillä olisi edistää ennakoivien hoitosuunnitelmien tekemistä yksikössämme?</li> </ul>	10
Koonti	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ryhmät kertovat keskeiset ajatukset</li> <li>Yhteistä keskustelua</li> </ul>	20
Loppusanat ja palaute	<ul style="list-style-type: none"> <li>Slido-kysely</li> <li>Kiitokset</li> </ul>	5