

Johanna Heino & Milla Nikkilä

VERKOSTOYHTEISTYÖ PALLIATIIVISEN POTILAAN HOIDOSSA

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Pro gradu -tutkielma
Huhtikuu 2019

TIIVISTELMÄ

Johanna Heino & Milla Nikkilä: Verkostoyhteistyö palliatiivisen potilaan hoidossa
Pro gradu -tutkielma
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden tutkinto-ohjelma
Huhtikuu 2019

Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa on pyritty kehittämään Suomessa viime vuosina. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä on pidetty keskeisenä kehittämiskohteena, koska sen avulla voidaan parantaa hoidon saatavuutta, yhtenäisyyttä ja laatua.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata moniammatillisen palliatiivisen hoidon yhteistyöverkoston toimijoiden kokemuksia verkoston toiminnasta nykyhetkellä ja selvittää miten toimintaa voisi jatkossa kehittää. Tutkimusaineisto kerättiin keväällä 2018 erään sairaanhoitopiirin alueelta sähköisellä lomakkeella, johon sisältyivät IIC-mittari ja kolme avointa kysymystä, sekä kahdella ryhmähaastattelulla. Kyselylomakkeeseen vastasi 10 sairaanhoitajaa ja 9 lääkäriä. Ryhmähaastatteluihin osallistui 7 sairaanhoitajaa. IIC-mittarilla kerätty aineisto analysoitiin tilastollisesti ja avoimet kysymykset sekä ryhmähaastattelut deduktiivisella sisällönanalyysillä.

Moniammatillinen verkostoyhteistyö on edistänyt eri toimijoiden välistä yhteistyötä ja kanssakäyminen jäsenten välillä koetaan verkoston toimintaa tukevaksi. Verkoston toimintaa vaikeuttaa kuitenkin osin jäsentymätön yhteistyö sekä jäsenten vaihteleva osallisuus toimintaan. Verkostossa on sen toimintaa tukevia yhteydenpidon käytänteitä, joskin ne koetaan osin epäyhtenäisiksi. Verkoston toiminnan kehittämiseksi eri organisaatioiden välistä yhteistyötä sekä yhteydenpitokäytänteitä tulisi edelleen kehittää verkoston tarpeet huomioiden. Lisäksi verkostotyöskentelyn kehittämiseen tulisi kiinnittää huomiota ja moniammatillista yhteistyötä tulisi hyödyntää verkostotyöskentelyssä enemmän. Verkostotyöskentelyn kehittämisen tulisi olla pitkäjänteistä toimintaa.

Keskussairaalassa on otettu käyttöön uusia palliatiivisen hoidon toimintamalleja ja henkilöstön palliatiivisen hoidon asiantuntemus on lisääntynyt. Palliatiivisten hoitolinjausten käytännöissä on kuitenkin edelleen yksikkökohtaista vaihtelua. Myös alueen terveyskeskukset ovat edelleen eri vaiheissa palliatiivisen hoidon kehittämisessä. Potilaiden ja heidän läheistensä mahdollisuudet osallistua hoitoon koetaan riittämättömiksi, vaikka osallisuutta on pyritty vahvistamaan. Verkostolle on alussa laadittu yhteiset tavoitteet, mutta toimintaa ei ole arvioitu systemaattisesti. Nykyhetken tavoitteet ovat epäselvät ja epävarmuus verkoston tulevaisuudesta vaikeuttaa uusien tavoitteiden asettamista. Tavoitteiden systemaattisen asettamisen ja arvioimisen tulisi olla säännöllistä verkoston toiminnassa.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä palliatiivisen hoidon yhteistyöverkoston toimintaa ja siten edesauttaa palliatiivisen potilaan hoidon kehittämistä ja yhtenäistämistä Suomessa ja kansainvälisesti.

Avainsanat: verkostoyhteistyö, moniammatillisuus, palliatiivinen hoito, saattohoito, hoitohenkilökunta, IIC-mittari

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

ABSTRACT

TAMPERE UNIVERSITY

Faculty of Social Sciences

Health sciences, Nursing science

JOHANNA HEINO & MILLA NIKKILÄ: Network collaboration in palliative patient care

Master's thesis, 60 pages and 4 appendices

Supervisors: PhD, Professor Eija Paavilainen and Adjunct Professor, University lecturer Jari Kylmä

April 2019

Efforts have been made to develop palliative care in Finland in recent years. Collaboration between specialized medical care and primary health care has been identified as a key development objective as it can improve access to care as well as unity and quality of care.

The purpose of the study was to describe the experiences of the members of the multiprofessional palliative care network at present time and to find out how the activity could be developed in the future. The research material was collected in spring 2018 from an area of a hospital district using an electronic form, which included an Index of Interdisciplinary Collaboration (IIC-instrument) and three open questions, and two group interviews. 10 nurses and 9 doctors responded to the questionnaire. 7 nurses participated in group interviews. The data collected by the IIC-instrument were analyzed statistically. The data collected by open questions and group interviews were analyzed with deductive content analysis.

Multidisciplinary network collaboration has fostered co-operation between different actors and interaction between members is seen as supporting network activities. However, the operation of the network is partly hampered by unstructured cooperation and the varying involvement of members. The network has communication practices that support its activities, although they are perceived to be partly uneven. In order to develop the network, cooperation between different organizations and communication practices should be further developed, taking into account the needs of the network. In addition, attention should be paid to the development of networking work and multi-professional cooperation should be used more in networking. The development of networking work should be a long-term activity. New modes of operation in palliative care have been introduced at the Central Hospital and the expertise of palliative care has increased. However, there are still variations in the practices of palliative care in different units. The health care centers in the area are also at different stages in the development of palliative care. The ability of patients and their relatives to participate in palliative care is reckoned to be inadequate, although efforts have been made to strengthen their involvement. Common goals have been set for the network at first, but the activity has not been systematically evaluated. The current objectives are unclear and uncertainty about the future of the network makes it difficult to set new targets. The systematic setting and evaluation of targets should be a regular activity of the network.

The results of the study can be utilized in developing the operation of palliative care collaboration networks and thus contribute to the development and harmonization of palliative care in Finland and internationally.

Keywords: network collaboration, multiprofessionalism, palliative care, terminal care, health-care personnel, Index of Interdisciplinary Collaboration

SISÄLLYS

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	1
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	4
2.1 Tutkimuksen tiedonhaku	4
2.2 Moniammatillinen yhteistyö.....	4
2.2.1 Keskinäinen riippuvuus ja joustavuus.....	5
2.2.2 Uudet ammatilliset toimintatavat	6
2.2.3 Yhteiset tavoitteet.....	7
2.2.4 Prosessin reflektointi	7
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	9
4 AINEISTO JA MENETELMÄT.....	10
4.1 Tutkimuksen aineistonkeruu	10
4.1.1 Kyselylomake	10
4.1.2 Ryhmähaastattelut	12
4.2 Aineiston analysointi.....	14
5 TULOKSET	17
5.1 Taustatiedot	17
5.2 Moniammatillisen yhteistyön nykytilanne	18
5.2.1 Keskinäinen riippuvuus ja joustavuus.....	19
5.2.2 Uudet ammatilliset toimintatavat	25
5.2.3 Yhteiset tavoitteet.....	30
5.2.4 Prosessin reflektointi	33
5.3 Moniammatillisen yhteistyön kehittämistarpeet	36
5.3.1 Keskinäinen riippuvuus ja joustavuus.....	37
5.3.2 Uudet ammatilliset toimintatavat	39
5.3.3 Yhteiset tavoitteet.....	42

5.3.4	Prosessin reflektointi	42
6	POHDINTA	44
6.1	Tulosten tarkastelu	44
6.1.1	Keskinäinen riippuvuus ja joustavuus.....	44
6.1.2	Uudet ammatilliset toimintatavat	46
6.1.3	Yhteiset tavoitteet.....	48
6.1.4	Prosessin reflektointi	48
6.1.5	IIC-mittari.....	48
6.2	Luotettavuus	50
6.3	Eettisyys	52
6.4	Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet.....	54
	LÄHTEET	56
	LIITTEET.....	62
	Liite 1. Tiedote kyselylomakkeeseen vastaajille.....	62
	Liite 2. Ryhmähaastattelun kysymykset.....	63
	Liite 3. Tiedote ryhmähaastatteluun osallistujalle kutsun yhteyteen annettavaksi	64
	Liite 4. Suostumuslomake ryhmähaastatteluun osallistujille	65

KESKEISET KÄSITTEET

Erikoissairaanhoito Lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaiset terveydenhuollon palvelut, joista suurin osa järjestetään sairaaloissa (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326, STM 2018).

Hoitajaverkosto Hoitajaverkoston jäsenet työskentelevät niillä keskussairaalan osastoilla, joilla hoidetaan palliatiivisia potilaita. He vastaavat palliatiivisen hoitotyön kehittämisestä omilla osastoillaan.

Koko verkosto Keskussairaalan ja terveyskeskusten palliatiivisessa hoitoketjussa mukana olevat lääkärit ja hoitajat.

Lupapaikka Potilaalle voidaan sopia ns. lupapaikka oman terveyskeskuksen vuodeosastolta, jos saattohoitoa toteutetaan kotona. Tällöin potilas voi siirtyä kotoa suoraan terveyskeskuksen vuodeosastolle oireiden vaikeutuessa tai potilasta hoitavan läheisen uupuessa, riippumatta vuorokauden ajankohdasta. Lupapaikan käyttöön ei tarvita lääkärin vastaanotolla käymistä. (PKSSK 2018.)

Palliatiivinen hoito Kokonaisvaltaista ja aktiivista hoitoa parantumattomasti sairaan potilaan ja hänen läheistensä oireiden lievittämiseksi (Saarto 2017). Palliatiivisen hoidon avulla pyritään parantamaan potilaan ja hänen läheistensä elämänlaatua ennaltaehkäisemällä sekä helpottamalla fyysisistä, psykososiaalisista ja henkisistä ongelmista johtuvaa kärsimystä ongelmien varhaisen tunnistamisen sekä hoidon avulla (WHO 2018).

Palliatiivinen hoitolinjaus Hoitolinjauksen avulla määritellään hoidon tavoite, joka takaa potilaalle parhaan mahdollisen hoidon välttämättä kärsimystä lisääviä tai hyödyttömiä hoitoja (Käypä hoito -suositus 2018).

Perusterveydenhuolto Väestön terveydentilan seurannan, terveyden edistämisen sekä erilaisten palveluiden järjestäminen kunnassa, jotka tuotetaan kunnan terveyskeskuksessa. Kunta voi järjestää terveyskeskuspalvelut itse, yhdessä muiden kanssa tai ostaa palvelut yksityisiltä palveluntuottajilta. (STM 2018.)

Saattohoito Ihmisen viimeisille elinviikoille tai päiville ajoittuva osa palliatiivista hoitoa (STM 2018). Saattohoidolla pyritään tarjoamaan tukea ja yksilöllistä hoitoa kuolevalle ihmiselle ja hänen läheisilleen sekä antaa heille mahdollisuus valmistautua lähestyvään kuolemaan (Valvira 2018).

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Palliatiivisen hoidon tarve on kasvanut sekä Suomessa että maailmanlaajuisesti vakavien sairauksien hoitomuotojen kehittyessä ja eliniän pidentyessä (OECD 2011; WPCA & WHO 2014). WHO:n arvion mukaan palliatiivista hoitoa tarvitsisi Suomessa vuosittain vähintään 30 000 henkilöä, joista vain osa pääsee tällä hetkellä suunnitelmallisen palliatiivisen hoidon piiriin (Saarto & Luoma 2019; Saarto 2017; WPCA & WHO 2014). Sosiaali- ja terveysministeriö on pyrkinyt parantamaan hoidon laatua ja saatavuutta joulukuussa 2017 julkaistulla suosituksella palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä Suomessa. Eduskunta myönsi samanaikaisesti miljoonan euron määrärahan käytettäväksi palliatiivisen hoidon ja saattohoidon parantamiseen vuoteen 2020 mennessä. Suosituksen mukaan palliatiivisen hoidon järjestämisestä on tehtävä alueellinen järjestämissopimus, jossa sovitaan työnjaosta terveydenhuollon toimijoiden kesken. Hoidon toteutus jaetaan vaativuuden mukaan kolmen portaaseen. Perustason palvelut toteutetaan lähellä potilaan kotia ja niihin sisältyvät muun muassa palveluasumisessa ja kotisairaanhoidossa toteutettu palliatiivinen hoito. Erityistasolla henkilöstö työskentelee päätoimisesti palliatiivisten ja saattohoitopotilaiden parissa. Erityistason hoitoa antavat muun muassa saattohoito-osastot ja -kodit. Vaativan erityistason hoito toteutetaan yliopistosairaanhoidopiirien palliatiivisissa keskuksissa. Potilaalla ja hänen läheisillään on oltava mahdollisuus suunnitelmalliseen palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon yhdenvertaisesti asuinpaikastaan riippumatta. Palliatiivista hoitoa on suunniteltava riittävän aikaisessa vaiheessa yhteistyössä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Jokaiselle potilaalle tulee laatia kirjallinen hoitosuunnitelma, jossa huomioidaan sairauden eteneminen ja potilaan sekä hänen läheistensä toiveet hoidon toteuttamisesta. Hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa tulee hyödyntää aiempaa tehokkaammin moniammatillisia yhteistyöverkostoja. (Saarto 2017.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on kartoittanut palliatiivisen hoidon ja saattohoidon nykytilaa Suomessa suosituksen julkaisun jälkeen ja julkaisi sitä käsittelevän raportin alkuvuodesta 2019. Raportissa todetaan palliatiivisen hoidon saatavuudessa olevan suuria alueellisia eroja, etenkin erityistason palvelujen saatavuuden suhteen. Hoitoketjuja tulisi jatkossa kehittää maakuntatasoisesti ja luoda kattava erityistason palveluverkko koko Suomen alueelle. Hoitoketjujen tulisi ulottua myös palveluasumiseen, koska palvelutaloissa asuvien elämän loppuvaiheen hoidossa on paljon puutteita. Päätös palliatiivisesta hoidosta jää usein tekemättä, koska hoitoa tarvitsevia ei tunnisteta ajoissa. Erityistason ja perustason yhteistyön tulisi olla nykyistä kiinteämpää ja moniammatillista toimintaa tulisi kehittää, jotta potilaan hoito voidaan toteuttaa kokonaisvaltaisesti. Terveydenhuollon

henkilöstön osaamisen puutteet vaikeuttavat merkittävästi laadukkaan hoidon järjestämistä, joten koulutusta tulisi jatkossa kehittää niin, että jokaisella terveydenhuollon ammattilaisella olisi vähintään perustason osaaminen palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. (Saarto & Luoma 2019.)

Palliatiivisen hoidon kehittämistä Suomessa ovat rajoittaneet muun muassa taloudelliset syyt, kuten pelko terveydenhuollon kustannusten kohoamisesta. Palliatiivisen hoidon tarjoaminen yhä useammille potilasryhmille voi tutkimusten mukaan kuitenkin jopa vähentää terveydenhuollon kokonaiskustannuksia. Kustannuksia koskevissa tutkimuksissa on todettu viimeisten kuukausien ja viikkojen ennen kuolemaa olevan yhteiskunnalle kalleimmat. Potilaille on elinajan loppupuolella usein toistuvasti tarvetta kalliille erikoissairaanhoidon palveluille, kuten päivystyskäynneille ja vuodeosastohoidolle. (Haltia ym. 2017; Scaccabarozzi ym. 2017; Youens & Moorin 2017.) Myös Suomessa julkaistussa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tilaa koskevassa raportissa todetaan akuuttiosastojen ja päivystyksen käytön olevan edelleen tavallista palliatiivisten potilaiden hoidossa (Saarto & Luoma 2019). Laadukkaan palliatiivisen hoidon piiriin päässeet potilaat saavat tukea ja apua erilaisiin oireisiinsa ennakoivasti, jolloin tarve hakeutua äkillisesti sairaalahoitoon vähenee (Higginson & Evans 2010; Leclerc ym. 2014; Cassel ym. 2016; Brereton ym. 2017; May ym. 2017; Scaccabarozzi ym. 2017; Youens & Moorin 2017). Akuutin hoidon tarpeen väheneminen voi johtaa terveydenhuollon kokonaiskustannusten alenemiseen. Palliatiivisen hoidon piirissä olevien potilaiden terveydenhuollon kustannuksia alentaa lisäksi tarpeettomien tutkimusten ja lääkehoitojen välttäminen. Hoidon ja tutkimusten rajoittaminen edellyttää huolellista hoidon suunnittelua yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa riittävän varhaisessa vaiheessa. (May ym. 2017.)

Vaikeasti sairaiden potilaiden ja heidän perheidensä on todettu hyötyvän monin eri tavoin suunnitelmallisesta palliatiivisesta hoidosta, jossa heidän elämäntilanteensa huomioidaan kokonaisuutena. Palliatiivisen hoidon aloittaminen lisää tavallisesti potilaiden ja heidän läheistensä tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon. Lisäksi palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden elämänlaatu on muita samankaltaisessa tilanteessa olevia parempi ja heillä on enemmän valmiuksia selviytyä kipujen sekä muiden elämäänsä rajoittavien oireiden kanssa. Potilaat saavat myös mahdollisuuden elää halutessaan loppuun saakka omassa kodissaan. (Higginson & Evans 2010; Candy ym. 2011; Gomes ym. 2013; Rabow ym. 2013; Leclerc ym. 2014.)

Palliatiivisen hoidon järjestämisessä ja koordinoinnissa on todettu olevan puutteita sekä Suomessa että muissa maissa. Puutteita on pyritty useissa maissa ratkaisemaan perustamalla moniammatillisia palliatiiviseen hoitoon erikoistuneita tiimejä ja verkostoja (Saarto & Luoma 2019; Lynch ym. 2010; Sussman 2012; Herbst ym. 2018; Rosenberg 2018). Verkostomaista yhteistyötä on pidetty erityisen

tärkeänä palliatiivisessa hoidossa, koska yksittäisen potilaan hoitoon osallistuu tavallisesti useita eri toimijoita ja ammattiryhmiä, joiden antaman hoidon tulisi täydentää toisiaan. Palliatiivisen hoidon verkostot ovat tästä johtuen olleet viime vuosina myös tieteellisen mielenkiinnon kohteena. Toimivan yhteistyön saavuttamiseksi palliatiivisen hoidon moniammatilliseen yhteistyöhön osallistuvilla tulisi olla hyvät vuorovaikutustaidot, selkeästi määritellyt roolit sekä yhteinen näkemys tavoitteista. Lisäksi moniammatillisen tiimin jäsenten välillä tulisi vallita luottamus ja kunnioitus toisia tiimin jäseniä ja heidän osaamistaan kohtaan. (Ceronky ym. 2013; Pype ym. 2013, Kobayashi & McAllister 2016.) Palliatiiviseen hoitoon osallistuvien ammattilaisten yhteistyön toimivuudella on merkitystä myös potilaalle. Herdenin ym. (2018) tutkimuksen mukaan potilaiden käsitys hoitoonsa osallistuvien ammattilaisten yhteistyön toimivuudesta oli yhteydessä heidän kokemukseensa hoidon laadusta. Mitä toimivampana potilaat pitivät ammattilaisten yhteistyötä, sen parempana he pitivät saamansa hoidon laatua. Palliatiivisen hoidon verkoston perustaminen ei kuitenkaan automaattisesti paranna hoidon laatua tai ratkaise hoidon koordinointiin liittyviä ongelmia. Yhteistyössä voi ilmetä monenlaisia ongelmia, joten verkoston toiminta tulisi suunnitella huolellisesti ja arvioida toimintaa kriittisesti säännöllisin väliajoin. (Walshe ym. 2007; Zimmermann ym. 2008; Ceronky ym. 2013; Herbst ym. 2018.)

Palliatiivisen hoidon kehittäminen ja yhtenäistäminen tulevat olemaan mittava haaste Suomen terveydenhuollolle. Toimivat moniammatilliset perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyöverkostot ovat aiemman tutkimuksen mukaan välttämättömiä laadukkaan ja sujuvan palliatiivisen hoidon tuottamiseksi. Useilla paikkakunnilla palliatiivisen hoidon yhteistyöverkostojen perustaminen on vasta alussa, joten yhteistyön toimivuudesta Suomen terveydenhuollossa ei ole juurikaan tutkittua tietoa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata palliatiivisen hoidon moniammatillisen yhteistyöverkoston toimijoiden kokemuksia verkoston toiminnasta nykyhetkellä. Lisäksi tarkoituksena on kuvata, miten yhteistyöverkoston toimintaa tulisi jatkossa kehittää. Tavoitteena on tutkitun tiedon avulla kehittää palliatiivisen hoidon yhteistyöverkostojen toimintaa ja siten edesauttaa palliatiivisen potilaan hoidon kehittämistä ja yhtenäistämistä Suomessa ja kansainvälisesti.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Tutkimuksen tiedonhaku

Tiedonhaku toteutettiin eri hakusanojen yhdistelmillä syksyllä 2017 Medic-, Medline- ja Cinahl-tietokannoissa ja sitä päivitettiin alkuvuodesta 2019. Ensimmäisen tiedonhaun yhteydessä käytettiin apuna informaation ohjausta. Hakusanojen määrittelyssä hyödynnettiin tutkimuskysymyksiin pohjautuvaa PICO-formaattia ja tietokantojen MeSH-asiasanastoa sekä tietokantojen testihakuja. Hakusanoina yhteistyöstä käytettiin seuraavia sanoja: “alliance”, “interinstitutional collaboration”, “interprofessional relations”, “interinstitutional relations”, “collaboration”, “collaboration in healthcare”, “networking, professional”, “cooperation” ja “community networks”. Terveystieteiden henkilöstöstä käytettiin haussa seuraavia asiasanoja: ”nurses”, ”physician” ja “health personnel”. Palliatiivisesta hoidosta hakusanoina käytettiin: “palliative care”, “hospice and palliative nursing”, “end of life care”, “terminal care”, ja “hospice care”. Mittaria kuvaavina hakusanoina käytettiin: ”scales”, ”questionnaires”, ”surveys” ja ”indicator”. Tiedonhaku rajattiin koskemaan palliatiivisen hoidon kontekstissa käytettyä yhteistyön mittaria, terveydenhuoltohenkilöstöä ja suomen- tai englanninkielisiä tieteellisiä vertaisarvioituja artikkeleita. Tutkimusten tuli olla julkaistu 2000-luvulla. Hakutuloksista poissuljettiin tutkimukset, jotka eivät käsitelleet aikuisia, moniammatillista yhteistyötä tai joissa näkökulma oli jonkun muun kuin terveydenhuoltohenkilöstön.

Lisäksi tutkimuksen tiedonhaussa toteutettiin manuaalista hakua tutkimusartikkelien lähdeluetteloiden perusteella sekä *Hoitotiede-* ja *Tutkiva hoitotyö* -lehden vuosikertoihin 2007-2017 välisenä aikana. Tietokannoista etsittiin tutkimusartikkeleita myös tutkimukseen valitun IIC-mittarin ja sitä käyttäneiden tutkijoiden nimellä, jotta saatiin tietoa siitä, miten Bronsteinin (2002, 2003) moniammatillisen yhteistyön mallia on käytetty aiemmissa tutkimuksissa.

2.2 Moniammatillinen yhteistyö

Tämän tutkimuksen teoreettisena viitekehyksenä toimii Laura Bronsteinin (2002, 2003) moniammatillisen yhteistyön malli. Mallia on käytetty aiemmin teoreettisena viitekehyksenä useissa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon moniammatillista yhteistyötä koskevissa tutkimuksissa (Parker-Oliver ym. 2005; Parker Oliver & Peck 2006; Parker Oliver ym. 2007; Wittenberg-Lyles & Parker

Oliver 2007; Wittenberg-Lyles ym. 2008; Wittenberg-Lyles ym. 2010; Kobayashi & McAllister 2014; Kobayashi & McAllister 2016). Bronstein (2002, 2003) kuvaa mallissaan moniammatillisen yhteistyön muodostuvan viidestä osa-alueesta, jotka ovat keskinäinen riippuvuus, joustavuus, uudet ammatilliset toimintatavat, yhteiset tavoitteet ja prosessin reflektointi.

2.2.1 Keskinäinen riippuvuus ja joustavuus

Moniammatillisen yhteistyön muodostavista osa-alueista keskinäinen riippuvuus ja joustavuus ovat merkitykseltään lähellä toisiaan. Nämä osa-alueet on osassa aiemmista tutkimuksista yhdistetty toisiinsa (Parker Oliver ym. 2005; Wittenberg-Lyles & Parker Oliver 2007; Wittenberg-Lyles ym. 2010; Brian ym. 2015). Keskinäisellä riippuvuudella tarkoitetaan tapaa, jolla ammatillaiset ovat toisistaan riippuvaisia työssään ja tavoitteiden saavuttamisessa. Ammatillisilla tulisi olla selkeä käsitys omasta ja muiden ryhmässä toimivien rooleista sekä niiden eroista. Keskinäiseen riippuvuuteen sisältyy kunnioitus toisten mielipiteitä ja ammatillista osaamista kohtaan sekä muodollinen ja epämuodollinen vuorovaikutus, kuten puhuttu ja kirjoitettu viestintä. Joustavuus sen sijaan viittaa enemmän ammatillisten roolien tahalliseen sekoittamiseen ja kykyyn tehdä kompromisseja sekä ratkaista ristiriitatilanteita huolimatta siitä, että se edellyttäisi oman ammatillisen autonomian vähentymistä. (Bronstein 2002, 2003.) Tässä tutkimuksessa keskinäistä riippuvuutta ja joustavuutta käsitellään yhtenäisenä osa-alueena.

Palliativista hoitoa ja saattohoitoa koskevissa tutkimuksissa moniammatillista yhteistyötä on pidetty välttämättömänä edellytyksenä potilaan kokonaisvaltaisen hoidon toteuttamiselle. Ryhmässä työskentelemällä ammatillaiset voivat sekä laajentaa omaa osaamistaan että hyödyntää muiden tieteenalojen edustajien asiantuntemusta parantaakseen potilaan saamaa hoitoa. Ryhmän jäsenten palliativisen hoidon asiantuntemus ja pitkä työkokemus vahvistavat ryhmän osaamista. (Parker Oliver ym. 2005; Parker Oliver & Peck 2006; Bainbridge 2015; Kobayashi & McAllister 2016.) Palliativisen hoidon yhteistyöryhmän jäsenet ovat tavallisesti useiden eri alojen ammatilaisia, kuten lääkäreitä, hoitajia, sosiaalityöntekijöitä, ravitsemusterapeutteja, fysioterapeutteja sekä hengellisen työn tekijöitä. Jokaisen ryhmän jäsenen tulisi pystyä tunnistamaan oma ammatillinen roolinsa ja sen erot muiden jäsenten rooleihin, mutta olla samanaikaisesti valmis joustamaan roolistaan tarvittaessa. Roolit voivat moniammatillisessa työryhmässä poiketa tavanomaisesta ammatillisesta roolijaosta. Palliativisen hoidon tiimityössä voidaan esimerkiksi jakaa vastuuta potilaan hoidosta tasaisemmin koko ryhmän kesken, sen sijaan että lääkäri kantaisi pääasiallisen vastuun ja tekisi hoitopäätökset yksin, kuten terveydenhuollossa perinteisesti on toimittu. (Bronstein 2002, 2003; Kobayashi & McAllister 2016.) Palliativisen hoidon moniammatillisissa ryhmissä on pidetty tärkeänä myös

valmiutta roolirajojen tahalliseen ylittämiseen potilaan hoidon sitä vaatiessa (Bronstein 2003; Parker Oliver & Peck 2006; Kobayashi & McAllister 2016).

Moniammatillisen ryhmän toiminnan kannalta on tärkeää, että jokaisen jäsenen mielipiteitä ja ammatillista osaamista arvostetaan ja ryhmässä vallitsee keskinäinen luottamus, kunnioitus sekä tasa-arvo (Bronstein 2002, 2003; Parker Oliver & Peck 2006; Kobayashi & McAllister 2016). Eri tieteenoilla voi olla hyvin erilainen ihmiskäsitys ja suhtautumistapa palliatiiviseen hoitoon, mikä saattaa aiheuttaa ryhmässä konflikteja sekä kokemuksen siitä, että jokaisen asiantuntemusta ei arvosteta yhtä paljon. Joidenkin aiempien tutkimusten mukaan palliatiivisen hoidon yhteistyöryhmissä on koettu lääketieteen olevan hallitsevassa asemassa muihin tieteenaloihin nähden. Tästä johtuen potilaan fyysisten oireiden hoitamista on pidetty ryhmässä merkityksellisempänä kuin psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden täyttymistä. (Parker Oliver & Peck 2006; Wittenberg-Lyles ym. 2008; Kobayashi & McAllister 2016).

Parker Oliverin ja Peckin (2006) tutkimuksessa haastateltujen saattohoidossa työskentelevien sosiaalityöntekijöiden mukaan luottamuksella ja vuorovaikutuksella on kiinteä yhteys toisiinsa. Keskustelu ylläpitää luottamusta ryhmän jäsenten kesken ja keskusteluyhteyden kadotessa luottamus on rakennettava uudestaan. Vuorovaikutusta on pidetty yhtenä tärkeimmistä tekijöistä ryhmän toiminnan kannalta muissakin tutkimuksissa. Ryhmän toiminnalle on eduksi se, että ryhmän jäsenillä on hyvät vuorovaikutustaidot ja riittävästi tilaisuuksia kommunikoida toistensa kanssa sekä virallisesti että epävirallisesti. Epäviralliset keskustelut ja toisiin ryhmäläisiin tutustuminen voivat parantaa ryhmän ilmapiiriä ja lisätä voimavaroja. Toimivien vuorovaikutussuhteiden avulla ryhmä kykenee myös ratkaisemaan jäsenten välisiä konfliktitilanteita sekä tekemään kompromisseja. (Bronstein 2003; Parker Oliver & Peck 2006; Kobayashi & McAllister 2016.)

2.2.2 Uudet ammatilliset toimintatavat

Uudet ammatilliset toimintatavat viittaavat erilaisiin toimintoihin, ohjelmiin ja rakenteisiin, jotka syntyvät yhteistyön tuloksena ja joita ryhmän jäsenet eivät olisi kyenneet luomaan toimiessaan yksin. Moniammatillisessa työryhmässä yhdistyvät eri alojen ammattilaisten vahvuudet ja erityinen osaaminen, jolloin on mahdollista luoda täysin uudenlaisia toimintamalleja. (Bronstein 2002, 2003.)

Wittenberg-Lyles ja Parker Oliver (2007) jakavat saattohoitoa koskevassa tutkimuksessaan uudet ammatilliset toimintatavat kahteen osa-alueeseen. Nämä ovat tiedon jakaminen toisille koulutustarkoituksessa ja täydentävät tehtävät. Ryhmän keskustellessa potilashoidosta syntyy

tilanteita, joissa ammattilaiset jakavat tietoa toisilleen esimerkiksi uusista hoitomuodoista ja lääkkeistä. Täydentävien tehtävien avulla saattohoidon toimivuutta kehitetään esimerkiksi tekemällä tiiviimpää yhteistyötä saattohoitopotilaita hoitavan vanhainkodin kanssa. Uusiin ammatillisiin toimintatapoihin liittyvät myös vuorovaikutuksen parantamiseen tähtäävät toiminnot, joiden avulla voidaan hyödyntää jokaisen ryhmän jäsenen osaamista parhaalla mahdollisella tavalla. (Bronstein 2002, 2003; Parker Oliver & Peck 2006.)

2.2.3 Yhteiset tavoitteet

Yhteisillä tavoitteilla tarkoitetaan aktiivisesti yhteiseen päämäärään pyrkimistä. Kaikki ryhmän jäsenet ovat tasapuolisesti vastuussa prosessin toteutumisesta. Jokaisen ammattilaisen on kannettava omalta osaltaan vastuu onnistumisista ja epäonnistumisista sekä toimittava rakentavasti mahdollisissa ristiriitatilanteissa. Palliatiivisen hoidon ryhmän toiminnan keskipisteenä tulee olla asiakas ja hänen hyvinvointinsa. (Bronstein 2002, 2003.) Aiempien tutkimusten mukaan saattohoidon ammattilaiset suhtautuvat työhönsä intohimoisesti ja sitoutuneesti sekä pitävät asiakkaan hyvinvointia työskentelynsä keskeisimpänä tavoitteena. Ryhmän jäsenten yhtenäinen näkemys ja vahva sitoutuminen voi helpottaa tavoitteiden asettamista ja vastuun jakamista tasapuolisesti. (Parker Oliver & Peck 2006; Wittenberg-Lyles & Parker Oliver 2007; Kobayashi & McAllister 2016.)

2.2.4 Prosessin reflektointi

Prosessin reflektoinnilla tarkoitetaan sitä, että osallistujat arvoivat yhteistyönsä sujuvuutta ja sen kehittämismahdollisuuksia. He pyrkivät vahvistamaan yhteistyönsä tehokkuutta keskustelemalla erilaisista yhteistyömenetelmistä ja ratkaisemalla ristiriidat ja ongelmat keskustelemalla niistä yhdessä. (Bronstein 2002, 2003.)

Aiempien tutkimusten mukaan prosessin reflektointi toteutuu palliatiivisen ja saattohoidon ryhmissä muita moniammatillisen yhteistyön osa-alueita huonommin. Arviointia pidetään tärkeänä, mutta sitä ei tavallisesti tehdä säännöllisin väliajoin ennalta määriteltyjen kriteerien mukaisesti. Ryhmän jäsenten näkemykset arvioinnin tarpeesta ja sisällöstä saattavat myös poiketa paljon toisistaan. (Wittenberg-Lyles & Parker Oliver 2007; Wittenberg-Lyles ym. 2010; Bainbridge ym. 2015; Brian ym. 2015.) Wittenberg-Lyles ja Parker Oliver (2007) jakoivat saattohoitoa koskevassa tutkimuksessaan reflektoinnin kolmeen osa-alueeseen, joita olivat menettelytavat, kuolemien tarkastelu ja työstressin jakaminen. Menettelytapojen ongelmia tuotiin esille ryhmän kokouksissa, joissa niihin voitiin miettiä yhdessä ratkaisuja. Kuolemia tarkastelemalla ryhmä kykeni arvioimaan

saattohoidon onnistumista ja hyödyntämään siitä saatua tietoa muiden potilaiden hoidossa. Stressin purkua esiintyi usein ennen kokouksen alkua ja se piti sisällään muun muassa työhuolista keskustelemista ja tunteiden jakamista.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata palliatiivisen hoidon moniammatillisen yhteistyöverkoston toimijoiden kokemuksia verkoston toiminnasta nykyhetkellä. Lisäksi tarkoituksena on kuvata, miten yhteistyöverkoston toimintaa tulisi jatkossa kehittää. Tavoitteena on tutkitun tiedon avulla kehittää palliatiivisen hoidon yhteistyöverkostojen toimintaa ja siten edesauttaa palliatiivisen potilaan hoidon kehittämistä ja yhtenäistämistä Suomessa ja kansainvälisesti.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten palliatiivisen hoidon yhteistyöverkosto toimii tällä hetkellä?
2. Miten palliatiivisen hoidon yhteistyöverkostoa tulisi kehittää?

4 AINEISTO JA MENETELMÄT

4.1 Tutkimuksen aineistonkeruu

Tässä tutkimuksessa kuvattiin palliatiivisen potilaan hoidon kehittämistä varten perustetun yhteistyöverkoston toimintaa ja kehittämismahdollisuuksia verkostoon kuuluvien näkökulmasta. Tutkimus toteutettiin osana laajempaa hanketta, jonka tavoitteena on sujuvamman hoitoketjun luominen palliatiivisessa vaiheessa oleville potilaille. Hoidon kehittämistä ja hoitokäytäntöjen yhtenäistämistä varten sairaanhoitopiirin alueelle perustettiin keväällä 2017 palliatiivisia potilaita hoitavista sairaanhoitajista ja lääkäreistä koostuva yhteistyöverkosto. Yhteistyöverkoston kuuluu palliatiivisten potilaiden hoidossa toimivia henkilöitä keskussairaalasta sekä kaikista sairaanhoitopiirin alueella toimivasta yhteistoiminta-alueesta yhteensä 39 henkilöä.

Sairaanhoitopiiriltä sekä jokaiselta yhteistoiminta-alueelta anottiin tutkimusluvut, jotka myönnettiin helmi-maaliskuussa 2018. Yhteistyöverkoston toimintaa tutkittiin ensin kyselyllä, joka lähetettiin jokaiselle yhteistyöverkossa työskentelevälle ammattilaiselle sähköpostitse. Aineisto kerättiin kyselyn osalta kokonaisotantaa käyttäen, koska tutkimuksen perusjoukko oli pieni (Heikkilä 2014). Sähköisen kyselyn jälkeen järjestettiin kaksi ryhmähaastattelua keskussairaalassa toimivalle palliatiivisen hoitotyön hoitajaverkostolle. Ryhmähaastattelujen avulla saatiin tarkempaa tietoa verkoston toiminnasta ja kehittämisestä sekä mahdollisuus selventää lomakekyselyssä esiin tulleita kysymyksiä (Flick 2014; Sipilä ym. 2007). Ryhmähaastattelut kohdistettiin keskussairaalassa työskentelevään hoitajaverkoston, koska he ovat olleet operoivana toimijana palliatiivisen hoidon hankkeessa. Haastatteluihin kutsuttiin kaikki hoitajaverkoston jäsenet, jotka olivat haastatteluajankohtana työssä.

4.1.1 Kyselylomake

Kyselyssä käytettiin mittarina palliatiiviseen kontekstiin modifioitua Index of Interdisciplinary Collaboration (IIC)-mittaria (Bainbridge ym. 2015). Mittari perustuu Bronsteinin (2002, 2003) moniammatillisen yhteistyön malliin ja se on alun perin kehitetty mittamaan moniammatillista yhteistyötä terveydenhuollossa sosiaalityöntekijän näkökulmasta. IIC-mittaria on myöhemmin hiukan muokattuna käytetty useissa tutkimuksissa saattohoidon ja palliatiivisen hoidon moniammatillisten tiimien yhteistyön mittaamiseen muidenkin ammattiryhmien näkökulmasta

(Parker Oliver ym. 2005; Parker Oliver ym. 2006; Parker Oliver ym. 2007; Wittenberg-Lyles & Parker Oliver 2007; Wittenberg-Lyles ym. 2010; Kobayashi & McAllister 2014; Bainbridge ym. 2015; Brian ym. 2015; Bainbridge ym. 2016). Bronstein (2002) tarkasteli alkuperäisen mittarin reliabiliteettia stabiliteetin osalta tekemällä mittauksen samoille osallistujille kahden viikon välein. Mittausten korrelaatio oli 0,824 ($p < 0,01$), joten mittaria pidettiin stabiilina. Mittarin sisäistä yhtenäisyyttä Bronstein (2002) tarkasteli Cronbachin alfan avulla. Koko mittarin Cronbachin alfa oli 0,92, joten mittarin konsistenssia voitiin pitää hyvänä. Osa-alueittain mitattuna joustavuuden Cronbachin alfa oli muita osa-alueita alhaisempi 0,65. Muiden osa-alueiden kohdalla alfakerroin vaihteli välillä 0,75-0,82, jota pidetään riittävänä. (Heikkilä 2014.) Mittarin osa-alueita tarkasteltiin lisäksi faktorianalyysin avulla. Myöhemmissä tutkimuksissa Cronbachin alfakerroin on vaihdellut koko mittarin osalta laskettuna välillä 0,92-0,94 ja osa-alueittain laskettuna välillä 0,76-0,867 (Parker Oliver ym. 2007; Wittenberg-Lyles & Parker Oliver 2007; Kobayashi & McAllister 2014; Bainbridge ym. 2015).

Modifioitu IIC-mittari sisältää 42 Likert-asteikollista kysymystä (1= täysin samaa mieltä, 2= jokseenkin samaa mieltä, 3= ei samaa eikä eri mieltä, 4= jokseenkin eri mieltä, 5= täysin eri mieltä, 6= en osaa sanoa), jotka jakautuvat viiteen osa-alueeseen. Osa-alueet ovat: keskinäinen riippuvuus (13 kysymystä), uudet ammatilliset toimintatavat (6 kysymystä), joustavuus (5 kysymystä), yhteiset tavoitteet (9 kysymystä) sekä prosessin reflektointi (9 kysymystä) (Bainbridge ym. 2015). Mittarin käyttämiseen ja muokkaamiseen on saatu lupa sekä alkuperäisen IIC-mittarin laatineelta professori Laura Bronsteinilta että tässä tutkimuksessa käytetyn modifioidun mittarin kehittäneeltä PhD Daryl Bainbridgelta.

Englanninkielisen modifioidun IIC-mittarin kysymykset suomennettiin aluksi tutkijoiden toimesta, jonka jälkeen virallinen kielenkääntäjä käänsi suomennetut kysymykset uudestaan englannin kielelle. Alkuperäisten ja englanniksi käännettyjen kysymysten yhdenmukaisuuden tarkastivat sekä tutkijat että kokenut englanninkielinen kielentarkastaja. Kaikkien kysymysten sisältö vastasi hyvin alkuperäisen mittarin kysymyksiä. Vain muutamassa kysymyksessä oli pieni ero kysymyksenasettelussa, mutta kysymysten sisältö oli pysynyt samana. Tämä tutkimus painottuu yhteistyöverkoston jäsenien yhteistyön tutkimiseen ammatillisesta taustasta riippumatta, joten osaa mittarin kysymyksistä muokattiin tämän jälkeen siten, että ne kohdistuvat eri ammattiryhmien välisen yhteistyön mittaamisen sijasta paremmin samassa verkostossa työskentelevien henkilöiden yhteistyön mittaamiseen. Suomenkielisten kysymysten ymmärrettävyys testattiin Tampereen yliopiston hoitotieteen 11 opiskelijan ja kahden ohjaavan opettajan avulla, jonka jälkeen joidenkin kysymysten kieliasua muutettiin yksinkertaisemmaksi ja paremmin suomen kieleen sopivaksi

muuttamatta kysymysten sisältöä. Kysymysten ymmärrettävyys sekä avoimien kysymysten kohdentuminen tutkimuksen tilaajan tarpeisiin varmistettiin myös yhdessä keskussairaalan yhdyshenkilön kanssa.

Mittarin kysymysten lisäksi lomakkeessa kysyttiin kolme avointa kysymystä:

1. Mitkä ovat mielestäsi palliatiivisen verkoston vahvuudet tällä hetkellä?
2. Mitkä ovat mielestäsi palliatiivisen verkoston heikkoudet tällä hetkellä?
3. Miten palliatiivista yhteistyöverkostoa pitäisi mielestäsi kehittää jatkossa?

Avoimien kysymysten kohdalla vastausten määrää rajoitettiin siten, että vastaajia pyydettiin nimeämään enintään kaksi tärkeintä esimerkkiä kuhunkin kysymykseen. Yhteistyöverkoston jäsenten taustatietoina kysyttiin sukupuoli, ikä, ammatti, työpaikka perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa, työkokemus terveydenhuoltoalalla vuosina sekä kuinka monta kuukautta on ollut mukana palliatiivisessa verkostossa.

Tutkimuslupien saamisen jälkeen kaikille verkoston jäsenille lähetettiin sähköpostitse saatekirje (liite 1), jossa oli linkki kyselylomakkeeseen. Kyselylomake toteutettiin sairaanhoitopiirissä käytössä olevalla Webropol-verkkolomakkeella. Kysely yritettiin lähettää kaikille osallistujille 29.3.2018. Kolmen osallistujan sähköpostiosoitteet eivät kuitenkaan toimineet, joten kysely lähetettiin tässä vaiheessa 37:lle henkilölle. Kolmelle osallistujalle kysely lähetettiin 3.4.2018 tutkijoiden selvitettyä heidän sähköpostiosoitteensa. Kyselyyn vastaamiseen oli varattu aikaa reilu kaksi viikkoa, joten viimeinen vastauspäivä oli 13.4. Viikkoa ennen vastausajan päättymistä kyselyyn oli vastannut kahdeksan henkilöä, joten kaikille osallistujille lähetettiin muistutusviesti kyselystä 9.4. Kyselyyn vastasi yhteensä 19 henkilöä, joten vastausprosentti oli 47%.

4.1.2 Ryhmähaastattelut

Lomakekyselyn tulosten alustavan analyysin jälkeen tehtiin kaksi ryhmähaastattelua keskussairaalan yhteistyöverkoston toimijoille. Haastattelut olivat muodoltaan teemahaastatteluja, joiden teemat pohjautuivat Bronsteinin (2002, 2003) moniammatillisen yhteistyön mallin osa-alueisiin. Teemahaastattelujen kysymykset muodostettiin käyttäen apuna sekä aiempaa tutkimustietoa että kyselyn tuloksia, joten lopulliset kysymykset päätettiin kyselyn tulosten analysoinnin jälkeen (liite 2). Kysymykset suunniteltiin avoimiksi kysymyksiksi, joiden tarkoituksena oli herättää keskustelua osallistujien kesken. Haastattelujen teemat kerrottiin osallistujille sähköpostitse lähetetyn haastattelukutsun yhteydessä, jotta heillä oli mahdollisuus valmistautua keskustelemaan aiheesta.

(Mäenpää ym. 2002; Sipilä ym. 2007.) Haastattelukutsun mukana lähetettiin myös tiedote ryhmähaastatteluun osallistuville (liite 3), jotta osallistujilla on mahdollisuus tehdä tietoon perustuva päätös osallistumisestaan.

Ryhmähaastatteluihin osallistuville hoitajille kerrottiin lyhyesti tutkimuksesta keskussairaalan hoitajaverkoston kokouksen alussa maaliskuussa 2018. Samalla sovittiin haastattelujen ajankohdat. Kumpaankin ryhmähaastatteluun oli suunniteltu kutsuttavan 5-6 henkilöä/ haastattelu, jotta ryhmä pysyy keskustelun kannalta sopivan kokoisena (Eskola & Suoranta 1998; Koskinen & Jokinen 2001; Mäenpää ym. 2002; Jamieson & Williams 2003; McLafferty 2004). Hoitajaverkoston jäsenistä oli kuitenkin työssä haastattelupäivänä vain osa, joten sovittiin, että molempiin haastatteluihin osallistuu neljä hoitajaa. Yksi haastateltavista ilmoitti kaksi viikkoa ennen haastattelua, ettei voi osallistua työesteen vuoksi, joten hänen tilalleen haastatteluun valittiin toinen henkilö. Haastattelupäivänä yksi haastatteluun kutsutuista hoitajista ei saapunut paikalle, joten haastatteluihin osallistui lopulta seitsemän henkilöä. Ensimmäisessä ryhmässä osallistujia oli neljä ja toisessa kolme. Hoitajat osallistuivat haastatteluihin työajallaan.

Molemmat tutkijat osallistuivat ryhmähaastatteluihin. Haastattelujen aikana toinen tutkija toimi haastattelijana ohjaten haastattelun kulkua ja huolehtien keskustelun pysymisestä aiheessa. Toinen tutkija teki muistiinpanoja käydystä keskustelusta sekä huolehti ajan riittävydestä ja tekniikan toimivuudesta. (Koskinen & Jokinen 2001; Hirsjärvi & Hurme 2008; Flick 2014.) Haastattelut nauhoitettiin kahdella älypuhelimella sekä nauhurilla teknisten ongelmien välttämiseksi. Haastattelut pidettiin sairaanhoitopiirin tiloissa huhtikuussa 2018 samana iltapäivänä peräkkäin.

Osallistujien saavuttua haastatteluhuoneeseen heidän kanssaan juteltiin kevyistä ja arkipäiväisistä asioista, kunnes kaikki osallistujat olivat saapuneet paikalle. Keskustelun avulla pyrittiin luomaan avoin ja välitön ilmapiiri, jotta hoitajat kokisivat helpoksi osallistua varsinaiseen ryhmähaastatteluun. Haastattelutilanne aloitettiin kertomalla tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja tavoitteesta. Osallistujille kerrottiin myös ryhmähaastattelusta tutkimusmenetelmänä, jonka tarkoituksena on saada aikaan vapaamuotoista keskustelua osallistujien kesken. Tutkijan tehtävänä on esittää keskustelun aikana kysymyksiä ja huolehtia keskustelun pysymisestä aiheessa. Osallistujia muistutettiin lopussa tehtävästä yhteenvedosta, jonka yhteydessä osallistujat voivat vielä lisätä tai oikaista asioita halutessaan. Osallistujille kerrottiin haastattelun nauhoittamisesta ja pyydettiin kiinnittämään huomiota siihen, etteivät he puhuisi päällekkäin tai kovin hiljaisella äänellä. Tutkijat kertoivat, että keskustelut analysoidaan erottelematta puhujia toisistaan ja kaikki tunnistettavat tiedot, kuten nimet, poistetaan analyysin aikana. Osallistujilta pyydettiin myös, etteivät he kertoisi

keskustelussa ilmi tulleita asioita ulkopuolisille. Kaikilta osallistujilta pyydettiin tietoon perustuva kirjallinen suostumus tutkimushaastatteluun osallistumiseen (liite 4). Ennen varsinaisen haastattelun alkua pidettiin vielä lyhyt esittelykierros, jossa osallistujia pyydettiin kertomaan nimensä lisäksi siitä, miten he ovat tulleet mukaan palliatiivisen yhteistyöverkoston toimintaan. Nauhoitus käynnistettiin varsinaisen haastattelun alkaessa. (Eskola & Suoranta 1998; Ruusuvoori ym. 2005; Hirsjärvi & Hurme 2008; Flick 2014; Hyvärinen ym. 2017.)

Haastattelun lopuksi muistiinpanoja tehnyt tutkija kertasi ääneen käydyn keskustelun pääkohdat, jotta osallistujilla oli mahdollisuus tarvittaessa korjata väärinkäsityksiä tai lisätä jotain aiempaan keskusteluun. Tässä vaiheessa molempien ryhmien kanssa syntyi keskustelua muutamasta aiheesta. Nämä keskustelut otettiin mukaan aineiston analyysiin siltä osin kuin ne vastasivat tutkimuskysymyksiin. Toisen ryhmän osallistujat jäivät haastattelun jälkeen nauhoituksen loputtua hetkeksi keskustelemaan epävirallisesti palliatiivisten potilaiden hoidosta tutkijoiden kanssa. Haastattelun jälkeen käytyä keskustelua ei käytetty tutkimuksen aineistona. Varsinainen tutkimushaastattelu kesti molemmilla ryhmillä vajaan tunnin.

4.2 Aineiston analysointi

Kyselylomakkeella kerätty tilastollinen aineisto analysoitiin tilastollisesti SPSS Statistics 24.0 -ohjelmalla modifioidun IIC-mittarin (Bainbridge 2014) ohjeiden mukaisesti. Mittariin perustuvista kysymyksistä laskettiin keskiarvo, keskihajonta ja vastausten vaihteluväli. Mittarin osa-alueista muodostettiin summamuuttujat, joista laskettiin osa-alueen keskiarvo, keskihajonta ja vastausten vaihteluväli. Koko mittarin ja jokaisen osa-alueen yhtenäisyyttä tarkasteltiin Cronbachin alfan avulla. Tilastollisia testejä ei aineiston koon vuoksi tehty. (Heikkilä 2014.) Osallistujien tunnistamisen välttämiseksi taustatietoja kuvaillaan raportissa melko yleisellä tasolla.

Ryhmähaastattelut litteroitiin mahdollisimman pian haastattelun jälkeen yhdessä laadittujen ohjeiden mukaisesti. Aineisto analysoitiin ensin deduktiivisella sisällönanalyysillä tutkimuksen viitekehyksenä käytetyn Bronsteinin (2003) moniammatillisen yhteistyön mallin osa-alueiden mukaan. Analyysi tehtiin ryhmän tasolla, erottelematta eri osallistujien kertomia asioita toisistaan. Ryhmähaastatteluaineistosta analysoitiin ainoastaan ilmisisältö. Kyselylomakkeen avoimien kysymysten vastaukset analysoitiin yhdessä ryhmähaastattelun aineiston kanssa erottelematta niitä toisistaan. (Elo & Kyngäs 2008; Elo ym. 2014.)

Aineiston analyysi aloitettiin lukemalla litteroidut haastattelut sekä vastaukset avoimiin kysymyksiin useaan kertaan kokonaiskuvan saamiseksi. Viitekehyksen selkiyttämiseksi ja yhteisen näkemyksen vahvistamiseksi moniammatillisen osa-alueiden sisältöä kerrattiin analyysin aikana kokoamalla viitekehystä aiemmin hyödyntäneiden tutkijoiden tutkimusten tulokset taulukkoon osa-alueittain. Näin saatiin selkeämpi kuva siitä, miten muut tutkijat ovat ymmärtäneet viitekehyksen osa-alueet. Tämän jälkeen sovittiin oma värikoodi jokaiselle viitekehyksen moniammatillisen yhteistyön osa-alueelle. Tutkimuskysymyksiin vastaavat alkuperäisilmaisut merkittiin alustavasti aineistoon värikoodeilla ja samalla keskusteltiin yhdessä siitä, mille osa-alueelle kukin ilmaisu tulisi sijoittaa. Analyysissa koettiin alkuun vaikeaksi erottaa keskinäisen riippuvuuden ja joustavuuden osa-alueelle kuuluvat ilmaisut uusien ammatillisten toimintatapojen osa-alueelle kuuluvista ilmaisuista. Analyysin edetessä päädyttiin sijoittamaan uusiin ammatillisiin toimintatapoihin käytännön palliatiivista hoitoa sekä muuta hoitohenkilöstöä kuin palliatiivisen yhteistyöverkoston jäseniä koskevat ilmaisut. Yhteistyöverkoston jäsenten työskentelyä ja kokemuksia koskevat ilmaisut sijoitettiin keskinäisen riippuvuuden ja joustavuuden osa-alueelle. (Elo & Kyngäs 2008; Elo ym. 2014.)

Alustavan värikoodauksen jälkeen alkuperäisilmausten sisältö pelkistettiin. Pelkistäessä pyrittiin säilyttämään alkuperäisilmaisun sisältö ja konteksti mahdollisimman tarkasti. Koska kyseessä oli pääosin kahden ryhmän haastatteluaineisto, pelkistystä oli lähes yhtä monta kuin alkuperäisilmauksia eikä aineiston saturoitumista tapahtunut. Pelkistykset sijoitettiin osa-alueille tutkimuskysymys kerrallaan yhdessä keskustellen. Suurin osa pelkistyksistä sijoituivat keskinäisen riippuvuuden ja joustavuuden sekä uusien ammatillisten toimintatapojen osa-alueille. Yhteisten tavoitteiden ja reflektoinnin osa-alueille pelkistystä sijoittui huomattavasti vähemmän. Molempien tutkimuskysymysten jokaisen moniammatillisen yhteistyön osa-alueen pelkistykset analysoitiin erikseen. Keskinäisen riippuvuuden ja joustavuuden sekä uusien ammatillisten toimintatapojen osa-alueilla aineisto analysoitiin pääluokkatasolle saakka. Yhteisten tavoitteiden ja prosessin reflektoinnin osa-alueilla analyysia ei voitu jatkaa yläluokkatasoa pidemmälle pelkistysten vähäisen määrän vuoksi. (Elo & Kyngäs 2008; Elo ym. 2014.)

Analyysin aikana huomioitiin erityisen tarkasti pelkistysten alkuperäinen konteksti, koska se vaihteli aineistossa huomattavasti. Tutkimuksen osallistujat puhuivat muun muassa yhteistyöstä eri tasoilla tarkoittaen välillä hoitajaverkostoa, välillä koko moniammatillista verkostoa. Osa keskustelusta koski yksittäisiä organisaatioita tai niiden osia, kun taas toisinaan puhuttiin koko alueen toiminnasta. Analyysin aikana palattiin useaan kertaan alkuperäiseen aineistoon kontekstin tarkistamiseksi.

Luokkia nimettäessä kiinnitettiin erityistä huomiota kontekstin säilymiseen myös luokkien nimissä. (Elo & Kyngäs 2008; Elo ym. 2014.)

Tutkimuksen tulokset raportoidaan luvussa 5 tutkimuskysymys kerrallaan, yksi moniammatillisen yhteistyön osa-alue kerrallaan. Yhteistyöverkoston nykytilaa kuvataan käyttäen ryhmähaastattelun, kyselylomakkeen avointen kysymysten ja mittarin avulla kerättyä tietoa. Kehittämistarpeita kuvataan käyttäen ryhmähaastattelun ja kyselylomakkeen avointen kysymysten avulla kerättyä tietoa, koska mittari ei sisältänyt kysymyksiä kehittämistarpeista. Laadullinen aineisto oli huomattavasti mittarin avulla kerättyä aineistoa laajempi, joten se kuvaa ilmiötä monipuolisemmin. Tästä syystä tuloksissa esitetään kultakin osa-alueelta ensin laadullinen aineisto ja lopussa mittarin tulokset.

5 TULOKSET

5.1 Taustatiedot

Kyselyyn vastasi 19 henkilöä, joista kymmenen oli ammatiltaan sairaanhoitajia ja yhdeksän lääkäreitä. Vastanneista suurin osa (N=14) oli naisia. Vastaajien iät vaihtelivat 34 – 60 vuoden välillä ja he olivat työskennelleet terveydenhuollossa pitkään (10-41 vuotta). Kaikki vastaajat olivat olleet mukana palliativisen verkoston toiminnassa yli kahdeksan kuukautta. Perusterveydenhuollon työntekijöistä vastasi kyselyyn seitsemän henkilöä ja erikoissairanhoidosta 11 henkilöä. Yksi osallistuneista ei vastannut työpaikkaansa koskevaan kysymykseen.

Ryhmähaastatteluihin osallistui yhteensä seitsemän sairaanhoitajaa keskussairaalan eri osastoilta. Heiltä ei kerätty tarkkoja taustatietoja tunnistamisen välttämiseksi. Haastatteluun osallistuneet hoitajaverkoston jäsenet olivat olleet mukana verkoston toiminnassa vaihtelevan ajan. Osa hoitajista oli ollut mukana verkostossa alusta saakka, osa aloittanut juuri ennen haastatteluajankohtaa. Ryhmähaastattelussa tuli ilmi, että osa hoitajista hoiti palliativisia potilaita työssään jatkuvasti, osa selvästi harvemmin.

5.2 Moniammatillisen yhteistyön nykytilanne

Yhteistyöverkoston jäsenten käsityksiä moniammatillisen yhteistyön nykytilanteesta kuvataan osa-alueittain taulukossa 1.

Taulukko 1. Moniammatillisen yhteistyön nykytilanne osa-alueittain

Osa-alue	Luokka
Keskinäinen riippuvuus ja joustavuus	Verkoston avulla on lisätty yhteistyötä eri toimijoiden välillä Verkoston jäsenten välinen kanssakäyminen on verkoston toimintaa tukevaa Jäsenten osallisuus verkoston toimintaan on vaihtelevaa Yhteistyöverkoston jäsentymätön yhteistyö vaikeuttaa verkoston toimintaa Verkostossa on toimintaa tukevia yhteydenpidon käytänteitä Yhteistyöverkoston jäsentymätön yhteydenpito vaikeuttaa verkoston toimintaa
Uudet ammatilliset toimintatavat	Toimijoiden välinen yhteistyö on aiempaa tiiviimpää Terveyskeskukset ovat eri vaiheissa palliatiivisen hoidon kehittämisessä Keskussairaalassa on otettu käyttöön uusia palliatiivisen hoidon toimintamalleja Palliatiivisten hoitolinjausten käytännöt vaihtelevat keskussairaalan yksiköissä Keskussairaalan henkilöstön palliatiivisen hoidon asiantuntemus on lisääntynyt Potilaan ja läheisten osallisuutta on pyritty vahvistamaan Potilaiden mahdollisuudet osallistua hoitoonsa ovat riittämättömät
Yhteiset tavoitteet	Palliatiivisen hoidon hankkeessa on laadittu yhteiset tavoitteet Epävarmuus verkoston tulevaisuudesta vaikeuttaa yhteisten tavoitteiden asettamista Hoitajaverkoston tavoitteissa on epäselvyyttä
Prosessin reflektointi	Koko alueen kehitystä tarkastellaan yhdessä kerran vuodessa Verkoston toimintaa ei arvioida systemaattisesti

5.2.1 Keskinäinen riippuvuus ja joustavuus

Yhteistyöverkostossa on luotu sen toimintaa tukevia käytänteitä, mutta käytänteiden jäsentymättömyys vaikeuttaa verkoston toimintaa. Moniammatillisen yhteistyön nykytilanne keskinäinen riippuvuus ja joustavuus -osa-alueelta esitetään taulukossa 2.

Taulukko 2. Moniammatillisen yhteistyön nykytilanne, keskinäinen riippuvuus ja joustavuus

Pääluokka	Yläluokka	Alkuperäisilmaus
Verkoston avulla on lisätty yhteistyötä eri toimijoiden välillä	Verkoston avulla on lisätty yhteistyötä eri toimijoiden välillä	<i>"Verkosto yhdistää perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon."</i>
Verkoston jäsenten välinen kanssakäyminen on verkoston toimintaa tukevaa	Vuorovaikutus yhteistyöverkoston jäsenten välillä on toimivaa.	<i>"Eikä mulla mitään kynnystä oo --- ottaa yhteyttä, jos mä tarvin jotain tietoa."</i>
Jäsenten osallisuus verkoston toimintaan on vaihtelevaa	Yhteistyö verkoston jäsenten välillä on muotoutunut sujuvaksi Kokemus omasta roolista verkoston jäsenenä ei ole selkeä Sitoutuminen verkoston toimintaan on epätasaista	<i>"Verkoston yhteistyö on saatu toimimaan."</i> <i>"Itse ajattelin, että toivottavasti (muu sairaalan henkilöstö) ei tunnista (palliativisen hoidon asiantuntijaksi), koska en koe olevani mikään palliativisen hoidon asiantuntija."</i> <i>"On se vähä niinkin, että jotkut tekee niiden asioiden kanssa paljon enemmän töitä kuin toiset, että sitten jos ei se oo itselle ihan jokapäiväistä, se asia, omassa työssä, nii eihän siihen sitten silloin niin hirveesti tuota tavallaan paneudu."</i>
Yhteistyöverkoston jäsentymätön yhteistyö vaikeuttaa verkoston toimintaa	Yhteistyö verkoston sisällä on vakiintumatonta Moniammatillisessa yhteistyössä on kehitettävää Verkoston toimintaa hankaloittaa riittämätön resursointi	<i>"Asennepuolella on vielä opittavaa antaa apua muille."</i> <i>"Toiminta on jollain tapaa hieman hapuilevaa."</i> <i>"Yhteistyötä ei ole juurikaan noiden yhteisten tapaamisten ulkopuolella."</i> <i>"Ajallisesti vähän yhteistä aikaa keskusteluun."</i>

(jatkuu)

Taulukko 2. (jatkuu)

Pääluokka	Yläluokka	Alkuperäisilmaus
Verkostossa on toimintaa tukevia yhteydenpidon käytänteitä	Erilaiset tapaamiset toimivat voimavarana yhteistyöverkoston toiminnassa	<i>"Mutta tavallaan sitte on saanut noista kokouksista sellasta...miten mä sanoisin, vaikka virtaa tai jotakin semmosta et ahaa, tää asia on nyt esillä ja nyt mun pitää jotenkin niinku sitten kehittää omassa yksikössäni."</i>
	Sähköposti on sujuva yhteydenpitomuoto verkostossa	<i>"Sähköposti on mun mielestä ihan hyvä keino tavoittaa ihmisiä."</i>
	Hoitajaverkoston yhteistyö on sujuvaa	<i>"Mehän ollaan oikeastaan tavattu vähän niin kuin tarvittaessa nyt."</i>
	Hoitajaverkoston yhteydenpitoa terveyskeskusten henkilöstön kanssa helpottaa palliatiivisen hoidon yhdyshenkilöiden tunteminen	<i>"Ja nyt on ehkä niinku helpompikin (ottaa yhteyttä) kun tietää ne ihmiset kehen ottaa yhteyttä, jos on tämän asian tiimoilta eri yksiköihin vaikka kysyttävää."</i>
Yhteistyöverkoston jäsentymätön yhteydenpito vaikeuttaa verkoston toimintaa	Tiedonkulku verkostossa on hajanaista	<i>"Kerran vuodessa muodollisesti kokoustaminen ei ole tiivistä yhteistyötä."</i>
	Terveyskeskusten yhteydenpitokäytännöt eivät ole selkeitä	<i>"Kyllä se vähän jäi joiltain osin epäselväksi. Että kuka nyt on kun siinä oli vaihtunut, oli jäänyt eläkkeellekin ja oli vaihtunut nimi, että sitä listaa saisi oikeastaan meille tulla se listaus ketä ne nyt on ne terveyskeskustenkin yhdyshenkilöt."</i>

Palliatiivisen hoidon verkoston perustamisen myötä **yhteistyö eri toimijoiden välillä on lisääntynyt**. Verkoston avulla on tiivistetty erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä toiminnan kattaessa sekä keskussairaalan että yhteistoiminta-alueet. Yhteistyöverkostossa hyödynnetään moniammatillista yhteistyötä lääkärien ja hoitajien ollessa verkoston toiminnassa mukana. Yhteistyöverkoston perustamista palliatiivisen hoidon kehittämiseksi pidetään tärkeänä asiana.

Verkoston jäsenten välinen kanssakäyminen on verkoston toimintaa tukevaa. *Vuorovaikutus yhteistyöverkoston jäsenten välillä on toimivaa.* Verkoston toiminnan myötä jäsenet ovat tutustuneet toisiinsa ja he kunnioittavat toistensa mielipiteitä. Jäsenillä on kokemus siitä, että oman mielipiteensä voi ilmaista huolimatta siitä, missä yksikössä työskentelee tai minkälaisia tarpeita palliatiivisen hoidon toteuttamisen suhteen kullakin on. Toisten ammattilaisten ammattitaitoon luotetaan ja vuorovaikutus toisten verkoston jäsenien kanssa koetaan helpoksi. Tämä näkyy esimerkiksi siten, ettei yhteyden ottamisessa muihin ryhmän jäseniin koeta olevan kynnystä. Verkoston sisällä ei ole

ollut konflikteja, vaikka jäsenten työn sisällön erilaisuus näkyy ryhmän sisällä. Verkoston jäsenet kokevat kaikilla olevan samanlainen näkemys palliatiivisen hoidon kehittämiseksi ja yleensä ryhmän kanssa on oltu samoilla linjoilla. Lisäksi keskussairaalan hoitajaverkoston vahvuutena on hyvä ilmapiiri. *Yhteistyö verkoston jäsenten välillä on muotoutunut sujuvaksi.* Verkoston jäsenten välinen yhteistyö on parantunut yhteistyöverkoston toiminnan aikana. Työnjako kokouksissa on selkeää, mikä näkyy muun muassa siten, että lääkäri useammin esittelee kokouksissa palliatiivisen hoidon tilannetta, koska hän tekee palliatiivisen hoidon päätökset. Verkoston toimintaa edistää myös aktiivinen jäsenistö, jossa palliatiivisen hankkeen vetäjät ovat onnistuneet luomaan yhteistyöverkoston erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välille. Lisäksi hyvät vetäjät onkologian puolelta sekä aktiivinen perusterveydenhuollon väki edistävät verkoston toimintaa.

Jäsenten osallisuus verkoston toimintaan on vaihtelevaa. *Oma rooli verkostossa ei aina ole jäsenille selkeä.* Osallistuminen verkoston toimintaan voi tarkoittaa osalle hoitajista ainoastaan keskussairaalan hoitajaverkoston jäsenyyttä. Hoitajaverkoston jäsenet ovat epätietoisia oikeudestaan osallistua koko verkoston kokoukseen. Osa hoitajaverkoston jäsenistä ei koe itseään palliatiivisen hoitotyön asiantuntijaksi, vaikka onkin verkoston toiminnassa mukana, eikä sen vuoksi haluaisi muiden sairaalan työntekijöiden pitävän itseään palliatiivisen hoidon asiantuntijana. Myös *sitoutuminen verkoston toimintaan on epätasaista.* Ryhmän vetäjien on oltava roolinsa vuoksi muita jäseniä paremmin selvillä yhteistyöverkoston asioista. Verkoston toimintaan paneutumisen määrä on sidoksissa oman työpisteen palliatiivisten potilaiden määrään, joten verkoston toimintaan syventyminen on vähäisempää niissä yksiköissä, joissa on vähemmän palliatiivisen hoidon piirissä olevia potilaita. Koska sitoutumisessa asioiden hoitoon on vaihtelevuutta, hoitajaverkoston jäsenten on vaikea arvioida sitä, ovatko kaikki verkoston jäsenet sitoutuneet palliatiivisen hoidon kehittämiseen yhtä paljon. Verkoston toimintaan liittyviin tehtäviin on vaikeaa syventyä oman arkityön lomassa, mikä näkyy ryhmän jäsenyyteen liittyvien tehtävien unohtamisena arkityössä. Verkoston kokouksiin ei aina ole mahdollisuutta osallistua ajanpuutteen vuoksi.

Verkoston toimintaa vaikeuttaa jäsentymätön yhteistyö. *Yhteistyö verkoston sisällä on vakiintumatonta* mikä näkyy asenteiden vaihtelevuutena asioiden hoitamisessa. Verkoston toiminta on osin jäsentymätöntä ja toiminta koetaan hieman hapuilevaksi. Toisten osaamista ei osata hyödyntää riittävästi, jolloin oppiminen toinen toiselta on vähäistä. Terveyskeskukset eivät myöskään osaa hyödyntää sairaalan hoitajaverkoston asiantuntemusta palliatiivisessa hoidossa. Lisäksi *moniammatillisessa yhteistyössä on kehitettävää.* Lääkärin ja hoitajien välistä yhteistyötä pidetään vähäisenä, koska yhteistyötä ei juurikaan ole yhteisten tapaamisten ulkopuolella ja olemassa oleva yhteistyö koetaan ontuvana. Moniammatillista yhteistyötä vaikeuttaa lääkärin ja hoitajien välinen puutteellinen kommunikointi, jonka seurauksena hoitajat eivät välttämättä tiedä mitä lääkärit

ovat keskenään sopineet palliatiiviseen hoitoon liittyvistä asioista. Lisäksi *verkoston toimintaa hankaloittaa riittämätön resursointi*. Verkoston toiminnan kehittämiseen ja käytäntöjen yhtenäistämiseen on liian vähän yhteistä aikaa.

Verkostossa on toimintaa tukevia yhteydenpidon käytänteitä. *Erilaiset tapaamiset toimivat voimavarana yhteistyöverkoston toiminnassa* muun muassa kokouksissa, joissa saa tietoa palliatiivisen hankkeen etenemisestä sekä muiden yksiköiden toimintatavoista palliatiivisen hoidon suhteen. Kokouksissa verkoston jäsenet saavat mahdollisuuden keskustella toistensa kanssa sekä tarvittaessa konsultointiapua palliatiiviseen hoitoon liittyvistä asioista. Kokoukset antavat intoa oman työn ja yksikön kehittämiseen sekä mahdollistavat vertaistuen saannin tilanteissa, joita yksittäinen henkilö kohtaa harvoin. Erilaiset koulutukset auttavat verkoston jäseniä pysymään ajan tasalla palliatiivisen hoidon kehityksestä. *Sähköposti on sujuva yhteydenpitomuoto verkostossa* ja sen avulla saa nopeasti tietoa kokouksista. Sähköpostia pidetään myös helppona tapana pitää yhteyttä muihin verkoston jäseniin. *Hoitajaverkoston yhteistyö on sujuvaa* ja yhteyttä toisiinsa hoitajaverkoston jäseniin pidetään sähköpostiringin avulla. Hoitajaverkosto on myös pyrkinyt järjestämään tapaamisia tarpeen mukaan. Tavallisesti hoitajaverkoston jäsenet tapaavat kerran kuukaudessa tai hiukan harvemmin. *Hoitajaverkoston yhteydenpitoa terveyskeskusten henkilöstön kanssa helpottaa palliatiivisen hoidon yhdyshenkilöiden tunteminen*. Yhdyshenkilöiden tunteminen on avuksi palliatiivisia potilaita koskevien asioiden hoitamisessa.

Yhteistyöverkoston jäsentymätön yhteydenpito vaikeuttaa verkoston toimintaa. *Tiedonkulku verkostossa on hajanaista* johtuen osaksi siitä, ettei verkoston jäsenten välillä ole säännöllistä yhteydenpitoa. Vuorovaikutus verkoston jäsenien välillä on lähinnä kokouksiin osallistumista, eikä muihin jäseniin pidetä juurikaan yhteyttä niiden ulkopuolella. Verkoston jäsenet tapaavat harvoin, eivätkä kaikki verkostoon kuuluvat hoitajat ole tavanneet esimerkiksi terveyskeskusten palliatiivisen hoidon yhdyshenkilöitä. Kerran vuodessa kokoustamista ei myöskään pidetä tiiviinä yhteistyönä. Sähköpostiviestinnässä tieto voi olla vaikeasti saavutettavissa. Sähköpostia tulee joko niin paljon, että tärkeät asiat saattavat jäädä huomaamatta, tai ajatustenvaihto sähköpostin avulla koetaan hankalaksi. Informaation löytäminen sairaalan internetsivuilta koetaan hankalaksi. Kotisivut ovat sekavat, minkä seurauksena esimerkiksi terveyskeskusten voi olla vaikeaa löytää tarvitsemiaan yhteystietoja. *Terveyskeskusten yhteydenpitokäytännöt eivät ole selkeitä*. Terveyskeskusten palliatiivisen hoidon yhdyshenkilöiden yhteystietoja on vaikeaa pitää ajan tasalla, koska listaa ei päivitetä säännöllisesti. Yksittäisten terveyskeskusten on vaikeaa päivittää yhteystietojaan tiedonkulun vaikeuksien takia esimerkiksi silloin, jos ne eivät saa itselleen tietoja yhteystiedoissa tapahtuvista muutoksista. Lisäksi terveyskeskusten ja keskussairaalan hoitajien välistä yhteydenpitoa vaikeuttaa sähköpostiringin puuttuminen.

IIC-mittarin tulokset osa-alueesta keskinäinen riippuvuus ja joustavuus esitetään taulukossa 3. Osa-alueen kaikkien väittämien keskiarvo oli 2,13 (kh 0,60), jossa arvo 1,0 edustaa täysin samaa mieltä olevien käsitystä verkoston yhteistyöstä, kun taas arvo 5,0 edustaa täysin eri mieltä olevien käsitystä verkoston yhteistyöstä. Keskinäinen riippuvuus ja joustavuus -osa-alueen vastaukset asettuivat hieman enemmän samaa mieltä vastanneiden puolelle. Osa-alueen parhaimmat pisteet kyselyssä sai väittämä 4, ”Tiimityö verkostossa työskentelevien ammattilaisten kanssa on tärkeää kyvylleni auttaa palliatiivisessa hoidossa olevia potilaita ja heidän perheitään,” jonka keskiarvo oli 1,68 (kh 1,06). Toiseksi parhaimmat pisteet sai väittämä 12, ”Palliatiivisen verkoston ammattilaiset kohtelevat minua yhdenvertaisesti,” jonka keskiarvo oli 1,82 (kh 0,88). Kolmanneksi parhaimmat pisteet osa-alueella sai väittämä 21, ”Olen valmis uhraamaan autonomiaani tukeakseni ongelmien ratkaisemista yhteistyössä toisten kanssa,” jonka keskiarvo oli 1,88 (kh 0,72).

Osa-alueen keskinäinen riippuvuus ja joustavuus huonoimmat pisteet sai väittämä 13, ”Toiset verkostossa työskentelevät ammattilaiset uskovat, että he eivät pystyisi tekemään työtään yhtä hyvin ilman minun ja toisten alani edustajien apua,” keskiarvon ollessa 3,18 (kh 1,38). Toiseksi huonoimmat pisteet sai väittämä 10, ”Palliatiivisessa verkostossa työskentelevät ammattilaiset pyytävät minulta usein neuvoja,” jonka keskiarvo oli 3,16 (kh 1,68). Kolmanneksi huonoimmat pisteet sai väittämä 7, ”Verkoston jäsenet ohjaavat sovitulla tavalla potilaita luokseni,” jonka keskiarvo oli 3,07 (kh 1,53).

Taulukko 3. IIC-mittarin tulokset väittämittäin, keskinäinen riippuvuus ja joustavuus (N=19)

Kysymys	ka	kh	vaihteluväli
Osa-alue: Keskinäinen riippuvuus ja joustavuus (1-13 ja 20-24)	2,13	0,60	1,00-3,17
4. Tiimityö verkostossa työskentelevien ammattilaisten kanssa on tärkeää kyvylleni auttaa palliatiivisessa hoidossa olevia potilaita ja heidän perheitään	1,68	1,06	1-5
12. Palliatiivisen verkoston ammattilaiset kohtelevat minua yhdenvertaisesti	1,82	0,88	1-4
21. Olen valmis uhraamaan autonomiaani tukeakseni ongelmien ratkaisemista yhteistyössä toisten kanssa	1,88	0,72	1-3
8. Pystyn määrittelemään miten ammatillinen roolini palliatiivisen hoidon verkostossa eroaa toisten verkostossa työskentelevien ammattilaisten rooleista	1,89	0,96	1-4
9. Ammatilliseen rooliini kuuluu muiden kanssani työskentelevien ammatillisten roolien tukeminen	1,89	1,02	1-5
11. Yhteistyö verkoston ammattilaisten kanssa on osa työnkuvaani	1,95	1,18	1-5
6. Verkoston ammattilaiset ymmärtävät miten minun roolini eroaa heidän rooleistaan	2,00	1,00	1-4
20. Olen valmis ottamaan itselleni tehtäviä oman toimenkuvani ulkopuolelta niiden vaikuttaessa tärkeiltä	2,12	1,11	1-5
3. Verkostoon kuuluvat ammattilaiset hyödyntävät minun ja muiden alani edustajien ammattitaitoa erilaisissa tehtävissä	2,22	0,88	1-4
23. Verkostossa kanssani työskentelevät ammattilaiset joustavat tarvittaessa omasta toimenkuvastaan	2,32	1,12	1-5
22. Hyödynnämme muodollisia ja epämuodollisia menettelytapoja ongelmanratkaisussa yhdessä toisten verkostossa työskentelevien kanssa	2,41	0,94	1-3
24. Minä ja muut verkostoon kuuluvat ammattilaiset työskentelemme yhdessä monin eri tavoin	2,61	1,20	1-5
5. Kommunikoin toisten verkoston jäsenten kanssa usein	2,95	1,22	1-5
2. Annan säännöllisesti palautetta toisille verkostossa työskenteleville ammattilaisille	3,00	1,25	1-5
7. Verkoston jäsenet ohjaavat sovitulla tavalla potilaita luokseni	3,07	1,53	1-5
10. Palliatiivisessa verkostossa työskentelevät ammattilaiset pyytävät minulta usein neuvoja	3,16	1,68	1-5
13. Toiset verkostossa työskentelevät ammattilaiset uskovat, että he eivät pystyisi tekemään työtään yhtä hyvin ilman minun ja toisten alani edustajien apua	3,18	1,38	1-5

Vastausvaihtoehdot: 1= täysin samaa mieltä, 2=jokseenkin samaa mieltä, 3=ei samaa eikä eri mieltä, 4=jokseenkin eri mieltä, 5=täysin eri mieltä

5.2.2 Uudet ammatilliset toimintatavat

Palliativisen hoidon yhteistyöverkoston avulla on luotu useita uusia toimintatapoja ja kehitetty palliativisen potilaan hoidon prosessin sujuvuutta sekä yhtenäisyyttä. Tutkimuksen aineistonkeruuhetkellä käytännöt eivät kuitenkaan olleet täysin yhteneviä alueen eri yksiköissä. Osa yksiköistä oli kehittänyt palliativista hoitoa aktiivisemmin kuin toiset. Moniammatillisen yhteistyön nykytilanne uusien ammatillisten toimintatapojen osa-alueelta esitetään taulukossa 4.

Taulukko 4. Moniammatillisen yhteistyön nykytilanne, uudet ammatilliset toimintatavat

Pääluokka	Yläluokka	Alkuperäisilmaus
Toimijoiden välinen yhteistyö on aiempaa tiiviimpää	Potilaan siirtyminen sairaalasta terveyskeskukseen on sujuvaa	<i>”Perusterveydenhuollossa pystytään heti ottamaan asiakkaista koppi ja suunnittelemaan yhdessä mahdollisimman hyvät jatkot.”</i>
	Kaikki palliativisia potilaita hoitavat tahot ovat osallistuneet kehittämiseen	<i>”Palliativisen potilaan hoitoa on lähdetty kehittämään koko hoitoketjussa.”</i>
	Kaikki organisaatiot noudattavat samanlaisia ohjeistuksia	<i>”Kaikki noudattavat samanlaisia ohjeistuksia.”</i>
Terveyskeskukset ovat eri vaiheissa palliativisen hoidon kehittämisessä	Vastuu jakautuu aiempaa selkeämmin	<i>”Vastuun jakautuminen on aiempaa selkeämpää.”</i>
	Palliativista hoitoa on kehitetty pitkälle	<i>”Siellä missä se on jo pidemmällä tämä koko palliativinen hoito, niin on tosi helppo ottaa yhteyttä ja he tietää mitä he tekee kun me otetaan yhteyttä ja ilmoitetaan, että potilaalle tehdään palliativinen siirto.”</i>
	Palliativista hoitoa ei ole kehitetty riittävän pitkälle	<i>”On niitä tilanteita, että kun kertoo siitä asiasta, palliativisesta siirrosta, niin saattaa olla että ne on vähän että ”ai jaa, että niinkö? Justiin, mitä mun nyt pitää tehdä?”</i>
	Palliativista hoitoa ei ole kehitetty riittävän yhtenäisesti	<i>”Potilaiden hoidossa yhteistyö on jopa osin mahdotonta, koska edustamme eri kuntayhtymiä, eikä potilaita siirrellä sillä tavoin.”</i>

(jatkuu)

Taulukko 4. (jatkuu)

Pääluokka	Yläluokka	Alkuperäisilmaus
Keskussairaalassa on otettu käyttöön uusia palliatiivisen hoidon toimintamalleja	Keskussairaalassa on kehitetty yhteisiä ohjeita palliatiivisesta hoidosta	<i>"On tehty intraan semmonen sivu, josta voi ihmiset hakea tukea, tai lisää tietoa."</i>
	Potilastietojärjestelmää on alettu hyödyntää palliatiivisen potilaan hoidossa	<i>"Hoitotyön yhteenvetohan toimii vähän niin kuin hoitajan muistilistana et mistä kaikista asioista täytyy muistaa sen potilaan kanssa jutella siinä kotiutustilanteessa tai siirtotilanteessa tai vastaanotolla."</i>
Palliatiivisten hoitolinjausten käytännöt vaihtelevat keskussairaalan yksiköissä	Yksiköissä arvellaan olevan erilaisia käytäntöjä palliatiivisen siirron toteuttamisessa	<i>"Mä en oo varma siitä jos jossain muussa yksikössä tehdään palliatiivinen hoitolinjaus niin tapahtuuko se samalla tavalla."</i>
	Palliatiivisia hoitolinjauksia tehdään liian myöhäisessä vaiheessa	<i>"Joskus tehdään kyllä todella myöhäisessä vaiheessa se päätös, että sitte ollaan jo pian siinä saattohoitovaiheessa."</i>
Keskussairaalan henkilöstön palliatiivisen hoidon asiantuntemus on lisääntynyt	Palliatiivisten hoitolinjausten käytännöt ovat muuttuneet parempaan suuntaan	<i>"kyllähän meillä ainakin yritetään et se omainen olis mukana niis (palliatiivista hoitoa koskevissa) keskusteluis."</i>
	Hoitajaverkoston jäsenet ovat kehittyneet palliatiivisen hoidon asiantuntijoiksi	<i>"kaikki meillä hallitsee ainakin jollain tasolla tämän aiheen ja sitten on tietyt hoitajat tietenkin, joilla se on, niinku, se pallo on todella hyvin hallussa ja ihan vimpan päälle ja joihinka me täällä me muutkin tukeudutaan."</i>
Keskussairaalan potilaita hoitavan henkilöstön palliatiivisen hoidon asiantuntemus on vahvistunut	Hoitajaverkoston jäsenet jakavat osaamistaan muille	<i>"Muakin pyydettiin toisenkin kerran pitämään sitä osastotuntia ja mikä on varmaan ihan paikallaan."</i>
	Keskussairaalan potilaita hoitavan henkilöstön palliatiivisen hoidon asiantuntemus on vahvistunut	<i>"Kyllä ne niillä (lääkäreillä) on nyt selvästi muuttunu se käsitys tästä asiasta. Että enemmän nekin sitte kun ne tekee kerta näitä linjauksia, istuu sen potilaan kans pidemmästi."</i>
	Palliatiivisesta hoidosta keskustellaan sairaalassa aiempaa enemmän	<i>"Melkein joka päivä jotakin keskustelua käydään ja osastotunneilla puhutaan näistä palliatiiviseen hoitoon liittyvistä asioista."</i>

(jatkuu)

Taulukko 4. (jatkuu)

Pääluokka	Yläluokka	Alkuperäisilmaus
Potilaan ja läheisten osallisuutta on pyritty vahvistamaan	Potilaan ja läheisen kanssa keskustellaan enemmän palliatiivisesta hoidosta	<i>"Tulis niinku selitettyä ainakin siinä tilanteessa kun tehdään se päätös, että potilas tosiaan tietää kuka on vastuussa ja mitä se tarkoittaa käytännössä, ettei ne nyt aattele ettei mitään enää tehdä."</i>
	Palliatiiviseen hoitoon on kehitetty enemmän sellaisia käytänteitä, joihin potilas ja läheiset voivat osallistua	<i>"Lisääntyvät käytänteet palliatiivisesta hoidosta potilaiden ja läheisten kanssa."</i>
Potilaiden mahdollisuudet osallistua hoitoonsa ovat riittämättömät	Potilailla ei ole riittävästi tietoa palliatiivisesta hoidosta	<i>"Jotkut on ehkä ymmärtäneet, että se (palliatiivinen hoito) on sama kuin saattohoito mut sehän on aivan eri. Ja pelästyvät sitä, että niinkö vähän tässä on enää aikaa."</i>
	Potilaat saattavat pitää lääkärin näkemystä hoidostaan tärkeämpänä kuin omaa itsemääräämisoikeuttaan	<i>"Meidän vanhoilla papoilla on vielä kauheasti kova kunnioitus lääkäriä kohtaan niin jotenkin he menettää sen itsemääräämisoikeutensa saman tien, kun ne otetaan sairaalaan potilaaksi ja ne ajattelee et kyllä lääkäri tietää."</i>

Palliatiivisen verkoston yhteistyön seurauksena alueen eri **toimijoiden välinen yhteistyö on aiempaa tiiviimpää**. Potilaan siirtyminen sairaalasta terveyskeskukseen on nykyään sujuvaa. Tieto potilaan palliatiiviseen hoidon alkamisesta siirtyy hyvin terveyskeskukseen, joten siellä kyetään suunnittelemaan potilaalle mahdollisimman hyvä jatkohoito. *Kaikki palliatiivisia potilaita hoitavat tahot ovat osallistuneet hoidon kehittämiseen.* Keskussairaala, terveyskeskukset, hoitokodit ja kotihoito ovat kehittäneet palliatiivisen potilaan hoitoketjua yhteistyössä. *Organisaatioissa noudatetaan samoja ohjeistuksia palliatiivisen hoidon suhteen ja vastuu jakautuu aiempaa selkeämmin.*

Alueen terveyskeskukset ovat eri vaiheissa palliatiivisen hoidon kehittämisessä. Joissain terveyskeskuksissa *palliatiivista hoitoa on kehitetty pitkälle.* Aktiivisesti hoitoa kehittäneisiin terveyskeskuksiin on helppo ottaa yhteyttä tarvittaessa ja henkilöstö tietää miten palliatiivisen hoitolinjauksen yhteydessä toimitaan. Hyvin toimivien terveyskeskusten palliatiivisen hoidon yhdyshenkilöt kouluttavat oman alueensa henkilöstöä sekä päivittävät ohjeita. Palliatiiviseen hoitoon

siirtyneille potilaille ja heidän läheisilleen tarjotaan mahdollisuutta tutustua terveystieteiden keskuksen lupapaikkaosastoon. Osassa terveystieteiden keskuksista *palliativista hoitoa ei ole vielä kehitetty riittävän pitkälle*. Näissä terveystieteiden keskuksissa henkilöstö ei aina tiedä miten palliativisen hoitolinjauksen yhteydessä toimitaan eikä potilaalle voida välttämättä järjestää lupapaikkaa. *Palliativista hoitoa ei ole kaikilta osin kehitetty alueella riittävän yhtenäisesti*. Potilaiden hoitaminen tiiviissä yhteistyössä on vaikeaa, koska alueella on useiden eri kuntayhtymien järjestämiä terveystieteiden palveluja. Potilasta ei tavallisesti voi siirtää toisen kuntayhtymän alueelle, vaikka siellä järjestetty hoito vastaisi hänen tarpeisiinsa. Alueen terveystieteiden keskuksat kehittävät edelleen yhteisten linjojen ohella myös omia palliativisen hoidon mallejaan, joten hoito toteutuu eriarvoisesti eri asuinalueilla. Eriarvoisuus ilmenee muun muassa potilaan saamien tukimuotojen vaihteluna alueittain. Myös henkilöstön palliativisen hoidon osaamisessa on edelleen isoja eroja.

Keskussairaalassa on otettu käyttöön uusia palliativisen hoidon toimintamalleja. *Sairaalassa on kehitetty yhteisiä ohjeita*, jotka ovat koko henkilöstön saatavilla sähköisessä muodossa. Ohjeiden avulla pyritään yhtenäistämään palliativisen hoidon käytännöt sairaalan eri yksiköissä. *Potilastietojärjestelmää on alettu hyödyntää palliativisten potilaiden hoidossa aiempaa enemmän*. Potilastietojärjestelmään on muun muassa lisätty hoitotyön yhteenvedon, jonka runko toimii muistilistana hoitajille heidän keskustellessaan palliativisessa hoidossa olevan potilaan kanssa hoidon eri vaiheissa. Hoitajan laatiman erikoissairaanhoidon käynnin yhteenvedon avulla tarpeellinen tieto siirtyy myös aiempaa tehokkaammin sairaalasta terveystieteiden keskukseseen.

Palliativisten hoitolinjausten käytännöt vaihtelevat edelleen jonkin verran keskussairaalan eri yksiköissä. *Yksiköissä arvellaan edelleen olevan erilaisia käytäntöjä palliativisen siirron toteuttamisessa*. Jokaisessa yksikössä ei välttämättä toimita täsmälleen ohjeiden mukaisesti, joten potilaan saamassa hoidossa ja ohjauksessa arvellaan olevan jonkin verran eroja sairaalan eri yksiköissä. *Palliativisia hoitolinjauksia tehdään toisinaan liian myöhäisessä vaiheessa*. Palliativiseen hoitoon siirrytään toisissa yksiköissä vasta potilaan ollessa erittäin huonossa kunnossa tai hyvin lähellä saattohoitovaihetta. Kaikkia palliativista hoitoa tarvitsevia potilaita ei välttämättä tunnusteta. *Palliativisten hoitolinjausten käytännöt ovat muuttuneet keskussairaalassa kuitenkin aiempaa parempaan suuntaan*. Palliativisia hoitolinjauksia tehdään keskussairaalassa enemmän, joten yhä useampi potilas pääsee palliativisen hoidon piiriin. Hoitolinjauksia tehtäessä huomioidaan potilaan yksilöllinen tilanne ja annetaan läheisille mahdollisuus osallistua hoitolinjauksista koskevaan keskusteluun.

Keskussairaalan henkilöstön palliatiivisen hoidon asiantuntemus on lisääntynyt. *Hoitajaverkoston jäsenet ovat kehittyneet palliatiivisen hoidon asiantuntijoiksi.* Jokainen hoitajaverkoston jäsen hallitsee itse palliatiivisen hoidon ja muu henkilöstö tunnistaa hoitajaverkoston jäsenet palliatiivisen hoidon asiantuntijoiksi. *Hoitajaverkoston jäsenet jakavat osaamistaan muille kouluttamalla henkilöstöä.* Palliatiivisia potilaita hoitava henkilöstö voi myös tukeutua hoitajaverkoston jäseniin kaikissa palliatiivisen potilaan hoitoon liittyvissä asioissa. Hoitajaverkoston jäseniltä saa tarvittaessa helposti apua. *Keskussairaalan potilaita hoitavan henkilöstön palliatiivisen hoidon asiantuntemus on vahvistunut.* Asiantuntemuksen vahvistumisen myötä lääkärin käsitys palliatiivisen potilaan hoidosta on muuttunut kokonaisvaltaisemmaksi, minkä ansioista lääkärit muun muassa varaavat enemmän aikaa palliatiivisten potilaiden hoitoon. Myös hoitajille on syntynyt oma ammatillinen näkemys palliatiivisen potilaan hoidosta. *Palliatiivisesta hoidosta keskustellaan sairaalassa aiempaa enemmän.* Yhteistyöverkoston koetaan lisänneen keskustelua palliatiivisesta hoidosta. Keskusteluja käydään yksiköiden osastotunneilla sekä jokapäiväisessä työssä. Joissain yksiköissä aiheesta keskustellaan lähes päivittäin.

Potilaan ja läheisten osallisuutta palliatiivisessa hoidossa on pyritty vahvistamaan. *Potilaan ja läheisten kanssa keskustellaan aiempaa enemmän palliatiivisesta hoidosta,* jonka seurauksena he saavat aiempaa paremmin tietoa. Hoitajat käyvät potilaan kanssa alustavaa keskustelua palliatiivisen hoidon mahdollisuudesta ja potilaalle luvataan, että hänen hoitonsa jatkuu myös palliatiivisen hoitolinjauksen jälkeen. *Palliatiiviseen hoitoon on lisäksi kehitetty enemmän sellaisia käytänteitä, joihin potilas ja läheiset voivat osallistua.* Pyrkimyksistä huolimatta **potilaiden mahdollisuudet osallistua hoitoonsa ovat toisinaan riittämättömät.** *Potilaalla ei aina ole riittävästi tietoa palliatiivisesta hoidosta,* jolloin hän ei pysty täysin sisäistämään oman hoitolinjauksensa sisältöä. Hoidossa käytettävät käsitteet voivat myös olla potilaalle epäselviä. *Osa potilaista pitää lääkärin näkemyksiä hoidon tarpeesta tärkeämpänä kuin omaa itsemääräämisoikeuttaan,* eikä sen vuoksi välttämättä uskalla ottaa esille hoitoaan koskevia toiveita.

Uusien ammatillisten toimintatapojen osa-alueen IIC-mittarin tulokset esitetään taulukossa 5. Osa-alueen kaikkien kuuden väittämän pisteiden keskiarvo oli 2,05 (kh 0,74). Parhaimmat pisteet sai väittämä 18, ”Työskentely verkostoon kuuluvien ammattilaisten kanssa johtaa tuloksiin, joita emme voisi saavuttaa yksin” (ka 1,56, kh 0,98). Toiseksi parhaat pisteet annettiin väittämälle 14, ”Työskennellessä yhdessä verkostoon kuuluvien ammattilaisten kanssa syntyy uusia käytäntöjä” (ka 1,89, kh 0,57) ja kolmanneksi parhaat väittämälle 16, ”On olemassa erilaisia menetelmiä, jotka edistävät keskustelua verkostoon kuuluvien ammattilaisten välillä, esimerkiksi tapaamisia, verkko-tai puhelinkeskusteluja” (ka 2,26, kh 0,99). Huonoimmat pisteet annettiin väittämälle 15, ”On

olemassa organisatorisia käytänteitä, jotka edistävät verkostossa työskentelevien ammattilaisten välistä yhteistyötä” (ka 2,5, kh 1,27). Toiseksi huonoimmat pisteet sai väittämä 19, ”Yhteistyö verkostossa toimivien ammattilaisten kanssa johtaa luoviin ratkaisuihin, joita en olisi osannut ennalta kuvitella” (ka 2,37, kh 1,07) ja kolmanneksi väittämä 17, ”Tunnistan tilanteita, joissa verkoston yhteistyö on johtanut palliatiivisen hoidon yhteistyöhön, työryhmiin tai toimikuntiin” (ka 2,33, kh 1,09).

Taulukko 5. IIC-mittarin tulokset väittämittäin, uudet ammatilliset toimintatavat (N=19)

Kysymys	ka	kh	vaihteluväli
Osa-alue: Uudet ammatilliset toimintatavat (14-19)	2,05	0,74	1,17-4,17
18. Työskentely verkostoon kuuluvien ammattilaisten kanssa johtaa tuloksiin, joita emme voisi saavuttaa yksin	1,56	0,98	1-5
14. Työskennellessä yhdessä verkostoon kuuluvien ammattilaisten kanssa syntyy uusia käytäntöjä	1,89	0,57	1-3
16. On olemassa erilaisia menetelmiä, jotka edistävät keskustelua verkostoon kuuluvien ammattilaisten välillä, esimerkiksi tapaamisia, verkko- tai puhelinkeskusteluja	2,26	0,99	1-4
17. Tunnistan tilanteita, joissa verkoston yhteistyö on johtanut palliatiivisen hoidon yhteistyöhön, työryhmiin tai toimikuntiin	2,33	1,09	1-5
19. Yhteistyö verkostossa toimivien ammattilaisten kanssa johtaa luoviin ratkaisuihin, joita en olisi osannut ennalta kuvitella	2,37	1,07	1-4
15. On olemassa organisatorisia käytänteitä, jotka edistävät verkostossa työskentelevien ammattilaisten välistä yhteistyötä	2,50	1,27	1-5

Vastausvaihtoehdot: 1= täysin samaa mieltä, 2=jokseenkin samaa mieltä, 3=ei samaa eikä eri mieltä, 4=jokseenkin eri mieltä, 5=täysin eri mieltä

5.2.3 Yhteiset tavoitteet

Palliatiivisen hoidon yhteistyöverkostolle on laadittu tavoitteet, mutta niitä ei ole käyty läpi säännöllisesti ja ne ovat osin epäselviä osallistujille. Moniammatillisen yhteistyön nykytilanne yhteisten tavoitteiden osa-alueelta esitetään taulukossa 6.

Taulukko 6. Moniammatillisen yhteistyön nykytilanne, yhteiset tavoitteet

Yläluokka	alaluokka	Alkuperäisilmaus
Palliativisen hoidon hankkeessa on laadittu yhteiset tavoitteet	Tavoitteet on kirjattu hankesuunnitelmaan	<i>"Onhan siinä se hankesuunnitelma tehty, ihan totta. Siihen on niinku kirjattu kyllä ne tavoitteet siihen hankesuunnitelmaan."</i>
	Koko verkoston yhteiset tavoitteet ovat selkiytyneet hankkeen ansiosta	<i>"Yhteinen tavoite, jota on palliativisen hoitoketjun hankkeessa kirkastettu."</i>
Epävarmuus verkoston tulevaisuudesta vaikeuttaa yhteisten tavoitteiden asettamista	Koetaan epävarmuutta verkoston toiminnan jatkumisesta	<i>"en ole selvillä siitä, onko palliativinen yhteistyöverkosto pysyvä vai tilapäinen ratkaisu kehittää sairaalan palliativista hoitoa."</i>
	Koetaan epävarmuutta palliativisen poliklinikan vaikutuksista verkoston toimintaa	<i>"Kun palliativinen poliklinikka avataan, miten verkoston toiminta jatkuu?"</i>
Hoitajaverkoston tavoitteissa on epäselvyyttä	Epäselvyyttä siitä kuka päättää hoitajaverkoston seuraavasta tavoitteesta	<i>"että mitenkä jatkos (päätetään tavoitteista) vai onko se sitten meidän päätettävissä, että kun me ollaan vastuuhenkilöinä."</i>
	Epäselvyyttä siitä, mikä on hoitajaverkoston seuraava tavoite	<i>"Nyt on tietysti vähän... Ehkä vähän on hukassa se mihinkä nyt pyritään."</i>

Palliativisen hoidon hankkeessa on laadittu yhteiset tavoitteet. Tavoitteet on kirjattu hankesuunnitelmaan, mutta kaikki ryhmän jäsenet eivät silti ole tietoisia yhteisistä tavoitteista. Tavoitteita ei ole käyty läpi säännöllisesti hankkeen alkuvaiheiden jälkeen. Osa verkoston jäsenistä kokee kuitenkin *koko verkoston yhteisten tavoitteiden selkiytyneen hankkeen ansiosta.* **Yhteisten tavoitteiden asettamista vaikeuttaa epävarmuus verkoston tulevaisuudesta.** Osallistujat kokevat epävarmuutta verkoston toiminnan jatkumisesta. Heillä ei ole tietoa siitä onko verkosto suunniteltu jatkuvaksi toimintamalliksi vai onko sen avulla tarkoitus kehittää hoitoa ainoastaan hankkeen aikana. *Epävarmuutta koetaan myös siitä, millä tavalla pian avautuva palliativinen poliklinikka vaikuttaa verkoston toimintaan.* Palliativisen poliklinikan odotetaan osoittavan suuntaviivoja palliativisen hoidon kehittämiseksi jatkossa. **Hoitajaverkoston tavoitteissa on epäselvyyttä.** Hoitajaverkoston jäsenille ei ole selvää, kuka päättää heidän seuraavista tavoitteistaan. Aiemmin tavoitteet ovat tulleet pääosin ryhmän vetäjältä, mutta tällä hetkellä on epäselvää pitäisikö ryhmän sopia tavoitteet keskenään. *Seuraavat hoitajaverkoston tavoitteet ovat epäselvät.* Osallistujat kokevat ettei heillä ole tiedossa seuraavaa tavoitetta. Tavallisesti ryhmän tavoitteet ovat olleet lyhyen aikavälin tavoitteita, usein osallistujille on esimerkiksi kerrottu mitä seuraavaan kokoukseen mennessä tulisi selvittää.

Yhteiset tavoitteet osa-alueen IIC-mittarin tulokset esitetään taulukossa 7. Osa-alueen kaikkien väittämien pisteiden keskiarvo oli 2,20 (kh 0,61). Parhaat pisteet sai väittämä 26, ”Palliativisen verkoston ammattilaiset ovat sitoutuneita työskentelemään yhdessä” (ka 2,05, kh 0,78), jonka pisteet myös sijoittuivat kaikki välille 1-3. Toiseksi parhaat pisteet annettiin väittämälle 25, ”Verkostossa työskentelevät ammattilaiset rohkaisevat potilaiden ja perheenjäsenten osallistumista hoitoprosessiin” (ka 2,06, kh 0,87) ja kolmanneksi parhaat väittämälle 30, ”Palliativisessa hoidossa olevat potilaat ja heidän perheensä osallistuvat heitä koskevaan moniammatilliseen hoidon suunnitteluun” (ka 2,06, kh 0,64). Huonoimmat pisteet annettiin väittämälle 28, ”Verkoston ammattilaiset tekevät päätöksiä yhdessä” (ka 2,47, kh 0,95). Toiseksi huonoimmat pisteet sai väittämä 31. ”Kaikki verkoston jäsenet ottavat vastuuta palliativisten potilaiden hoidon suunnittelusta” (ka 2,29, kh 1,22) ja kolmanneksi väittämä 27, ”Verkoston jäsenet työskentelevät kanssani ristiriitatilanteissa, jotta saisimme ne ratkaistua” (ka 2,29, kh 0,61).

Taulukko 7. IIC-mittarin tulokset väittämittäin, yhteiset tavoitteet (N=19)

Kysymys	ka	kh	vaihteluväli
Osa-alue: Yhteiset tavoitteet (25-32)	2,20	0,61	1,00-3,38
26. Palliativisen verkoston ammattilaiset ovat sitoutuneita työskentelemään yhdessä	2,05	0,78	1-3
25. Verkostossa työskentelevät ammattilaiset rohkaisevat potilaiden ja perheenjäsenten osallistumista hoitoprosessiin	2,06	0,87	1-4
30. Palliativisessa hoidossa olevat potilaat ja heidän perheensä osallistuvat heitä koskevaan moniammatilliseen hoidon suunnitteluun	2,06	0,64	1-4
32. Kaikki verkoston jäsenet osallistuvat palliativisten potilaiden hoidon toteuttamiseen	2,12	1,29	1-5
29. Kommunikoin verkoston ammattilaisten kanssa ilmapiiirissä, jossa on vapaus olla erilainen ja eri mieltä asioista	2,22	0,73	1-4
27. Verkoston jäsenet työskentelevät kanssani ristiriitatilanteissa, jotta saisimme ne ratkaistua	2,29	0,61	1-3
31. Kaikki verkoston jäsenet ottavat vastuuta palliativisten potilaiden hoidon suunnittelusta	2,29	1,22	1-5
28. Verkoston ammattilaiset tekevät päätöksiä yhdessä	2,47	0,95	1-5

Vastausvaihtoehdot: 1= täysin samaa mieltä, 2=jokseenkin samaa mieltä, 3=ei samaa eikä eri mieltä, 4=jokseenkin eri mieltä, 5=täysin eri mieltä

5.2.4 Prosessin reflektointi

Yhteistyöverkoston toiminnan arviointi ei ole säännöllistä, ja arviointi kohdistuu enemmän hoidon kehittämiseen kuin ryhmän toimintaan. Moniammatillisen yhteistyön nykytilanne prosessin reflektointi -osa-alueelta esitetään taulukossa 8.

Taulukko 8. Moniammatillisen yhteistyön nykytilanne, prosessin reflektointi

Yläluokka	Alaluokka	Alkuperäisilmaus
Koko alueen kehitystä tarkastellaan yhdessä kerran vuodessa	Koko alueen kehitystä tarkastellaan yhdessä kerran vuodessa	<i>”Kerran vuodessa kokoonnutaan tilannekatsaukseen ja todetaan missä verkoston toiminta on menossa.”</i>
Verkoston toimintaa ei arvioida systemaattisesti	Tavoitteiden saavuttamista ei arvioida säännöllisesti	<i>”Ei ehkä noin tarkasti oo, ei oo käyty.” (tavoitteiden saavuttamista läpi ryhmässä)</i>
	Ryhmän toimivuutta ei arvioida säännöllisesti	<i>”Ei, ainakaan mä en muista, että sellaisessa missä mä olisin ollut mukana.” (ollut arviointikeskustelua ryhmän toiminnasta)</i>
	Arviointi kohdistuu enemmän hoidon kehittämiseen kuin ryhmän toimintaan	<i>”Kyllä mäkin sanoisin, että se enemmän muilta kuulemieni keskustelujen mukaan kohdistuu enemmän tohon potilaiden hoidon kehittämiseen.”</i>

Verkostossa tarkastellaan koko alueen kehitystä yhdessä kerran vuodessa, jolloin kokoonnutaan tilannekatsaukseen ja todetaan missä verkoston toiminta on menossa. Verkoston toimintaa ei arvioida systemaattisesti. Tämä näkyy siten, ettei tavoitteiden saavuttamista tai ryhmän toimivuutta arvioida säännöllisesti. Ryhmän toimivuudesta ei ole käyty arviointikeskusteluja, jossa ryhmän toimintaa ja muutostarpeita olisi säännöllisesti mietitty. Lisäksi arviointi kohdistuu enemmän hoidon kehittämiseen kuin ryhmän toiminnan arvioimiseen. Arvioinnissa vertaillaan eri yhteistoiminta-alueiden kehitysprosesseja tai arviointi kohdistuu enemmän potilaiden hoidon kehittämiseen kuin ryhmän toimintaan.

IIC-mittarin osa-alueen prosessin reflektointi tulokset esitetään taulukossa 9. Osa-alueen kaikkien väittämien keskiarvo oli 2,2 (kh 0,88), joten vastaajien mielipide kyselyssä asettui hieman enemmän

samaa mieltä vastanneiden puolelle. Osa-alueen parhaimmat pisteet sai väittämä 37, ”Suhtaudun optimistisesti toisten verkoston jäsenten kykyyn työskennellä kanssani ongelmien ratkaisemiseksi,” jonka keskiarvo oli 1,74 (kh 0,65). Toiseksi parhaimmat pisteet sai väittämä 38, ”Autan verkoston jäseniä kohtaamaan ristiriitatilanteet toisten ammattilaisten kanssa suoraan,” keskiarvon ollessa 2,08 (kh 1,04). Kolmanneksi parhaimmat pisteet sai väittämä 36, ”Muut verkostossa työskentelevät pyrkivät luomaan positiivisen ilmapiirin organisaatioomme,” jonka keskiarvo oli 2,11 (kh 0,90).

Huonoimmat pisteet osa-alueella prosessin reflektointi saivat väittämät 34, ”Minä ja muut verkostoon kuuluvat ammattilaiset keskustelemme usein erilaisista strategioista, joiden avulla voisimme parantaa yhteistyösuhdettamme” (ka 3,0, kh 1,38) sekä väittämä 40, ”Minä ja toiset verkoston jäsenet keskustelemme yhdessä ammatillisista samanlaisuuksista ja eroavaisuuksista, kuten ammatillisista rooleista, pätevyydestä ja stereotyyppioista” (ka 3,0, kh 1,32). Myöskin väittämä 41, ”Minä ja muut verkoston jäsenet arvioimme työtämme yhdessä,” sai saman keskiarvon 3,0 (kh 1,14).

Taulukko 9. IIC-mittarin tulokset väittämittäin, prosessin reflektointi (N=19)

Kysymys	ka	kh	vaihteluväli
Osa-alue: Prosessin reflektointi (33-42)	2,2	0,88	0,9-3,90
37. Suhtaudun optimistisesti toisten verkoston jäsenten kykyyn työskennellä kanssani ongelmien ratkaisemiseksi	1,74	0,65	1-3
38. Autan verkoston jäseniä kohtaamaan ristiriitatilanteet toisten ammattilaisten kanssa suoraan	2,08	1,04	1-4
36. Muut verkostossa työskentelevät pyrkivät luomaan positiivisen ilmapiirin organisaatioomme	2,11	0,90	1-4
33. Ammattilaiset eri tieteenaloilta puhuvat selväsanaisesti antaessaan tietoa palliatiivisessa hoidossa oleville potilaille ja heidän perheilleen	2,40	0,83	1-4
35. Minä ja muut verkostoon kuuluvat ammattilaiset keskustelemme siitä, miten saisimme muut ammattilaiset osallistumaan yhteiseen työhömmme	2,58	1,12	1-5

(jatkuu)

Taulukko 9. (jatkuu)

Kysymys	ka	kh	vaihteluväli
42. Keskustelen toisten verkostossa työskentelevien ammattilaisten kanssa heidän osallisuudestaan potilaiden hoitoon	2,64	1,28	1-5
39. Kaikki verkoston jäsenet tarttuvat yhtä helposti asioihin, jotka estävät menestyksellistä yhteistyötä	2,80	1,08	1-5
34. Minä ja muut verkostoon kuuluvat ammattilaiset keskustelemme usein erilaisista strategioista, joiden avulla voisimme parantaa	3,00	1,38	1-5
40. Minä ja toiset verkoston jäsenet keskustelemme yhdessä ammatillisista samanlaisuuksista ja eroavaisuuksista, kuten ammatillisista rooleista, pätevyydestä ja stereotyyppioista	3,00	1,32	1-5
41. Minä ja muut verkoston jäsenet arvioimme työtämme yhdessä	3,00	1,14	1-5

Vastausvaihtoehdot: 1= täysin samaa mieltä, 2=jokseenkin samaa mieltä, 3=ei samaa eikä eri mieltä, 4=jokseenkin eri mieltä, 5=täysin eri mieltä

5.3 Moniammatillisen yhteistyön kehittämistarpeet

Yhteistyöverkoston jäsenten käsityksiä moniammatillisen yhteistyön kehittämistarpeista kuvataan osa-alueittain taulukossa 10.

Taulukko 10. Moniammatillisen yhteistyön kehittämistarpeet osa-alueittain

Osa-alue	Luokka
Keskinäinen riippuvuus ja joustavuus	Eri organisaatioiden välisen yhteistyön lisääminen tukisi verkoston toimintaa
	Moniammatillista yhteistyötä tulisi hyödyntää palliatiivisen hoidon kehittämisessä
	Yhteydenpitokäytänteitä tulisi kehittää verkoston tarpeet huomioiden
	Verkostotyöskentelyyn tulisi kiinnittää huomiota verkoston toimivuuden edistämiseksi
Uudet ammatilliset toimintatavat	Verkostotyöskentelyn kehittämisen tulisi olla pitkäjänteistä toimintaa
	Palliatiivisen hoidon sisällön kehittämistä tulisi jatkaa
	Hoitajien kykyä palliatiivisten potilaiden hoitoon tulisi vahvistaa
	Yhteistyötä eri toimijoiden välillä tulisi lisätä
Yhteiset tavoitteet	Tietoisuutta palliatiivisesta verkostosta tulisi lisätä
	Palliatiivisen hoidon verkoston tavoitteiden asettelua tulisi selkiyttää
Prosessin reflektointi	Hoitajaverkoston tulisi yhdessä pohtia tavoitteitaan
	Verkoston toiminnan arvioimiseksi tulisi olla olemassa mitattavia parametreja
	Toimintaa tulisi arvioida tehtävälistaa käyttämällä

5.3.1 Keskinäinen riippuvuus ja joustavuus

Eri organisaatioiden välistä yhteistyötä sekä yhteydenpitokäytänteitä tulisi edelleen kehittää verkoston toiminnan parantamiseksi. Moniammatillisen yhteistyön kehittämistarpeet keskinäinen riippuvuus ja joustavuus -osa-alueelta esitetään taulukossa 11.

Taulukko 11. Moniammatillisen yhteistyön kehittämistarpeet, keskinäinen riippuvuus ja joustavuus

Pääluokka	Yläluokka	Alkuperäisilmaus
Eri organisaatioiden välisen yhteistyön lisääminen tukisi verkoston toimintaa	Eri organisaatioiden välisen yhteistyön lisääminen tukisi verkoston toimintaa	<i>"Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyö pitäisi olla säännöllisempää."</i>
Moniammatillista yhteistyötä tulisi hyödyntää palliatiivisen hoidon kehittämisessä	Moniammatillista yhteistyötä tulisi hyödyntää palliatiivisen hoidon kehittämisessä	<i>"Lääkäreiden kanssa pitäisi olla enemmän yhteisiä tapaamisia."</i>
Yhteydenpitokäytänteitä tulisi kehittää verkoston tarpeet huomioiden	Verkoston jäsenten väliseen kommunikointiin tulisi kiinnittää huomiota	<i>"Kasvotusten tapaaminen tekee asioiden sopimisesta huomattavasti helpompaa."</i>
	Yhteydenpito terveyskeskusten palliatiivisen hoidon yhdyshenkilöihin tulisi olla sujuvampaa	<i>"Nimenomaan ois se yksi henkilö minkä kanssa vois sitten olla tekemisissä."</i>
	Hoitajaverkostolla tulisi olla yhteisiä säännöllisiä tapaamisia	<i>"Tietysti, jos ois niitä useammin niin sitten varmaan useampikin pääsis useampaan kokoukseen."</i>
	Eri kommunikaatiokanavia tulisi hyödyntää monipuolisesti	<i>"Kyllä ainakin yhteydenpidon helppous tavallaan, joku keskustelufoorumi kyllä kuulostaisi aika kivalta ratkaisulta."</i>
	Käyttäjälähtöisyyteen tulisi kiinnittää huomiota kommunikaatiokanavia kehitettäessä	<i>"Sen pitää olla semmonen helppokäyttöinen." (sähköinen keskustelufoorumi)</i>

(jatkuu)

Taulukko 11. (jatkuu)

Pääluokka	Yläluokka	Alkuperäisilmaus
Verkostotyöskentelyyn tulisi kiinnittää huomiota verkoston toimivuuden edistämiseksi	Verkostotyöskentelyyn tulisi kiinnittää huomiota verkoston toimivuuden edistämiseksi	<i>”Itseohjautuvuutta asioiden hoidossa.”</i>
Verkostotyöskentelyn kehittämisen tulisi olla pitkäjänteistä toimintaa	Koulutusta tulisi olla kaikilla organisaatiotasolla	<i>”Koulutusta tulisi olla kaikilla tasoilla (paikallinen, alueellinen, valtakunnallinen).”</i>
	Verkoston jatkuvuuden varmistaminen olisi tärkeää	<i>”Yhteistyöverkosto olisi hyvä pitää toiminnassa tavalla tai toisella.”</i>

Eri organisaatioiden välisen yhteistyön lisääminen tukisi verkoston toimintaa. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen yhteistyön tulisi olla aktiivisempaa. Yhteistyön tulisi olla säännöllisempää ja esimerkiksi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä kynnystä tulisi madaltaa. Myös erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisiä yhteisiä kokoontumisia tulisi järjestää useammin. Sopiva tapaamistiheys voisi olla esimerkiksi kerran kuukaudessa. Lisäksi palliatiivisia potilaita hoitavien yksiköiden välisen yhteistyön tulisi olla nykyistä aktiivisempaa. **Moniammatillista yhteistyötä tulisi hyödyntää palliatiivisen hoidon kehittämisessä.** Lääkäreiden osallistumista hoitajien kokouksiin toivotaan enemmän, jolloin esimerkiksi palliatiivisen poliklinikan lääkäri voisi kertoa hoitajaverkoston kokouksessa palliatiivisen hoidon suuntalinjoista. Lääkärin ja hoitajien lisäksi verkoston toiminnassa tulisi hyödyntää sosiaalityöntekijän sekä ravitsemusterapeutin palliatiivisen hoidon asiantuntemusta. Psykologin asiantuntemusta tulisi hyödyntää enemmän esimerkiksi palliatiivisia hoitolinjaukspäätöksiä tehtäessä. Lisäksi kuntoutusohjaajaa sekä fysioterapeuttia toivotaan enemmän mukaan palliatiivisen potilaan hoitoon. Fysioterapeutin tapaamiset esimerkiksi rajatoimintapotilailla ovat tärkeässä roolissa.

Palliatiivisen hoidon verkostossa **tulisi kehittää yhteydenpitokäytänteitä verkoston tarpeet huomioiden.** *Verkoston jäsenten väliseen kommunikointiin tulisi kiinnittää huomiota.* Kasvotusten tapaaminen tekisi asioiden sopimisesta helpompaa. Verkoston jäsenten välistä kommunikointia tulisi myöskin parantaa esimerkiksi kokouskutsujen lähettämisen yhteydessä, jotta ei ilmenisi epäselvyyttä siitä voiko verkoston kokouksiin osallistua. Lisäksi verkostoon kuuluvilla hoitajilla olisi hyvä olla toistensa yhteystiedot. *Yhteydenpito terveystieteiden palliatiivisen hoidon yhdyshenkilöihin tulisi*

olla sujuvampaa. Palliatiivisen potilaan hoitoon liittyvissä asioissa tulisi olla suora kommunikointiyhteys terveystieteiden yhdyshenkilöihin. Terveystieteiden palliatiivisen hoidon yhdyshenkilöistä tulisi olla oma ajan tasalla oleva sähköpostilistauksensa. Yhteystietojen pitäminen ajan tasalla esimerkiksi yhteydenottopuhelinnumeroissa olisi tärkeää. Lisäksi keskussairaalan hoitajaverkoston ja terveystieteiden palliatiivisen hoidon yhdyshenkilöiden välisiä yhteisiä tapaamisia tulisi olla enemmän. Sopiva tapaamistiheys olisi esimerkiksi yksi tai kaksi kertaa vuodessa. *Hoitajaverkostolla tulisi olla yhteisiä säännöllisiä tapaamisia,* koska tiheämmin pidettäviin kokouksiin pystyisi useampi jäsen osallistumaan ja tapahtumista pysyisi selvillä paremmin. *Eri kommunikaatiokanavia tulisi hyödyntää monipuolisesti* verkoston toiminnassa. Sähköposti olisi helppo tapa pitää yhteyttä yhteistoiminta-alueisiin esimerkiksi kerran kuukaudessa, jolloin saisi tietää missä verkoston toiminnassa mennään. Sähköinen keskustelufoorumi olisi toimiva tapa pitää yhteyttä, ja sen avulla tieto olisi kaikkien saatavilla. Tällöin keskustelua voitaisiin käydä myös tietyn otsikon alaisuudessa. Myöskin uutiskirje olisi hyvä tapa pitää yhteyttä toisiin verkoston jäseniin. Lisäksi palliatiivisen hoidon verkostossa *tulisi kiinnittää huomiota käyttäjälähtöisyyteen kommunikaatiokanavia kehitettäessä.* Sähköisen keskustelufoorumin tulisi olla helppokäyttöinen ja siihen perehtymiseen tulisi varata aikaa.

Verkostotyöskentelyyn tulisi kiinnittää huomiota verkoston toimivuuden edistämiseksi. Ryhmän jäsenten toimenkuvan selkeyttäminen edesauttaisi verkoston toimintaa. Vastuuhenkilöiden mahdollisuuksia sekä sitoutumista tulisi lisätä palliatiivisten asioiden hoidossa. Lisäksi verkoston jäsenillä tulisi olla asioiden hoidossa enemmän itseohjautuvuutta. **Verkostotyöskentelyn kehittämisen tulisi olla pitkäjänteistä toimintaa.** *Koulutusta tulisi olla kaikilla organisaatiotasolla* niin paikallisesti, alueellisesti kuin valtakunnallisestikin. Myös *verkoston jatkuvuuden varmistaminen olisi tärkeää.* Verkosto tulisi pitää toiminnassa tavalla tai toisella.

5.3.2 Uudet ammatilliset toimintatavat

Palliatiivista hoitoa ja uusia toimintamalleja tulisi edelleen kehittää yhteistyöverkoston avulla. Moniammatillisen yhteistyön kehittämistarpeet uusien ammatillisten toimintatapojen osa-alueelta esitetään taulukossa 12.

Taulukko 12. Moniammatillisen yhteistyön kehittämistarpeet, uudet ammatilliset toimintatavat

Pääluokka	Yläluokka	Alkuperäisilmaus
Palliativisen hoidon sisällön kehittämistä tulisi jatkaa	Palliativinen hoitolinjauksen olisi hyvä tehdä riittävän aikaisessa vaiheessa	<i>"On parempi kun tehdään nämä linjaukset, että he saa käsitellä sitä asiaa, ettei se vaan oo niin että hoidetaan ja hoidetaan. Niin potilaan kannalta kuin omaistenkin kannalta mun mielestä kauheen tärkeä juttu."</i>
	Potilaan ja läheisten ohjaukseen tulisi panostaa enemmän	<i>"Siinä nyt pitäis olla sitä aikaa istua sen potilaan kanssa alas ja selittää."</i>
	Keskussairaalan internet sivut tulisi uudistaa	<i>"Sairaalan internetsivut pitäisi ehdottomasti uudistaa, jos ajatellaan yhteydenottoa tännepäin ja informaatiota, niin se olis huomattavasti helpompaa, jos ne sivut olis päivän tasalla, ajan tasalla ja se layout olis vähän toisenlainen."</i>
Hoitajien kykyä palliativisten potilaiden hoitoon tulisi vahvistaa	Asiantuntijuutta tulisi vahvistaa koulutuksen kautta	<i>"Joskus voi olla mun mielestä ihan semmosia yleisiä luentoja niinku hoitohenkilökunnalle niinku tästä näkökulmasta."</i>
	Hoitajien henkistä jaksamista tulisi tukea	<i>"Pitäisi olla niitä purku, tällasia, tietysti meilläkin välillä, että vois niinku toinen toistansa ehkä jollakin lailla vois saada tukea mitä nyt on kelläkin, että kuinka on saanu ne asiat hoidettua tai mikä sitte jaksamiseen on auttanut."</i>
Yhteistyötä eri toimijoiden välillä tulisi lisätä	Yhteistyötä terveyskeskuksen ja sairaalan välillä tulisi kehittää	<i>"Yks kiva olis tietysti jos olis aikaa ja resursseja näin niin olis käydä tutustumassa eri terveyskeskuksiin."</i>
	Hoitajaverkoston kautta tapahtuvaa yhteistyötä tulisi jatkaa	<i>"Sitten saat sitä käytännön kokemusta toisiltaan kun tuota sitä ei muuten oikein sitten saa muuta kuin siinä tapaamisessa, sais keskustella."</i>
Tietoisuutta palliativisesta verkostosta tulisi lisätä	Verkoston toimintaa tulisi pitää esillä terveydenhuollon toimijoille	<i>"Verkoston toiminnan esillä pitäminen kaikille terveydenhuollon toimijoille."</i>
	Verkoston toimintaa tulisi pitää esillä julkisuudessa	<i>"Verkoston toiminnan esillä pitäminen julkisuudessa."</i>

Palliativisen hoidon sisältöä tulisi edelleen kehittää. *Palliativinen hoitolinjaus olisi hyvä tehdä riittävän aikaisessa vaiheessa*, koska riittävän varhain tehty palliativinen hoitopäätös auttaa potilasta sopeutumaan tilanteeseensa. Palliativisen hoidon avulla voidaan myös lieventää potilaan kärsimystä ja parantaa elämänlaatua. *Potilaan ja läheisten ohjaukseen tulisi panostaa enemmän.* Potilaan ja hänen läheisensä ohjaukseen pitäisi varata riittävästi aikaa ja potilaan psyykkisen hyvinvoinnin huomioimista pitäisi systemaattisesti kehittää. *Keskussairaalan internet-sivut tulisi uudistaa.* Sivut pitäisi muuttaa helpokäyttöisemmiksi, jolloin tieto olisi helpommin saatavilla. Selkeämmällä tavalla toteutetut internet-sivut helpottaisivat huomattavasti yksiköiden yhteystietojen löytämistä. *Internet-sivut tulisi pitää ajan tasalla*, jotta sivuilla olevaa tietoa voisi hyödyntää helposti.

Hoitajien kykyä palliativisten potilaiden hoitoon tulisi vahvistaa. *Asiantuntijuutta tulisi vahvistaa koulutuksen kautta.* Hoitajien olisi hyvä saada tietoa palliativisen hoidon toteuttamisesta ja hoitolinjausten tekemisestä eri sairauksiin liittyen. Koulutusta toivotaan lisäksi hoitajien henkisestä jaksamisesta. *Hoitajien henkistä jaksamista tulisi tukea.* Palliativista hoitotyötä tekeville hoitajille tulisi tarjota psyykkistä tukea, esimerkiksi työnohjausta ja jälkihoitoa. Henkistä jaksamista voitaisiin tukea myös käsittelemällä jaksamista yhdessä muiden palliativiseen hoitoon osallistuvien kanssa. Vaikeammista potilastapauksista olisi hyvä keskustella yhdessä verkoston avulla.

Yhteistyötä eri toimijoiden välillä tulisi lisätä. *Yhteistyötä terveyskeskuksen ja sairaalan välillä tulisi kehittää edelleen.* Yhteisten linjojen noudattaminen palliativisen potilaan hoidossa vaatii nykyistä tiiviimpää yhteydenpitoa sairaalan ja terveyskeskusten henkilökunnan välillä. Jatkossa toivotaankin henkilöstölle toimivampia mahdollisuuksia sopia yhdessä potilaiden hoitolinjoista sekä siirtää tietoa organisaatiosta toiseen. Terveyskeskuksissa tulisi aina olla nimetty palliativisen hoidon yhdyshenkilö, johon olisi helppo ottaa yhteyttä palliativisen potilaan hoitoon liittyvissä asioissa. Yhteyden pitämistä helpottaisi myös viranomaiskäyttöön tarkoitettu puhelinnumero, johon henkilökunta voisi vaivattomasti soittaa potilasasioista. Keskustelumahdollisuutta potilassiirtojen yhteydessä pidetään tärkeänä hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Yhteistyötä terveyskeskusten kanssa voisi helpottaa myös mahdollisuus tutustua eri terveyskeskusten toimintaan. *Hoitajaverkoston kautta tapahtuvaa yhteistyötä tulisi jatkaa.* Verkoston avulla voidaan keskustella toisten samaa työtä tekevien kanssa sekä jakaa kokemuksia käytännön tilanteista. Verkosto mahdollistaa palliativisen hoidon jatkuvan kehittämisen yhdessä.

Tietoisuutta palliativisesta verkostosta tulisi lisätä. *Verkoston toimintaa olisi hyvä pitää esillä sekä terveydenhuollon sisällä että julkisuudessa.*

5.3.3 Yhteiset tavoitteet

Verkoston tavoitteiden asettelua tulisi jatkossa selkiyttää aiemmasta sekä hoitajaverkoston että koko yhteistyöverkoston osalta. Moniammatillisen yhteistyön kehittämistarpeet yhteisten tavoitteiden osa-alueelta esitetään taulukossa 13.

Taulukko 13. Moniammatillisen yhteistyön kehittämistarpeet, yhteiset tavoitteet

Yläluokka	Alaluokka	Alkuperäisilmaus
Palliativisen hoidon verkoston tavoitteiden asettelua tulisi selkiyttää	Tavoitteita tulisi asettaa systemaattisesti	<i>”systemaattisten tavoitteiden asettaminen esim. vuosittain”</i>
	Tavoitteiden pitäisi olla selvät kaikille verkoston jäsenille	<i>”Just se (olisi tärkeintä verkoston kehittämisessä), että olis niinku se seuraava tavoite tiedossa sitte, että onko joku sellanen, ettei olisi vaan semmosta luppoaikaa vaan olis semmonen joku juttu. Joku jatkuvuus.”</i>
Hoitajaverkoston tulisi yhdessä pohtia tavoitteitaan	Hoitajaverkoston tulisi yhdessä pohtia tavoitteitaan	<i>”Meidän pitää varmaan keskenänsäkin miettiä näitä jatkoa ajatellen, ettei se nyt lopahda tähän tämä.”</i>

Palliativisen hoidon verkoston tavoitteiden asettelua tulisi jatkossa selkiyttää. Tavoitteita tulisi asettaa systemaattisesti ja niiden sisällön tulisi olla selvä kaikille verkoston jäsenille. Kun kaikki verkoston jäsenet tietävät ryhmän seuraavan tavoitteen, heidän työskentelynsä tehostuu eikä aikaa kulu hukkaan. Selkeät tavoitteet tuovat myös jatkuvuuden tunteen ryhmän jäsenille. **Hoitajaverkoston tulisi pohtia tavoitteitaan yhdessä.** Selkeiden tavoitteiden asettaminen hoitajaverkostolle pitää toimintaa käynnissä jatkossakin.

5.3.4 Prosessin reflektointi

Tehtävälisterä sekä mitattavia parametrejä tulisi hyödyntää enemmän verkoston toiminnan arvioimisessa. Moniammatillisen yhteistyön kehittämistarpeet prosessin reflektointi -osa-alueelta esitetään taulukossa 14.

Taulukko 14. Moniammatillisen yhteistyön kehittämistarpeet, prosessin reflektointi

Yläluokka	Alaluokka	Alkuperäisilmaus
Verkoston toiminnan arvioimiseksi tulisi olla olemassa mitattavia parametrejä	Verkoston toiminnan arvioimiseksi tulisi olla olemassa mitattavia parametrejä	<i>”Mitattavia parametrejä verkoston toiminnan arvioimiseen.”</i>
Toimintaa tulisi arvioida tehtävälistaa käyttämällä	Tehtävälistan avulla voitaisiin arvioida, onko asioita saatu valmiiksi Tehtävälistan avulla voitaisiin arvioida onnistumista	<i>”Ja sitten taas, jos meillä olis joku semmonen tavallaan tehtävälista et tehdään ensiks tää ja sit vois perehtyä tohon niin sehän tavallaan on sitä meidän arviointia myös siinä sit samalla et kun saadaan tää tehtyä niin no okei, se tuli valmiiksi ja tämmönen tuli.”</i>

Yhteistyöverkoston toiminnan arvioimiseksi tulisi olla olemassa mitattavia parametrejä ja toimintaa tulisi arvioida esimerkiksi tehtävälistaa käyttämällä. Tehtävälistan avulla voitaisiin arvioida, onko asioita saatu valmiiksi, sekä tehdä arviointia siitä, miten tehtävä onnistui.

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

6.1.1 Keskinäinen riippuvuus ja joustavuus

Tulosten mukaan verkoston jäsenet kokivat yhteistyön lisääntyneen eri organisaatioiden välillä, mutta organisaatioiden välistä kynnystä yhteistyölle tulisi edelleen madaltaa. Yhteistyön tulisi myös olla säännöllisempää ja varsinkin palliatiivisia potilaita hoitavien yksiköiden välisen yhteistyön tulisi olla aktiivisempaa. Myös Ceronskyn ym. (2013) tutkimuksessa todettiin yhteistyöverkoston kestävyys ja jatkuvan edistymisen kannalta olevan ratkaisevan tärkeää verkostoitua jatkuvasti yhteistyökumppaneiden kanssa. Verkoston toiminnassa hyödynnetään moniammatillista yhteistyötä hoitajien ja lääkäreiden välillä, mutta muiden ammattiryhmien kuten sosiaalityöntekijän, ravitsemusterapeutin, psykologin, kuntoutusohjaajan sekä fysioterapeutin asiantuntemusta ei hyödynnetä riittävästi. Tulokset vahvistavat aikaisempia käsityksiä siitä, että moniammatillista yhteistyötä tulisi hyödyntää palliatiivisen hoidon kehittämisessä enemmän (Hui ym. 2015; STM 2019), mutta epävarmuutta ilmenee siitä mitä eri ammattiryhmiä moniammatillisen työryhmän toimintaan tulisi sisällyttää (den Herder-van der Eerden ym. 2018). Huin ym. (2015) tutkimuksessa palliatiivisen hoidon moniammatilliseen työryhmään toivottiin lääkäreiden, hoitajien, sosiaalityöntekijöiden ja hengellisen tuen tai muiden asiantuntijoiden läsnäoloa. Aikaisemmissa tutkimuksissa moniammatillisten työryhmien on todettu edistävän tehokkaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutumista, koska ne parantavat hoidon laatua, näyttöön perustuvaa päätöksentekoa sekä hoidon jatkuvuutta (Hui ym. 2015; Siouta ym. 2016).

Verkoston jäsenten välinen kanssakäyminen koettiin verkoston toimintaa tukevaksi. Yhteistyö jäsenten välillä on muotoutunut sujuvaksi ja vuorovaikutus toimivaksi, joten jäsenet kokivat voivansa ilmaista mielipiteensä vapaasti huolimatta eri yksiköistä tai tarpeista palliatiiviselle hoidolle. Toisten ammattilaisten ammattitaitoon myös luotettiin ja koettiin kaikilla olevan samankaltaiset intressit palliatiivisen hoidon kehittämiseksi. Tulokset vahvistavat aikaisempia näkemyksiä siitä, että palliatiivisen hoidon kehittämiseksi tulisi rakentaa palliatiivisen hoidon asiantuntijoista koostuvia ryhmiä, joissa toiminta perustuu yhteisiin arvoihin, normeihin sekä keskinäiseen luottamukseen (den Herder-van der Eerden ym. 2018). Xyrichisin & Lowtonin (2008) tutkimuksen mukaan olennaisen

tärkeää tehokkaan tiimityön kannalta on jäsenten välillä vallitseva keskinäisen kunnioituksen ja luottamuksen ilmapiiri.

Toisaalta jäsenten osallisuus verkoston toimintaan koettiin vaihtelevaksi. Omaa roolia verkoston toiminnassa ei aina koettu selkeäksi eivätkä kaikki verkoston jäsenet kokeneet olevansa palliatiivisen hoidon asiantuntijoita, vaikka ovatkin verkoston toiminnassa mukana. Aikaisempien tutkimuksien mukaan moniammatillisissa tiimeissä tulisikin kiinnittää huomiota ammattiryhmien jäsenten välisiin rooleihin hoidon tavoitteiden saavuttamiseksi (Xyrichis & Lowton 2008; Isoherranen 2012; You ym. 2015). Myös sitoutuminen verkoston toimintaan koettiin epätasaiseksi. Aikaisemmissa tutkimuksissa on osoitettu, että terveydenhuollon ammattilaisten ymmärrys työryhmänsä ammattilaisten rooleista ja velvollisuuksista voi olla puutteellinen. Tämä voi osaltaan vaikuttaa ammattilaisten väliseen vuorovaikutukseen sekä asenteisiin. (Baker ym. 2011; Pype ym. 2013.) Verkoston toimivuuden edistämiseksi tulisi kiinnittää huomiota verkostotyöskentelyn parantamiseen. Ryhmän jäsenien toimenkuvaa tulisi selkeyttää sekä vastuuhenkilöiden sitoutumista ja mahdollisuuksia palliatiivisten asioiden hoitamiseksi tulisi lisätä. Palliatiivisen hoidon sekä verkostotyöskentelyn kehittämisen tulisi olla pitkäjänteistä toimintaa, jossa myöskin terveydenhuollon henkilöstön koulutukseen tulisi kiinnittää huomiota (Hui ym. 2015; den Herder-van der Eerden ym. 2018; WHO 2018). Ajantasaisen koulutuksen merkitys kaikilla organisaatiotasoilla on merkittävä tekijä palliatiivisen hoitotyön kehittämisessä ja myös tämän tutkimuksen tuloksissa tarve koulutukselle nostettiin esille. Oxmanin ym. (2008) mukaan ammatillisia koulutusohjelmia parantamalla sekä vahvistamalla säännöllisen täydennyskoulutuksen avulla henkilökunnan osaamista, voidaan parantaa ammattien välistä yhteistyötä sekä asiantuntijaryhmien välillä että potilaan hoidon tasoilla. Pypen ym. (2013) mukaan taas tuodakseen omia näkemyksiään esiin palliatiivisesta hoidosta, tulisi jokaisella moniammatillisen ryhmän jäsenellä olla aiheeseen liittyvää lisäkoulutusta. Tähän on myös STM (2019) kiinnittänyt huomiota suosituksessaan suunnitellusta ja säännöllisestä jäsenten täydennyskoulutuksesta osana palliatiivisen hoidon moniammatillisen työryhmän toimintaa.

Tutkimuksen tuloksissa nousi esiin verkoston toimintaa vaikeuttava jäsentymätön ja toimintatavoiltaan vakiintumaton yhteistyö. Toisten ammattilaisten osaamista ei osata riittävästi hyödyntää ja moniammatillista yhteistyötä ei juurikaan ole yhteisten tapaamisten ulkopuolella. Aikaisemman tutkimuksen mukaan keskeisinä tekijöinä tehokkaaseen moniammatilliseen yhteistyöhön vaikuttaa jatkuva mahdollisuus säännölliseen, tehokkaaseen ja epäviralliseen vuorovaikutukseen työryhmän jäsenten kesken (Morgan ym. 2015). Yhteistyötä vaikeuttaa myöskin puutteellinen kommunikaatio, jolloin hoitajat eivät esimerkiksi tiedä mitä lääkärit ovat keskenään sopineet palliatiiviseen hoitoon liittyvistä asioista. Nancarrow ym. (2013) ja Firnin ym. (2016)

tutkimusten mukaan yhteisen päätöksenteon sekä virallisen ja epävirallisen kommunikaation on todettu parantaneen moniammatillisen työryhmän välistä viestintää.

Yhtenä keskeisimmistä tuloksista verkoston toiminnassa nousi esiin yhteydenpito verkoston sisällä. Tulosten mukaan verkostossa on sähköpostin lisäksi luotu sen toimintaa tukevia yhteydenpidon käytänteitä kuten erilaiset tapaamiset, joissa saa tietoa muiden yksiköiden toimintatavoista palliatiivisen hoidon suhteen. Ne antavat myös mahdollisuuden toisten kanssa keskusteluun ja vertaistukeen tilanteissa, joita ei muuten kohtaa omassa työssään usein. Nancarrow ym. (2013) tutkimuksen mukaan organisaatioiden tulisikin moniammatillisessa tiimityöskentelyssä varmistaa riittävät edellytykset eri viestintätavoille sekä ryhmätapaamisille ryhmän yhteisen vision toteuttamiseksi. Toisaalta yhteydenpidossa verkoston sisällä koettiin myös haasteita. Vuorovaikutus verkoston jäsenien välillä on jäänyt pitkälti harvoin pidettäviin kokouksiin osallistumiseen eikä yhteydenpitoa niiden ulkopuolella juurikaan ole. Sähköposti koetaan sujuvana yhteydenpitomuotona, mutta osin hankala muotona kommunikoida varsinkin, koska tärkeät asiat saattavat jäädä siinä huomaamatta. Yhteistyöverkostossa tulisikin kehittää yhteydenpitokäytäntöjä verkoston tarpeet huomioiden. Verkoston jäsenten väliseen kommunikointiin tulisi kiinnittää huomiota yhteystietojen paremman jakamisen ja säännöllisten tapaamisten avulla (Xyrichis & Lowton 2008), jolloin asioiden sopiminen helpottuisi. Verkoston toiminnassa tulisi hyödyntää myös eri kommunikaatiokanavia monipuolisesti sähköpostin, sähköisen keskustelufoorumin sekä uutiskirjeen avulla.

6.1.2 Uudet ammatilliset toimintatavat

Alueella toimivat organisaatiot ovat palliatiivisen hoidon yhteistyöverkoston avulla lähentyneet toisiaan ja onnistuneet luomaan uusia yhtenäisempiä käytäntöjä. Verkoston jäsenet kokevat, että verkoston avulla on saavutettu tuloksia, joihin yksittäiset toimijat eivät olisi kyenneet. Potilaan siirtyminen keskussairaalaan perusterveydenhuoltoon koetaan sujuvammaksi ja vastuun jakautuminen selkeämmäksi. Verkostossa on kuitenkin monta erillistä toimijaa, mikä hankaloittaa palliatiivisen hoidon yhtenäistämistä alueella. Jokainen toimija on vastuussa oman alueensa asukkaiden hoidon tuottamisesta, eikä potilaita ole mahdollista siirrellä sujuvasti toimijoiden aluerajojen yli. Toisissa kunnissa palliatiivisen potilaan palveluita on uudistettu ja kehitetty pitkälle, toisissa niihin on panostettu vähemmän, joten potilaat ovat edelleen epätasa-arvoisessa asemassa asuinpaikastaan riippuen. Suomeen on suunnitteilla sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistus (Sote-uudistus). Sote-uudistuksen myötä terveystalvelujen järjestämisvastuu on siirtymässä kunnilta maakunnille, mikä mahdollistaa terveystalvelujen tuottamisen yhtenäisesti koko maakunnan alueella. Yksi Sote-uudistuksen päämäärinä on ollut yhdenvertaisuuden lisääntyminen palvelujen

saatavuuden ja laadun suhteen, joten uudistus saattaa osaltaan helpottaa yhdenmukaisten palvelujen järjestämistä palliatiivisen hoidon tarpeessa oleville. (Valtioneuvosto 2019.) Toisaalta palveluntuottajien määrä saattaa kilpailun kasvaessa lisääntyä, mikä voi sirpaloittaa palliatiivisen hoidon toteuttamista.

Tämän tutkimuksen tuloksissa painoutuivat erityisesti keskussairaalan toiminnan kehittämiseen liittyvät tekijät, koska laajin aineisto kerättiin ryhmähaastatteluilla, joihin osallistui ainoastaan keskussairaalassa työskenteleviä sairaanhoitajia. Keskussairaalassa on otettu käyttöön useita uusia palliatiivisen hoidon toimintamalleja, mutta osallistujat arvelivat toiminnan edelleen eroavan jonkin verran eri erikoisalojen yksiköissä. Palliatiivisia hoitolinjauksia ei tehdä yhtä aktiivisesti eikä niihin käytetä yhtä paljon resursseja jokaisessa yksikössä, joten potilaat ovat edelleen eri arvoisessa asemassa hoitopaikastaan riippuen. Aiemmassa tutkimuksessa on myös todettu palliatiivisen hoidon olevan yhteydessä potilaan sairastamaan sairauteen. Syöpää sairastavilla potilailla palliatiiviseen hoitoon pääseminen on usein helpompaa ja hoito paremmin järjestetty kuin muilla potilasryhmillä, kuten sydän- tai keuhkosairauksista kärsivillä. (Tanuseputro ym. 2017; Herden ym. 2018.)

Potilaan ja hänen läheistensä osallisuutta on vahvistettu palliatiivisen hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa erilaisin käytännöin. Tutkimuksen osallistujien mukaan potilaat ja heidän läheisensä eivät silti tiedä riittävästi palliatiivisesta hoidosta kyetäkseen osallistumaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen tasa-arvoisesti hoitohenkilöstön kanssa. Potilaiden ja läheisten ohjaamiseen pitäisikin panostaa jatkossa enemmän ja hoitolinjauksesta pitäisi keskustella potilaan ja hänen läheistensä kanssa nykyistä varhaisemmassa vaiheessa. Tällä hetkellä palliatiivinen hoito aloitetaan myös aiemman tutkimuksen mukaan usein vasta hyvin lähellä kuolemaa ja painottuu viimeisiin elinkuukausiin tai viikkoihin (Tanuseputro ym. 2017).

Herderin ym. (2018) tutkimuksen mukaan potilaat ovat tyytyväisempiä hoitoonsa, mikäli he kokevat ammattilaisten tekevän tiivistä yhteistyötä heitä hoitaessaan. Myös tässä tutkimuksessa tuli esille se, että hoidon tulisi näyttäytyä potilaalle samanlaisena riippumatta sen hetkisestä hoitopaikasta tai hoidon tuottajasta. Ilman tiivistä toimijoiden välistä yhteistyötä ei ole mahdollista yhtenäistää hoitokäytäntöjä kaikissa niissä yksiköissä, joissa palliatiivisia potilaita hoidetaan. Yhtenäisten käytäntöjen kannalta on tärkeää, että samat hoito-ohjeet ovat kaikkien saatavilla. Tämän vuoksi keskussairaalan internetsivut tulisi uudistaa niin, että tieto on helposti löydettävissä ja myös yhteystietojen löytäminen olisi tarvittaessa helppoa sekä terveydenhuollon ammattilaisille että potilaille.

Palliatiivisen hoidon onnistumiselle katsottiin tärkeäksi hoitajien asiantuntijuuden vahvistaminen ja henkisen jaksamisen tukeminen. Ryhmähaastatteluissa keskusteltiin sairaalaan tulossa olevasta palliatiivisesta poliklinikasta ja sen mahdollisista vaikutuksista palliatiiviseen hoitoon. Osallistujat arvelivat palliatiivisen poliklinikan hyödyttävän tulevaisuudessa palliatiivisen hoidon kehittämistä sekä selkiyttävän asiantuntijuutta entisestään.

6.1.3 Yhteiset tavoitteet

Yhteistyöverkoston tavoitteet on kirjattu hankkeen alkaessa. Sen jälkeen tavoitteita ei ole käyty läpi säännöllisesti kaikkien verkoston jäsenten kanssa, minkä vuoksi jäsenet ovat epävarmoja verkoston tavoitteista sekä toiminnan jatkuvuudesta. Ryhmähaastatteluun osallistuneet pitivät tavoitteiden systemaattista asettamista ja niiden selkiyttämistä verkoston kaikilla tasoilla yhtenä tärkeimmistä verkoston toiminnan kehittämisen kohteista. Selkeät tavoitteet toisivat verkoston jäsenille jatkuvuuden tunnetta ja tehostaisivat ajankäyttöä. Tavoitteiden asettaminen mahdollistaa toiminnan arvioinnin, koska tavoitteiden puuttuessa ei niiden saavuttamista voida arvioida. Tavoitteiden asettelun ei pitäisi lähteä ensisijaisesti ylhäältä päin vaan niistä pitäisi keskustella ryhmän kesken.

6.1.4 Prosessin reflektointi

Tulosten mukaan yhteistyöverkoston toimintaa ei arvioida systemaattisesti tavoitteiden saavuttamisen tai ryhmän toiminnan kannalta. Verkoston toiminnan arviointi kohdistuu enemmän hoidon kehittämiseen kuin ryhmän toiminnan arvioimiseen, jolloin arvioinnissa vertaillaan eri yhteistoiminta-alueiden kehitysprosesseja tai potilashoidon kehittymistä. Tiimien toiminnan säännöllinen ja avoin arviointi on erityisen keskeistä moniammatillisen tiimityöskentelyn kehittämiseksi, mikä tulee myös esiin Isoherrasen (2012) tutkimuksessa. Jatkuva toiminnan yhdessä arviointi ja kehittäminen ovatkin yksi hyvin toimivan tiimin tunnuspiirteistä. Myös Xyrichisin & Lowtonin (2008) tutkimuksen mukaan ryhmän tehokkuutta voidaan arvioida säännöllisen arvioinnin avulla. Säännölliset arvioinnit tarjoavat samalla mahdollisuuden ongelmista keskusteluun sekä ratkaisujen pohtimiseen tiimin toiminnan parantamiseksi.

6.1.5 IIC-mittari

Tässä tutkimuksessa IIC-mittarin osa-alueiden pisteytyksen keskiarvot olivat hyvin lähellä toisiaan (uudet ammatilliset toimintatavat ka 2,05, keskinäinen riippuvuus ja joustavuus ka 2,13, yhteiset tavoitteet ka 2,20, prosessin reflektointi ka 2,20). Yhteistyöverkoston moniammatillista yhteistyötä voidaan tulosten mukaan pitää toimivana jokaisella osa-alueella. Aiemmissa samaa mittaria

käyttäneissä tutkimuksissa (Parker Oliver, Bronstein & Kurzejeski 2005; Parker Oliver, Wittenberg-Lyles & Day 2007; Wittenberg-Lyles ym. 2010; Brian, Bainbridge & Seow 2015; Bainbridge ym. 2015) osa-alueiden keskiarvojen välillä on ollut suurempia eroja kuin tässä tutkimuksessa. Näissä tutkimuksissa osa-alueiden keskiarvot ovat sijoittuneet välille 1,77-2,77.

Kaikista osa-alueista parhaimmat pisteet sai tässä tutkimuksessa osa-alue uudet ammatilliset toimintatavat (ka 2,05, kh 0,74). Uudet ammatilliset toimintatavat on saanut parhaat pisteet ainoastaan yhdessä aiemmista IIC-mittaria käyttäneessä tutkimuksessa (Parker Oliver, Wittenberg-Lyles & Day 2007). Uudet ammatilliset toimintatavat -osa-alueen hyvään sijoittumiseen on tässä tutkimuksessa todennäköisesti vaikuttanut se, että alueellinen yhteistyöverkosto on perustettu nimenomaan käytäntöjen yhtenäistämiseksi, joten uusien toimintatapojen kehittäminen on ollut verkoston päätavoite.

Toiseksi parhaat pisteet tässä tutkimuksessa sai osa-alue keskinäinen riippuvuus ja joustavuus (ka 2,13, kh 1,06), joka on useissa aiemmissa IIC-mittaria käyttäneissä tutkimuksissa saanut osa-alueista parhaat pisteet (Parker Oliver, Bronstein & Kurzejeski 2005; Wittenberg-Lyles ym. 2010; Brian, Bainbridge & Seow 2015; Bainbridge ym. 2015). Tässä tutkimuksessa osa-alueen sijoittumiseen vasta toiseksi parhaaksi on voinut vaikuttaa se, että yhteistyöverkoston toiminta ei ole ollut kovin tiivistä ja verkoston jäsenet työskentelevät eri organisaatioissa, mikä vaikeuttaa yhteydenpitoa. Aiempien tutkimusten osallistujat ovat tavallisesti olleet osa moniammatillista työryhmää, joka tapaa usein ja säännöllisesti sekä hoitaa potilaita yhdessä.

Osa-alueiden uudet ammatilliset toimintatavat sekä keskinäinen riippuvuus ja joustavuus keskiarvot olivat tässä tutkimuksessa samat (ka 2,20). Pistemäärissä oli suurempi vaihtelu osa-alueella prosessin reflektointi (kh 0,88) kuin osa-alueella yhteiset tavoitteet (kh 0,61). Aiemmissa IIC-mittaria käyttäneissä tutkimuksissa prosessin reflektointi on poikkeuksetta saanut osa-alueista huonoimmat pisteet (Parker Oliver, Bronstein & Kurzejeski 2005; Parker Oliver, Wittenberg-Lyles & Day 2007; Wittenberg-Lyles ym. 2010; Brian, Bainbridge & Seow 2015; Bainbridge ym. 2015).

Koko mittarin yksittäisistä väittämistä parhaat pisteet sai väittämä 18. ”Työskentely verkostoon kuuluvien ammattilaisten kanssa johtaa tuloksiin, joita emme voisi saavuttaa yksin” (ka 1,56, kh 0,98), toiseksi parhaat pisteet sai väittämä 4. ”Tiimityö verkostossa työskentelevien ammattilaisten kanssa on tärkeää kyvylleni auttaa palliatiivisessa hoidossa olevia potilaita ja heidän perheitään” (ka 1,68, kh 1,06). Kolmanneksi sijoittui väittämä 37. ”Suhtaudun optimistisesti toisten verkoston jäsenien kykyyn työskennellä kanssani ongelmien ratkaisemiseksi” (ka 1,74, kh 0,65). Mittarin väittämistä huonoimmat pisteet sai väittämä 13. ”Toiset verkostossa työskentelevät ammattilaiset

uskovat, että he eivät pystyisi tekemään työtään yhtä hyvin ilman minun ja toisten alani edustajien apua” (ka 3,18, kh 1,38). Toiseksi huonoimmat pisteet sai väittämä 10. ”Palliativisessa verkostossa työskentelevät ammattilaiset pyytävät minulta usein neuvoja” (ka 3,16, kh 1,68) ja kolmanneksi huonoimmat väittämä 7. ”Verkoston jäsenet ohjaavat sovittulla tavalla potilaita luokseni” (ka 3,07, kh 1,53). Parhaimmat pisteet saaneita väittämiä yhdistää se, että ne kuvaavat vastaajan omaa suhtautumista verkoston muihin jäseniin. Huonoimmat pisteet saaneissa väittämissä puolestaan on pyydetty vastaajaa arvioimaan muiden toimintaa tai suhtautumista. Osassa väittämistä lääkärin ja hoitajien kokemus poikkesi paljon toisistaan. Tällainen oli muun muassa väittämä 10. ”Palliativisessa verkostossa työskentelevät ammattilaiset pyytävät minulta usein neuvoja”, jonka pisteiden keskiarvo oli lääkäreillä 2,33 ja hoitajilla 4,11.

Moniammatillisen yhteistyön neljästä osa-alueesta laadullista aineistoa saatiin selvästi eniten osa-alueista uudet ammatilliset toimintatavat sekä keskinäinen riippuvuus ja joustavuus, jotka saivat myös mittarissa parhaat pisteet. Ryhmähaastatteluissa keskusteltiin enimmäkseen näistä osa-alueista, koska osallistujilla vaikutti olevan eniten kokemuksia ja kerrottavaa niihin liittyen. Yhteiset tavoitteet ja prosessin reflektointi osa-alueista keskustelua syntyi huomattavasti niukemmin.

6.2 Luotettavuus

Tutkittavaan ilmiöön tutustuttiin huolellisesti ennen tutkimuksen suunnittelua. Tutkimuksen vaiheet suunniteltiin huolellisesti ja toteutus pyrittiin raportoimaan tarkasti. Tässä tutkimuksessa käytettiin sekä metodi- että tutkijatriangulaatiota, joiden on todettu parantavan tutkimuksen luotettavuutta (Kylmä & Juvakka 2007; Hirsjärvi ym. 2009; Flick 2014). Tämän tutkimuksen tekemiseen osallistui kaksi tutkijaa, jolloin tutkimusprosessista sekä tuloksista voitiin käydä keskustelua toisen samaa ilmiötä tutkivan kanssa. Tulosten luotettavuutta lisää myös tutkijoiden pitämä tutkimuspäiväkirja tehdyistä valinnoista sekä kokemuksista (Kylmä & Juvakka 2007; Vaismoradi ym. 2013).

Tässä tutkimuksessa käytettyä moniammatillisen yhteistyön mittaria on käytetty useissa aiemmissa tutkimuksissa saattohoidon ja palliativisen hoidon kontekstissa. Mittari on todettu luotettavaksi, mikä lisää tämän tutkimuksen luotettavuutta. Mittarin kysymyksille on tehty kaksoiskäännätys, jotta kysymysten sisältö ei tahattomasti muutu käännettäessä. Luotettavuutta heikentävänä tekijänä voidaan pitää sitä, ettei suomennettujen kysymyksien ymmärrettävyyttä ole ollut mahdollista esitellä palliativisen verkoston jäsenien keskuudessa, koska samanlaista verkostoa ei ole muualla. Kysymysten ymmärrettävyys pyrittiin kuitenkin varmistamaan esitestaamalla mittari ennen aineistonkeruun aloittamista hoitotieteen 11 opiskelijan ja kahden ohjaavan opettajan keskuudessa ja

muokkaamalla kysymyksiä huolellisesti kadottamatta sisältöä. Yhteistyössä keskussairaalan yhdyshenkilön kanssa myös varmistettiin kysymysten ymmärrettävyys sekä avoimien kysymysten kohdentuminen tutkimuksen tilaajan tarpeisiin.

Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi kyselyn osalta se, että tutkimuksessa käytettiin kokonaisotantaa (Heikkilä 2004). Kyselyn avulla kerätty aineisto oli kuitenkin tilastolliseksi aineistoksi suppea, jonka vuoksi tilastollisia testejä ei tehty. Sen sijaan aineistosta laskettiin keski- ja hajontaluvut. Aineistoa on analysoitu samaan tapaan myös aiemmissa tutkimuksissa, joissa on käytetty IIC-mittaria (Parker Oliver ym. 2005; Parker Oliver ym. 2007; Wittenberg-Lyles ym. 2010; Bainbridge ym. 2015). IIC-mittaria sovellettiin tässä tutkimuksessa laajempaan ja hajanaisempaan verkostoon kuin aikaisemmissa tutkimuksissa. Mittarin osioista laskettiin Cronbachin alfakerroin, jonka avulla voidaan arvioida mittarin sisäistä yhtenäisyyttä (Heikkilä 2014). Tässä tutkimuksessa IIC-mittarin Cronbachin alfakerroin oli 0,97, jota voidaan pitää sisäisen yhtenäisyyden osalta hyvänä. Osa-alueittain tarkasteltuna Cronbachin alfakerroin vaihteli välillä 0,74-0,86.

Tutkimuksen laadullinen osio arvioitiin laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerien mukaisesti (Elo ym. 2014). Ryhmähaastattelujen kohderyhmäksi valittiin ajallisten resurssien vuoksi vain osa palliatiivisen yhteistyöverkoston toimijoista. Luotettavuutta parantaa se, että haastattelutilanteessa olivat läsnä molemmat tutkijat, jolloin toinen tutkijoista pystyi keskittymään itse haastatteluun ja toinen kirjoittamaan muistiinpanoja ja huolehtimaan tekniikasta. Ryhmähaastatteluiden lopussa varmistettiin haastatteluiden pääkohdat kertaamalla keskustelusta tehty tiivistelmä haastatteluihin osallistuneiden kanssa. (Sipilä ym. 2007.) Tutkijat tekivät ryhmähaastattelua ensimmäistä kertaa, joten he olivat perehtyneet huolellisesti kirjallisuuteen haastatteluja suunnitellessaan. Haastattelija oli silti haastattelutilanteessa välillä liian aktiivinen, jota pidetään tavallisena aloittelevien haastattelijoiden virheenä. Ryhmähaastattelua tekevän haastattelijan tulisi sietää hiljaisia hetkiä ja antaa aikaa osallistujille pohtia vastauksiaan (Mäenpää ym. 2002; Ruusuvoori ym. 2005; Hirsjärvi & Hurme 2008). Tämä osoittautui yllättävän hankalaksi ja osallistujilta kysyttiin liian nopeasti tarkentavia kysymyksiä niissä tilanteissa, joissa haastateltavat eivät heti aloittaneet keskustelua.

Haastattelujen aikana keskustelua syntyi helpommin ryhmässä, jossa oli enemmän osallistujia. Kolmen henkilön ryhmässä keskustelua oli vaikeampi ylläpitää, kuten aiemmassa tutkimuksessakin on todettu (Koskinen & Jokinen 2001). Keskustelun syntymistä pienemmässä ryhmässä hankaloitti osallistujien määrän lisäksi heidän vähäisempi kokemuksensa verkoston toiminnasta. Haastateltavat kertoivat heti haastattelun alussa, ettei heillä ole kokemusta kaikkien kysymysten aihealueista, joten kysymyksiä oli haastattelun aikana sovellettava ja jätettävä osin kokonaan kysymättä. Tämä aiheutti

haasteen haastattelun sujuvalle etenemiselle. Molemmissa ryhmissä osallistujat vaikuttivat kuitenkin kiinnostuneilta keskustelemaan palliatiivisen hoidon yhteistyöstä ja sen kehittamisestä.

Ryhmähaastatteluiden osalta luotettavuuteen vaikuttaa se, että vain osa keskussairaalan hoitajaverkostosta osallistui haastatteluihin. Tutkimuksen luotettavuutta lisää haastateltavien omakohtainen kokemus verkoston toiminnasta siltä osin miten he ovat verkoston toimintaan osallistuneet. Haastatteluun osallistujien määrän ollessa suhteellisen pieni, ei aineistossa tullut esille saturoitumista mikä ilmenee vähäisenä pelkistysten määränä joidenkin alaluokkien osalta (Elo & Kyngäs 2008). Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös se, että ryhmähaastatteluiden avulla kyselyssä esille tulleita asioita pystyi haastatteluissa tarkentamaan. Ryhmähaastattelut auttoivat ymmärtämään laajemmin yhteistyöverkoston toimintaa ja sen haasteita, mutta toisaalta tässä tutkimuksessa painottuu hoitajaverkoston näkökulma haastatteluaineiston suuren koon takia. Tästä johtuen ryhmähaastattelujen kaikkia tuloksia ei voida yleistää koko verkostoa koskeviksi, mutta ne auttavat ymmärtämään syvällisemmin tutkittavaa ilmiötä.

Litterointia varten tutkijat laativat yhtenäiset ohjeet, jotta ryhmähaastatteluaineistot kirjoitettaisiin puhtaaksi samanlaisella tarkkuudella. Litteroinnin tarkkuudeksi määriteltiin haastattelujen ilmisälkö, jossa ei oteta huomioon ei-puhuttua ilmaisuja. Hankaluuksia litterointiin teetti puhujien puherytmin nopeuden vaihtelu, jolloin puheesta oli välillä vaikeaa saada selkoa. Neljän hengen haastattelyrhmän puheesta oli vaikeaa saada selvää, koska puhujat puhuivat ajoittain toistensa päälle. Litteroinnista jäi kuitenkin puuttumaan edellä mainittujen tekijöiden johdosta vain muutamia yksittäisiä sanoja. Ryhmähaastattelujen ja avointen kysymysten deduktiivista analysointia varten laadittiin luokitusmatriisi (Elo & Kyngäs 2008), jotta pelkistysten luokittelu olisi yhteneväistä molemmilla tutkijoilla. Analyysin luotettavuus varmistettiin palaamalla alkuperäisaineistoon useasti analyysiprosessin aikana. Tutkijat myös arvioivat toistensa tekemää analyysia jatkuvasti luokittelun loogisuuden ja luokkien nimeämisen suhteen. Tutkimuksessa on kuvattu analyysin eteneminen tarkasti (Kyngäs ym. 2011) ja luotettavuutta on pyritty lisäämään esittämällä raportissa alkuperäisilmaisuja (Elo & Kyngäs 2008; Elo ym. 2014).

6.3 Eettisyys

Tässä tutkimuksessa tutkittiin palliatiivisen hoidon verkostoyhteistyötä verkostoon kuuluvien näkökulmasta, mikä voidaan kokea aihealueena sensitiiviseksi (Aho & Kylmä 2012). Tutkimuksessa keskityttiin tutkimaan ensisijaisesti verkoston yhteistyötä, joten kyselyn sekä ryhmähaastatteluiden aiheina olivat moniammatillisen yhteistyön osa-alueet. Haastatteluihin osallistuvilta pyydettiin kirjallisesti tietoon perustuva suostumus haastatteluun osallistumisesta ja vastaajien anonymiteetti

huomioitiin aineiston käsittelyssä ja raportoinnissa. Tutkimuksen toimijoita olivat sairaanhoitopiirin työntekijät, joten eettisen toimikunnan lausuntoa ei tarvittu. (Kylmä & Juvakka 2007.) Tutkimus toteutettiin osana laajempaa hanketta, jonka tavoitteena on sujuvamman hoitoketjun luominen palliatiivisessa vaiheessa oleville potilaille. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa palliatiivisen hoidon yhteistyöverkoston toiminnasta. Saadun tiedon avulla voidaan kehittää palliatiivisen potilaan hoitoa terveydenhuollossa. Tutkimusluvut haettiin jokaiselta organisaatiolta erikseen.

Hyvä tieteellinen käytäntö on lähtökohta eettisesti hyvälle tutkimukselle (TENK 2012). Osallistujia informoitiin tutkimuksesta saatekirjeellä, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoite, aineistonkeruun toteuttaminen, tutkimustiedon käyttötarkoitus sekä tutkimuksen vastuuhenkilöiden yhteystiedot. Tutkimuksen toimijoita informoitiin siitä, että osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista ja tutkimuksen voi keskeyttää milloin tahansa. Heiltä pyydettiin suostumus tutkimukseen osallistumiseen. (Kylmä & Juvakka 2007.) Sähköiseen kyselylomakkeeseen vastattaessa osallistuja vastasi ensimmäisenä kysymykseen, jossa varmistettiin hänen suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta. Myös lomakkeen lopussa varmistettiin, haluaako vastaaja lähettää tiedot eteenpäin tutkijoille. Ryhmähaastattelussa kaikkia osallistujia pyydettiin allekirjoittamaan kirjallinen suostumuslomake ennen haastattelun aloittamista. Vastaajien anonymiteetti huomioitiin sähköisten lomakkeiden käsittelyssä siten, että kyselyn vastaukset palautuivat tutkijoille nimettömästi. Ryhmähaastattelutilanteessa tutkimukseen osallistujien anonymiteetti ei toteutunut, joskin ryhmähaastattelusta voi olla hyötyä tutkimukseen osallistujille (Sipilä ym. 2007), koska he voivat keskustella verkoston toimivuudesta yhdessä, joka voi johtaa sen kehittymiseen. Haastattelutilanteen alussa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, ryhmähaastattelusta haastattelumuotona sekä tutkittavien oikeudesta keskeyttää haastattelu missä vaiheessa tahansa. Tutkittavilta saatiin suullisesti lupa haastattelujen nauhoittamiseen ja tutkittaville kerrottiin suorien sitaattien käyttämisestä tuloksia kerrottaessa siten, ettei tutkittavia voida niistä tunnistaa. Ryhmähaastatteluun osallistuneiden anonymiteetista on huolehdittu tutkimusraporttia kirjoitettaessa. Saatekirjeeseen oli merkitty tutkijoiden yhteystiedot, joten osallistujilla oli mahdollisuus halutessaan ottaa yhteyttä tutkijoihin ja keskustella mieltä askarruttavista tutkimukseen liittyvistä kysymyksistä (Grove ym. 2015). Tutkimuksen tekijät kertasivat käydyn keskustelun pääkohdat haastattelun lopuksi, jolloin osallistujilla oli mahdollisuus varmistua keskustelun pääkohdista tai korjata väärinkäsityksiä. Litteroidut haastatteluaineistot analysoitiin ryhmän tasolla, eikä eri osallistujien kertomia asioita eroteltu toisistaan.

Tutkimuksen tekijät käsitelivät tutkimusaineistoa luottamuksellisesti eivätkä luovuttaneet sitä ulkopuolisten henkilöiden käsiin (TENK 2012). Tutkimusaineisto säilytettiin tutkimuksen tekijöiden

tietokoneilla salasanan takana ja pro gradu -tutkielman valmistuttua aineistot tuhottiin. Tutkimuksen raportoinnissa huomioidaan se, että tulokset on raportoitu tarkasti ja rehellisesti sekä se, ettei yksittäisiä vastaajia voida tunnistaa (Kynäs ym. 2011).

6.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimustulosten perusteella esitetään seuraavat kehittämisehdotukset sekä jatkotutkimusaiheet:

Kehittämisehdotukset:

- Yhteydenpitokäytänteitä tulisi kehittää verkoston tarpeet huomioiden
 - Tiiviimpää yhteistyötä ja lisää tietoa toisten yksiköiden toiminnasta
 - Eri kommunikaatiokanavien monipuolisempaa hyödyntämistä
 - Internet-sivujen uudistaminen on avainasemassa tiedon jakamisen suhteen ja käytäntöjen pitämiseksi yhtenäisenä
 - Hoitajaverkoston ja terveyskeskusten palliatiivisen hoidon yhdyshenkilöiden välistä yhteistyötä tulisi lisätä

- Verkoston jäsenten roolia verkostotyöskentelyssä tulisi selkiyttää
- Verkoston jäsenten tulisi saada koulutusta sekä palliatiivisen potilaan hoidosta että verkostotyöskentelystä ja sen tavoitteista.
- Verkoston tulisi asettaa selkeitä tavoitteita, joiden toteutumista tulisi arvioida yhdessä säännöllisesti. Arvioinnissa tulisi käyttää apuna mitattavia parametreja.
- Moniammatillista yhteistyötä tulisi syventää ja laajentaa muihinkin ammattiryhmiin
- Verkoston jäsentenillä tulisi olla paremmat resurssit osallistua kehittämistyöhön.
- Palliatiivisia potilaita hoitavan henkilöstön tulisi saada koulutusta palliatiivisen potilaan hoidosta sekä tukea henkiseen jaksamiseensa.
- Potilaan ja hänen läheisensä tiedonsaantia ja osallistumismahdollisuuksia tulisi lisätä edelleen.

Jatkotutkimuksena:

- Miten potilaat kokevat palliatiivisen hoidon?
 - Onko hoito yhtenäistä ja sujuvaa?
 - Saavatko potilaat riittävästi tietoa hoitolinjauksestaan ja saatavilla olevista palveluista?
- Mitkä ammattiryhmät palliatiivisen hoidon verkostossa tulisi olla edustettuina?
- Millaista tukea ja koulutusta palliatiivisia potilaita hoitava henkilöstö kokee tarvitsevansa?
- Tehdäänkö palliatiivisen hoidon päätökset Suomessa oikea-aikaisesti?
 - Saako potilas ja perhe tietoa palliatiivisen hoidon mahdollisuudesta hyvissä ajoin?
 - Miten potilaan sairaus tai erikoisala vaikuttaa palliatiivisen hoidon toteutumiseen Suomessa?
- Miten Sote-uudistus vaikuttaa palliatiivisen hoidon saatavuuteen ja laatuun?

LÄHTEET

Aho A-L. & Kylmä J. (2012) Sensitiivinen tutkimus hoitotieteessä: näkökohtia tutkimusprosessin eri vaiheissa. *Hoitotiede* **24**(4), 271-280.

Bainbridge D., Brazil K., Krueger P., Ploeg J., Taniguchi A. & Darnay J. (2015) Measuring horizontal integration among health care providers in the community: an examination of a collaborative process within a palliative care network. *Journal of Interprofessional Care* **29**(3), 245-252.

Bainbridge D., Brazil K., Ploeg J., Krueger P. & Taniguchi A. (2016) Measuring healthcare integration: Operationalization of a framework for a systems evaluation of palliative care structures, processes, and outcomes. *Palliative Medicine* **30**(6), 567-579.

Baker L., Egan-Lee E., Martimianakis M. & Reeves S. (2011) Relationships of power: implications for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care* **25**(2), 98-104.

Brereton L., Clark J., Ingleton C., Gardiner C., Preston L., Ryan T. & Goyder E. (2017) What do we know about different models of providing palliative care? Findings from a systematic review of reviews. *Palliative Medicine* **31**(9), 781-797.

Brian Y.H., Bainbridge D. & Seow H. (2015) Measuring Interprofessional Collaboration Between Two Palliative Care Teams. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* **17**(3), 229-234.

Bronstein L.R. (2003) A model for interdisciplinary collaboration. *Social Work* **48**(3), 297-306.

Bronstein L.R. (2002) Index of interdisciplinary collaboration. *Social Work Research* **26**(2), 113.

Candy B., Holman A., Leurent B., Davis S. & Jones L. (2011) Hospice care delivered at home, in nursing homes and in dedicated hospice facilities: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *International Journal of Nursing Studies* **48**(1), 121-133.

Cassel B.J., Kerr K.M., McClish D.K., Skoro N., Johnson S., Wanke C. & Hoefler D. (2016) Effect of a Home-Based Palliative Care Program on Healthcare Use and Costs. *Journal of the American Geriatrics Society* **64**(11), 2288-2295.

Ceronsky L., Shearer J., Weng K., Hopkins M. & Mckinley D. (2013) Minnesota Rural Palliative Care Initiative: Building Palliative Care Capacity in Rural Minnesota. *Journal of Palliative Medicine* **16**(3), 310-313.

den Herder-van der Eerden, M., Ebenau A., Payne S., Preston N., Radbruch L., Linge-Dahl L., Csikos A., Busa C., Van Beek K., Groot M., Vissers K. & Hasselaar J. (2018) Integrated palliative care networks from the perspectives of patients: A cross-sectional explorative study in five European countries. *Palliative Medicine* **32**(6), 1103-1113.

den Herder-van der Eerden, M., van Wijngaarden J., Payne S., Preston N., Linge-Dahl L., Radbruch L., Van Beek K., Menten J., Busa C., Csikos A., Vissers K., van Gorp J. & Hasselaar J. (2018) Integrated palliative care is about professional networking rather than standardisation of care: A qualitative study with healthcare professionals in 19 integrated palliative care initiatives in five European countries. *Palliative Medicine* **32**(6), 1091-1102.

Elo S. & Kyngäs H. (2008) The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* **62**(1), 107-115.

Elo S., Kääriäinen M., Kanste O., Pölkki T., Utriainen K. & Kyngäs H. (2014). *Qualitative content analysis: a focus on trustworthiness*. Sage Publications.

Eskola J. & Suoranta J. (1998) *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino. Tampere.

Finlex. 2018. Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326. Luettavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. 10.10.2018.

Firm J., Preston N. & Walshe C. (2016) What are the views of hospital-based generalist palliative care professionals on what facilitates or hinders collaboration with in-patient specialist palliative care teams? A systematically constructed narrative synthesis. *Palliative Medicine* **30**(3), 240 –256.

Flick U. (2014) *An introduction to qualitative research*. Sage Publications.

Färkkilä N., Torvinen S., Roine R.P., Sintonen H., Hänninen J., Taari K. & Saarto T. (2014) Health-related quality of life among breast, prostate, and colorectal cancer patients with end-stage disease. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation* **23**(4), 1387-1394.

Gomes B., Calanzani N., Curiale V., McCrone P. & Higginson I.J. (2013) Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (6), CD007760.

Grove S., Gray J. & Burns N. (2015) *Understanding Nursing Research. Building an evidenced-based practice*. Sixth edition. St. Lous. Elsevier Saunders.

Haltia O., Färkkilä N., Roine R.P., Sintonen H., Taari K., Hänninen J., Lehto J.T. & Saarto T. (2017) The indirect costs of palliative care in end-stage cancer: A real-life longitudinal register- and questionnaire-based study. *Palliative Medicine*, **32**(2), 493-499.

Heikkilä T. (2004) *Tilastollinen tutkimus*. Edita Publishing Oy, Helsinki.

Heikkilä T. (2014) *Tilastollinen tutkimus*. Edita Publishing Oy, Helsinki.

Herbst F.A., Heckel M., Stiel S. & Ostgathe C. (2018) Development of empirical recommendations for regional hospice and palliative care networks in Germany: A qualitative study. *Zeitschrift Fur Evidenz, Fortbildung Und Qualitat Im Gesundheitswesen*.

Higginson I.J. & Evans C.J. (2010) What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families? *Cancer Journal (Sudbury, Mass.)* **16**(5), 423-435.

Hirsjärvi S. & Hurme H. (2008) *Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Gaudeamus Helsinki University Press. Helsinki.

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. (2009). *Tutki ja kirjoita*. Kariston Kirjapaino Oy, Hämeenlinna.

Hui D., Yu Jung K., Ji Chan P., Yi Z., Strasser F., Cherny N., Kaasa S., Davis M P. & Bruera E. (2015) Integration of Oncology and Palliative Care: A Systematic Review. *Oncologist* **20**(1), 77-83.

Hyvärinen M., Nikander P., Ruusuvuori J. & Aho A.L. (2017) *Tutkimushaastattelun käsikirja*. Vastapaino. Tampere.

Isoherranen K. (2012) Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, sosiaalitieteiden laitos. Luettavissa https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf?seq. 18.02.2019.

Jamieson L. & Williams L.M. (2003) Focus group methodology: explanatory notes for the novice nurse researcher. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession* **14**(3), 271-280.

Kobayashi R. & McAllister C.A. (2014) Similarities and Differences in Perspectives on Interdisciplinary Collaboration Among Hospice Team Members. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* **31**(8), 825-832.

Kobayashi R. & McAllister C.A. (2016) Hospice Core Professions' Views on Interdisciplinary Teams: A Qualitative Investigation. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care* **12**(3), 214-230.

Koskinen L. & Jokinen P. (2001) Ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä – haastattelijoiden kokemuksia. *Hoitotiede* **13**(6), 301-309.

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

Kyngäs H., Elo S., Pölkki T., Kääriäinen M. & Kanste O. (2011) Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* **23**(2), 138–148.

Leclerc B., Blanchard L., Cantinotti M., Couturier Y., Gervais D., Lessard S. & Mongeau S. (2014) The effectiveness of interdisciplinary teams in end-of-life palliative care: a systematic review of comparative studies. *Journal of Palliative Care* **30**(1), 44-54.

Lynch T., Clark D., Centeno C., Rocafort J., de Lima L., Filbet M., Hegedus K., Belle O., Giordano A., Guilln F. & Wright M. (2010) Barriers to the development of palliative care in Western Europe. *Palliative Medicine* **24**(8), 812-819.

May P., Garrido M.M., Cassel J.B., Kelley A.S., Meier D.E., Normand C., Smith T.J. & Morrison R.S. (2017) Cost analysis of a prospective multi-site cohort study of palliative care consultation teams for adults with advanced cancer: Where do cost-savings come from? *Palliative Medicine* **31**(4), 378-386.

McLafferty I. (2004) Focus group interviews as a data collecting strategy. *Journal of Advanced Nursing* **48**(2), 187-194.

Morgan S., Pullon S. & McKinlay E. (2015) Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies* **52**(7), 1217-1230.

Mäenpää T., Åstedt-Kurki P. & Paavilainen E. (2002) Ryhmähaastattelu tiedonkeruumenetelmänä tutkittaessa ala-asteen kouluterveydenhuollon perhekeskeisyyttä ja perheiden tiedollista tukea. *Hoitotiede* **14**(3), 100-107.

Nancarrow S., Booth A., Ariss S., Smith T., Enderby P. & Roots A. (2013) Ten principles of good interdisciplinary teamwork. *Human Resources for Health* **11**(19), 1-11.

OECD (2011) *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing. Luettavissa: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en.28.11.2017

Oxman A., Bjørndal A., Flottorp S., Lewin S. & Lindahl A. (2008). Integrated Health Care for People with Chronic Conditions: A Policy Brief. Luettavissa: https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2378094/NOKCnotat_2008_Oxman.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 10.03.2019.

Palliativinen hoito ja saattohoito. 2018. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Luettavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50063>. 2.12.2018.

Parker-Oliver D., Bronstein L.R. & Kurzejeski L. (2005) Examining variables related to successful collaboration on the hospice team. *Health & Social Work* **30**(4), 279-286.

Parker Oliver D. & Peck M. (2006) Inside the interdisciplinary team experiences of hospice social workers. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care* **2**(3), 7-21.

Parker Oliver D., Wittenberg-Lyles E.M. & Day M. (2006) Variances in perceptions of interdisciplinary collaboration by hospice staff. *Journal of Palliative Care* **22**(4), 275-280.

Parker Oliver D., Wittenberg-Lyles E.M. & Day M. (2007) Measuring interdisciplinary perceptions of collaboration on hospice teams. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* **24**(1), 49-53.

Pype P., Symons L., Wens J., Van den Eynden B., Stess A., Cherry G. & Deveugele M. (2013) Healthcare professionals' perceptions toward interprofessional collaboration in palliative home care: A view from Belgium. *Journal of Interprofessional Care* **27**(4), 313-319.

Rosenberg J.P., Horsfall D., Leonard R. & Noonan K. (2018) Informal care networks' views of palliative care services: Help or hindrance? *Death Studies* **42**(6), 362-370.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2018. *Tutkimuslupahakemuksen valmistelu tutkimustiimille*. Luettavissa: https://www.tays.fi/fi-FI/Tutkimus_ja_kehittaminen/Tutkimus/Tutkimuslupa_ja_ohjeet/Hoitotieteellinen_tutkimus. 8.1.2018.

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2018. *Saattohoitopotilaan palveluketju*. Luettavissa: <http://www.pkssk.fi/saattohoitopotilaan-palveluketju>. 13.10.2018.

Pype P., Symons L., Wens J., Van d. E., Stess A., Cherry G. & Deveugele M. (2013) Healthcare professionals' perceptions toward interprofessional collaboration in palliative home care: A view from Belgium. *Journal of Interprofessional Care* **27**(4), 313-319.

Rabow M., Kvale E., Barbour L., Cassel J.B., Cohen S., Jackson V., Luhrs C., Nguyen V., Rinaldi S., Stevens D., Spragens L. & Weissman D. (2013) Moving upstream: a review of the evidence of the impact of outpatient palliative care. *Journal of Palliative Medicine* **16**(12), 1540-1549.

Ruusuvuori J., Tiittula L., Aaltonen T., Alastalo M., Rastas A., Tienari J., Vaara E., Meriläinen S., Lumme-Sandt K., Alasuutari M., Hyvärinen M.K., Löyttyniemi V., Valtonen A. & Nuolijärvi P. (2005) *Haastattelu: tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Vastapaino. Tampere.

Saarto T. (2017) *Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatukriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle*. PDF-julkaisu. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3896-0>. 3.1.2017.

Saarto T. & Luoma M-L. (2019) *Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa – väliraportti*. PDF-julkaisu. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4041-3>. 16.3.2019.

Scaccabarozzi G., Limonta F. & Amodio E. (2017) Hospital, local palliative care network and public health: how do they involve terminally ill patients? *European Journal of Public Health* **27**(1), 25-30.

Siouta N., Van Beek K., van der Eerden M., Preston N. Hasselaar J., Hughes S., Garralda E., Centeno C., Csikos A., Groot M., Radbruch L., Payne S. & Menten J. (2016) Integrated palliative care in Europe: a qualitative systematic literature review of empirically-tested models in cancer and chronic disease. *Palliative Care* **15**:56, 1-16.

Sipilä T., Kankkunen P., Suominen T. & Holma T. (2007). Fokuserhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä hoitotieteellisessä tutkimuksessa: esimerkkinä tutkimus ITE-itsearviointimenetelmän käytöstä johtamisen työvälineenä. *Hoitotiede* **19**(6), 305-313.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018. *Terveyspalvelut*. Luettavissa: <https://stm.fi/terveyspalvelut>. 10.10.2018.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018. *Terveyskeskukset*. Luettavissa: <https://stm.fi/terveyskeskukset>. 14.10.2018.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018. *Saattohoito*. Luettavissa: <https://stm.fi/saattohoito>. 17.10.2018.

Sussman J., Barbera L., Bainbridge D., Howell D., Yang J., Husain A., Librach, S., Viola, R. & Walker H. (2012) Health system characteristics of quality care delivery: A comparative case study examination of palliative care for cancer patients in four regions in Ontario, Canada. *Palliative Medicine* **26**(4), 322-335.

Tanuseputro P., Budhwani S., Bai Y.Q. & Wodchis W.P. (2017) Palliative care delivery across health sectors: A population-level observational study. *Palliative Medicine* **31**(3), 247-257.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2012) Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Luettavissa: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf 17.03.2019.

Valtioneuvosto. 2019. Alueuudistus. Luettavissa: <https://alueuudistus.fi>. 9.2.2019.

Valvira. 2018. *Saattohoito*. Luettavissa: https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito. 17.10.2018.

Vaismoradi M., Turunen H. & Bondas T. (2013) Content analysis and thematic analysis: implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing and Health Sciences* **15**(3), 398–405.

Walshe C., Caress A., Chew-Graham C. & Todd C. (2007) Evaluating partnership working: lessons for palliative care. *European Journal of Cancer Care* **16**(1), 48-54.

Wittenberg-Lyles E.M. & Parker Oliver D. (2007) The power of interdisciplinary collaboration in hospice. *Progress in Palliative Care* **15**(1), 6-12.

Wittenberg-Lyles E., Oliver D.P., Demiris G., Baldwin P. & Regehr K. (2008) Communication dynamics in hospice teams: understanding the role of the chaplain in interdisciplinary team collaboration. *Journal of Palliative Medicine* **11**(10), 1330-1335.

Wittenberg-Lyles E., Parker Oliver D., Demiris G. & Regehr K. (2010) Interdisciplinary collaboration in hospice team meetings. *Journal of Interprofessional Care* **24**(3), 264-273.

World Health Organization. 2018. *Palliative care*. Luettavissa: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. 25.02.2019.

World Health Organization. 2018. *Who definition of Palliative care*. Luettavissa: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. 14.10.2018.

WPCA, Worldwide Palliative Care Alliance & WHO, The World Health Organization. (2014) *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. PDF-julkaisu. https://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKewjp8rzj1bvYAhUqApoKHdF5CHQQFggqMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fnmh%2FGlobal_Atlas_of_Palliative_Care.pdf&usg=AOvVaw1GMx4Yr5-5sDcp1VU_NCAf. 3.1.3017.

Xyrichis A. & Lowton K. (2008) What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies* **45**(1), 140-153.

You J., Downar J., Fowler R., Lamontagne F., Ma I., Jayaraman D., Kryworuchko J., Strachan P., Ilan R., Nijjar A., Neary J., Shik J., Brazil K., Patel A., Wiebe K., Albert M., Palepu A., Nouvet E., des Ordon A., Sharma N. & et al. (2015) Barriers to goals of care discussions with seriously ill hospitalized patients and their families: a multicenter survey of clinicians. *Internal Medicine* **175**(4), 549-556.

Youens D. & Moorin R. (2017) The Impact of Community-Based Palliative Care on Utilization and Cost of Acute Care Hospital Services in the Last Year of Life. *Journal of Palliative Medicine* **20**(7), 736-744.

Zimmermann C., Riechelmann R., Krzyzanowska M., Rodin G. & Tannock I. (2008) Effectiveness of specialized palliative care: a systematic review. *Jama* **299**(14), 1698-1709.

LIITTEET

Liite 1. Tiedote kyselylomakkeeseen vastaajille

Hyvä Palliatiivisen yhteistyöverkoston jäsen

(Päiväys)

Pyydämme Teitä ystävällisesti osallistumaan tähän tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kuvata palliatiivisen hoidon yhteistyöverkoston toimijoiden käsityksiä verkoston toiminnasta nykyhetkellä. Lisäksi tarkoituksena on selvittää, miten palliatiivisen hoidon yhteistyöverkoston toimintaa voisi jatkossa kehittää. Lupa tämän tutkimuksen toteuttamiseen on saatu x sairaanhoitopiiriin johtajaylilääkäriltä sekä x yhteistoiminta-alueen vastuulääkäreiltä.

Kyselylomake liittyy terveystieteiden maisteriopintojen opinnäytetyöhömmä ja pitää sisällään 42 Likert-asteikollista kysymystä sekä kolme lyhyttä avointa kysymystä. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkimuksen voi keskeyttää milloin tahansa. Henkilöllisyytenne ei paljastu vastauksia analysoitaessa missään vaiheessa tutkimusta, sillä kysely palautuu meille nimettömästi. Käsittelemme vastauksia luottamuksellisesti emmekä luovuta kyselyn aineistoa ulkopuolisten käsiin. Opinnäytetyön valmistuttua tuhoamme kyselyaineiston. Tutkimuksen tulokset raportoidaan pro gradu -tutkielmana, joka julkaistaan Tampereen yliopiston kirjastossa ja sähköisenä Tampereen yliopiston Internet-sivuilla. Lisäksi tutkimuksesta voidaan myöhemmin julkaista artikkeli. Tutkimuksen raportoinnissa huomioidaan se, ettei yksittäisiä vastaajia voi tunnistaa. Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota.

Pyydämme Teitä vastaamaan kyselyyn viimeistään 13.4.2018 mennessä. Kyselyyn vastaaminen tapahtuu sähköisesti Webropol-portaalin kautta, jonne pääsette painamalla seuraavaa linkkiä: ---
Toimimme tämän tutkimuksen vastuuhenkilöinä ja annamme mielellämme lisätietoja tutkimuksesta.

Johanna Heino

TtM-opiskelija

Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos

Milla Nikkilä

TtM-opiskelija

Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos

Tutkimuksen ohjaajat:

Professori Eija Paavilainen

Dosentti, yliopistonlehtori Jari Kylmä

Liite 2. Ryhmähaastattelun kysymykset

Keskinäinen riippuvuus ja joustavuus

1. Miten kuvailisitte palliatiivisen verkoston jäsenten välistä vuorovaikutusta?
2. Miten tieto kulkee mielestänne verkoston sisällä?
3. Arvostetaanko kaikkien osaamista ja näkemyksiä verkostossa yhtä paljon?
4. Onko verkoston jäsenten kesken tullut ristiriitoja? Miten ne on ratkaistu?

Uudet ammatilliset toimintatavat

1. Ovatko tähän mennessä luodut uudet palliatiivisen hoidon käytännöt olleet mielestänne riittäviä? Millaisia uusia käytäntöjä vielä tarvittaisiin?
2. Millaisia ongelmia olette kohdanneet uusien käytäntöjen käyttöönotossa?

Yhteiset tavoitteet

1. Koetteko, että verkostolla on yhdessä sovitut tavoitteet?
2. Koetteko, että kaikki verkoston jäsenet ovat sitoutuneet verkoston toimintaan ja tavoitteisiin?
3. Tehdäänkö teidän mielestänne verkostossa päätökset yhdessä?

Prosessin reflektointi

1. Jos voisitte muuttaa jonkin asian palliatiivisen verkoston toiminnassa, mikä se olisi?
2. Arvioidaanko verkostossa sen toimintaa? Miten arviointi tapahtuu?
3. Millä tavalla ryhmän toimintaa pitäisi mielestänne jatkossa arvioida?

Liite 3. Tiedote ryhmähaastatteluun osallistujalle kutsun yhteyteen annettavaksi

Hyvä Palliatiivisen yhteistyöverkoston jäsen

20.4.2018

Pyydämme Teitä ystävällisesti osallistumaan tähän tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kuvata palliatiivisen hoidon yhteistyöverkoston toimijoiden käsityksiä verkoston toiminnasta nykyhetkellä. Lisäksi tarkoituksena on selvittää, miten palliatiivisen hoidon yhteistyöverkoston toimintaa voisi jatkossa kehittää. Lupa tämän tutkimuksen toteuttamiseen on saatu x sairaanhoitopiirin johtajaylilääkäriltä sekä x yhteistoiminta-alueen vastuulääkäreiltä.

Tutkimusaineisto kerätään ryhmähaastatteluilla, jossa haastatellaan kerrallaan neljä tutkimukseen osallistujaa. Haastattelut tehdään ennalta sovittuna ajankohtana työaikana, ja yksi ryhmähaastattelu kestää kerrallaan 1-1,5 tuntia. Haastattelut nauhoitetaan analyysin helpottamiseksi. Haastattelun teemat pohjautuvat moniammatillisen yhteistyön mallin osa-alueisiin. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkimuksen voi keskeyttää milloin tahansa. Pyydämme sinulta erillisen kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta ennen haastattelun alkua. Käsittelemme haastatteluaineistoa luottamuksellisesti emmekä luovuta aineistoa ulkopuolisten käsiin. Tutkimuksen tulokset raportoidaan pro gradu -tutkielmana, joka julkaistaan Tampereen yliopiston kirjastossa sekä sähköisenä versiona Tampereen yliopiston Internet-sivuilla. Lisäksi tutkimuksesta voidaan myöhemmin julkaista artikkeli. Opinnäytetyön valmistuttua tuhoamme haastatteluaineiston. Tutkimuksen raportoinnissa huomioidaan se, ettei yksittäisiä vastaajia voi tunnistaa. Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota.

Toimimme tämän tutkimuksen vastuuhenkilöinä ja annamme mielellämme lisätietoja tutkimuksesta.

Johanna Heino

TtM-opiskelija

Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos

Milla Nikkilä

TtM-opiskelija

Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos

Tutkimuksen ohjaajat:

Professori Eija Paavilainen

Dosentti, yliopiston lehtori Jari Kylmä

Liite 4. Suostumuslomake ryhmähaastatteluun osallistujille (mukaillen Kylmä & Juvakka 2007, PSHP 2018)

SUOSTUMUS RYHMÄHAASTATTELUUN OSALLISTUMISESTA

Minua on pyydetty osallistumaan tutkimukseen verkostoyhteistyö palliativisen potilaan hoidossa. Minulle on annettu suullista ja kirjallista tietoa tutkimuksesta. Olen tietoinen, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja voin koska tahansa keskeyttää tutkimukseen osallistumisen syytä ilmoittamatta, jos sitä haluan. Olen tietoinen siitä, että ryhmähaastattelut nauhoitetaan. Tutkimusraportti voi sisältää suoria sitaatteja haastattelusta, mutta siten esitettynä, ettei minua voida niistä tunnistaa. Minulle on selvitetty, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti eivätkä joudu kenenkään ulkopuolisen käsiin. Minulle on annettu mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta.

Suostun osallistumaan tutkimukseen

Paikkakunta ____.____.2018

tutkittavan allekirjoitus

nimenselvennys

Suostumuksen vastaanottaja

Paikkakunta ____.____.2018

tutkijan allekirjoitus

nimenselvennys