

Virpi Sulosaari, Heli Heikkilä, Hannele Kuusisto, Helena Leino-Kilpi, Päivi Rautava, Maijastiina Rekunen, Laura Seppänen, Mervi Siekkinen, Minna Stolt, Elisa Valtanen & Leena Walta

TURKU AMK
TURKU UNIVERSITY OF
APPLIED SCIENCES



Moniammatillinen yhteistyö ja ammatillinen voimaantuminen syöpäkeskuksessa

VETÄVÄ-hankkeen loppuraportti





Virpi Sulosaari, Heli Heikkilä, Hannele Kuusisto, Helena Leino-Kilpi, Päivi Rautava, Maijastiina Rekunen, Laura Seppänen, Mervi Siekkinen, Minna Stolt, Elisa Valtanen & Leena Walta

Moniammatillinen yhteistyö ja ammatillinen voimaantuminen syöpäkeskuksessa

VETÄVÄ-hankkeen loppuraportti



Työsuojelurahasto
Arbetskyddsfonden
The Finnish Work Environment Fund

Työterveyslaitos

FICANWest
LANTINEN SYÖPÄKESKUS | VÄSTRA CANCERCENTRET

TYKS  **Turku University Hospital**

 **TURUN YLIOPISTO**

Turun ammattikorkeakoulun raportteja 267

Turun ammattikorkeakoulu
Turku 2020

Kansikuva: Laura Koskinen, liitteiden kuvat Heli Heikkilä.

ISBN 978-952-216-764-4 (painettu)
ISSN 1457-7925 (painettu)
Painopaikka: PunaMusta Oy, Vantaa 2020

ISBN 978-952-216-765-1 (pdf)
ISSN 1459-7764 (elektroninen)

Jakelu: <http://loki.turkuamk.fi>



Kirjoittajat



Virpi Sulosaari, TtT, sh, yliopettaja
Turun ammattikorkeakoulu

toimii opettajana Turun ammattikorkeakoulun Master Schoolissa sosiaali- ja terveysalan sektorilla. Toiminut erilaisissa tutkimus- ja kehittämishankkeissa ja kansallisissa sekä kansainvälisissä monialaisissa verkostoissa. Hän toimi VETÄVÄ-hankkeessa hankejohtajana ja vastuututkijana. Post doc -tutkimus suuntautuu syöpäsairaanhoitajien osaamiseen ja koulutukseen.



Heli Heikkilä, FM, KM, tutkija
Työterveyslaitos

on työskennellyt Työterveyslaitoksella vuodesta 2007 erilaisissa tutkimus- ja kehittämishankkeissa, joissa keskeistä on ollut edistää työntekijöiden hyvinvointia ja toimijuutta muuttuvassa työssä. Kehittämistoiminnassa hän auttaa työyhteisöjä jäsentämään kokonaisukvaa työnsä kehityspolusta sekä ideoimaan kokeiluja, jotka edistävät sekä uudenlaisten, sujuvien työkäytäntöjen rakentumista että työn mielekkyyttä. Valmisteilla oleva väitöstutkimus kietoutuu kehittämistoimijuuden ilmenemismuotojen tarkasteluun sekä toimijuutta edistävien interventioiden arviointiin.



Hannele Kuusisto, FM, lehtori
Turun ammattikorkeakoulu

on matemaattisten aineiden lehtori ja työskennellyt Turun ammattikorkeakoulussa opettajana, kehittäjänä ja tutkijana 20 vuotta. Erityisiä osaamisalueita ovat kvantitatiivinen tutkimus, digitaaliset oppimisympäristöt ja digipedagogiikka. Kiinnostuksen kohteita ovat muuttuva työ, työn imu ja työn muotoilu ovat, joihin liittyvissä hankkeissa hän on viime vuosina työskennellyt.



Helena Leino-Kilpi, ESH, THT, professori
Turun yliopisto, hoitotieteen laitos

on Turun yliopiston hoitotieteen professori ja sivutoiminen ylihoitaja Tyksissä. Hän on myös hoitotieteen laitoksen johtaja. Hän toimii vastuullisena johtajana hoitotieteen laitoksen etiikan, kliinisen hoidon laadun ja potilaan ohjauksen tutkimusohjelmissa. Hänellä on lukuisia kansallisia ja kansainvälisiä asiantuntija- ja luottamustehtäviä, hän on muun muassa Trinity College Dublin University -yliopiston vierailuva professori ja liettualaisen Klaipėda-yliopiston kunniatohtori.



**Päivi Rautava, LKT, tutkimusylilääkäri
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri**

on koulutukseltaan lastenlääkäri ja terveydenhuollon erikoislääkäri. Hän on työskennellyt terveydenhuollon apulaisprofessorina ja professorina opetusalueina terveyden edistäminen ja terveydenhuollon johtaminen, Turun kaupungin oman erikoissairaanhoidon johtajana ja on Läntisen Syöpäkeskuksen hallinnollisen johtoryhmän puheenjohtaja sekä kansallisen syöpäkeskuksen suunnittelutyöryhmän jäsen. Tällä hetkellä hän työskentelee Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin tutkimuspalveluyksikön johtajana ja Turun yliopiston ehkäisevän terveydenhuollon professorina.



**Maijastiina Rekunen, sh (YAMK)
apulaisosastonhoitaja Tyks syöpäpoliklinikka
Läntisen Syöpäkeskuksen tutkimuskoordinaattori**

on työskennellyt sairaanhoitajana Tyksin syöpäpoliklinikassa vuodesta 2006 lähtien. Hän työskentelee syöpäpotilaiden hoitotyössä, viime vuosina erityisesti rintasyöpähoitajana. Vuodesta 2018 alkaen hän on toiminut apulaisosastonhoitajana, vastuualueena on syöpäpotilaan hoitotyön kehittäminen. VETÄVÄ-hankkeessa hän toimi tutkimuskoordinaattorina.



**Laura Seppänen, MMT, vanhempi tutkija, dosentti (HY)
Työterveyslaitos**

on tutkinut vuodesta 1995 osallistuvaa työn kehittämistä ja työssäoppimista laajasti eri aloilla, muun muassa palveluverkostoyhteistyötä, suhdetoimijuutta ja tulkitsevan työtavan edistämistä robottikirurgiassa. Toimii kouluttajana myös ulkomailla, Brasiliassa ja Sveitsissä. Viimeaikaisin tutkimuskiinnostus on digitalisaation ja alustatalouden vaikutukset työhön (smartworkresearch.fi).



**Mervi Siekkinen, TtT, rh (AMK), kehittämisspäälikkö
Tyks, Läntinen Syöpäkeskus**

toimii Läntisen Syöpäkeskuksen kehittämisspäälikköinä, jonka vastuulla on Tyks erva-alueen syövän hoidon laadun arviointi ja yhtenäistäminen sekä Turun yliopiston syöpätutkimuksen koordinointi. Vuodesta 2006 hän on työskennellyt terveydenhuollon moniammatillisissa projektisuunnittelutehtävissä eri palveluntuottajien kanssa Tyksissä. Hän kuuluu STM:n Kansallinen syöpäkeskus (FICAN) -projektiryhmään.



**Minna Stolt, dosentti, TtT, jalkaterapeutti (AMK) yliopisto-opettaja
Turun yliopisto, hoitotieteen laitos**

on työskennellyt Turun yliopiston hoitotieteen laitoksella vuodesta 2006 erilaisissa opetus- ja tutkimustehtävissä. Tällä hetkellä toimii yliopistonlehtorin tehtävässä. Opetusvastuuseen kuuluvat tieteellinen kirjoittaminen (ml. erilaisten kirjallisuuskatsausten tekeminen ja opetus) ja tutkimusmetodiikan alueelta mittareiden kehittäminen. Päättötutkimusalue on jalkaterveyden sekä hoidon laadun ja etiikan sektoreilla. Hän tekee kansainvälistä yhteistyötä erityisesti Karoliinisen instituutin (Ruotsi) kanssa niin tutkimusmetodiikan kuin tieteellisen tutkimuksen näkökulmista.



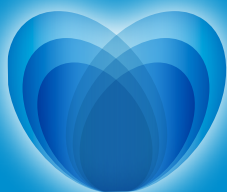
**Elisa Valtanen, KTM, psykologi, työnohjaaja ja prosessikonsultti
Työterveyslaitos**

tekee työyhteisön ja johtamisen kehittämiskonsultointityötä. Työelämän kehittäminen ja organisaatioelämän moninaiset ilmiöt ovat ammatillisen kiinnostuksen kohteita; muutosta läpikäyvien organisaatioiden tukeminen matkalla eteenpäin sekä työskentely johdon, esimiesten ja työyhteisöjen kanssa tavoitteena löytää uusia ratkaisuja muuttuvassa työssä. Hän on lisäksi toiminut useissa tutkimus- ja kehittämishankkeissa, teemoina mm. työntekijöiden kehittämistoimijuus, osallistuva innovointi ja muutostuki.



**Leena Walta, TtT, rh, koulutusvastaava
Turun ammattikorkeakoulu**

toimii Turun ammattikorkeakoulussa tulevien röntgenhoitajien opettajana. Hänen kiinnostuksen kohteenaan on syöpäpotilaan hyvä hoito ja moniammatillisuus. Väitöstutkimus kohdistui kuvantamistutkimusten yhteydessä toteutuvaan potilaan hoitamiseen sekä röntgenhoitajien työhyvinvointiin. Yhtenä keskeisenä kehittämis- ja opetusalueena on kuvantamis- ja sädehoitotapahtumien aikainen röntgenhoitajien hoitamis- ja ohjaamisosaaminen.



Sisältö

Kirjoittajat.....	3
Tiivistelmä	8
Abstract.....	10
Esipuhe.....	12
1 Johdanto.....	14
2 Tutkimushankkeen tausta.....	16
2.1 Syöpäpotilaan hoidon kehittäminen syöpäkeskustoiminnan kautta	16
2.2 Syövän hoidon asiantuntijoiden työhyvinvointi	17
2.3 Moniammatillinen yhteistyö terveydenhuollossa	19
2.4 Ammatillinen voimaantuminen terveydenhuollossa	23
2.5 Suhdetoimijuus moniammatillisen yhteistyön ja ammatillisen voimaantumisen yhdistäjänä	25
2.6 Vetovoimainen sairaala	26
3 Menetelmät.....	27
3.1 Tutkimushankkeen tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset	27
3.2 Menetelmät ja asetelma	28
3.2.1 Sidosryhmähaastattelu	30
3.2.2 Kyselytutkimus	30
3.2.3 Työpajatyöskentely	33
3.3 Kohdeorganisaatiot ja -ryhmä	35
3.4 Aineistonkeruu	36
3.4.1 Sidosryhmähaastattelu	36
3.4.2 Kyselyaineistot	37
3.4.3 Työpaja-aineistot	37
3.5 Aineistojen analyysi	40
3.5.1 Sidosryhmähaastattelu	40
3.5.2 Kyselyaineistot	40
3.5.3 Työpaja-aineistot	41
4 Tulokset.....	42
4.1 Johdon kuvaus kohdeorganisaatioiden tilanteesta tutkimushankkeen alussa	42
4.2 Moniammatillisen yhteistyön toteutuminen ja ammatillinen valtaistuminen	43

4.2.1	Ennen työpajatyöskentelyn toteutusta	44
4.2.2	Työpajatyöskentelyn jälkeen	40
4.3	Moniammatillisen yhteistyön ja ammatillisen valtaistumisen arviointien ero kahtena kyselyajankohtana	60
4.4	Työpajatyöskentely	62
4.4.1	Työn tuunaamisen pajat (T-pajat) ponnahduslautana työntekijöiden paikallisiin kokeiluihin ja voimaantumiseen	62
4.4.2	Yhteensovittamisen pajat (Y-pajat): Moniammatillisen yhteistyön edistämistä palliatiivisen hoidon alueella	71
4.4.3	Kehittävän arvioinnin työpajat – katsaus kehittämiss- ponnistusten tuloksiin sekä jatkosuunnitelmiin	76
4.4.4	Ammatillinen voimaantuminen pajojen kokeiluprosesseissa	82
5	Pohdinta ja johtopäätökset	85
5.1	Tulosten pohdintaa	85
5.1.1	Moniammatillisen yhteistyön toteutuminen	86
5.1.2	Moniammatillisen henkilöstön ammatillinen voimaantuminen	89
5.2	Johtopäätökset	91
6	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	94
6.1	Tutkimuksen eettisyys	94
6.2	Tutkimuksen luotettavuus	95
6.2.1	Kyselytutkimukset	95
6.2.2	Työpajatyöskentelyt	98
7	Jatkotutkimus- ja kehittämisehdotukset	100
	Lähteet	102
	Liitteet	116
Liite 1.	Tulevaisuuden vetovoimainen syöpäkeskus (VETÄVÄ) -hankejulkaisut	116
Liite 2.	Sidosryhmähaastattelun teemahaastattelurunko	118
Liite 3.	Pajatyöskentelyn prosessikuvaukset	120
Liite 4.	Moniammatillinen yhteistyö ja johtaminen MONAMI – osiokohtaiset tunnusluvut 2018 ja 2019	129
Liite 5.	Valtaistuneen ammattihenkilön toiminta (PEN) ja valtaistumista edistävät tekijät (WEP) (Kuokkanen 2003) – osiokohtaiset tunnusluvut 2018 ja 2019	134
Liite 6.	VETÄVÄ-hankkeen projekti- ja ohjausryhmän jäsenet	137

Tiivistelmä

Virpi Sulosaari, Heli Heikkilä, Hannele Kuusisto, Helena Leino-Kilpi, Päivi Rautava, Maijastiina Rekunen, Laura Seppänen, Mervi Siekkinen, Minna Stolt, Elisa Valtanen & Leena Walta: Moniammatillinen yhteistyö ja ammatillinen voimaantuminen syöpäkeskuksessa. VETÄVÄ-hankkeen loppuraportti.

Syöpäpotilaiden lisääntyvä määrä muodostaa Suomessa keskeisen kansanterveydelisen haasteen. Tarve syövän hoidon huippuosaajille lisääntyy suhteessa syöpäpotilaiden hoidon tarpeen lisääntymiseen ja syöpäkeskusten vetovoimaisuus työnantajana tulee jatkossa korostumaan yhä enemmän. Työelämässä olevien syövän hoidon asiantuntijoiden työhyvinvointi on oleellinen osa ammattitaitoisien henkilökunnan sitoutumista pitkäjänteiseen ja tavoitteelliseen työskentelyyn läpi koko pitkän työuran. Syöpäpotilaan hoitoa toteuttava yksikkö on työympäristönä haastava työhyvinvoinnille ja hoidon toteuttaminen edellyttää erityisosaamista.

Työhyvinvointia ja työhön sitoutumista voidaan edistää moniammatillisen yhteistyön kehittämisen kautta. Onnistuessaan moniammatillinen yhteistyö myös vahvistaa sekä työntekijän että yhteistä asiantuntijuutta ja edistää työntekijän ja koko työyhteisön voimaantumista, joka taas välittyy hoidon toteuttamiseen ja tuloksiin. Kansallisen syöpäkeskuksen ja sen alueellisten keskusten perustaminen myös on tuonut uusia vaatimuksia henkilöstölle palvelujen yhteensovittamiseksi, yhdenmukaistamiseksi sekä verkostomaisen työotteen ja toimintamallin omaksumiseksi.

Tulevaisuuden vetovoimainen syöpäkeskus -tutkimushankkeen (VETÄVÄ) tavoitteena on tuottaa uutta tietoa moniammatillisen yhteistyön ja ammatillisen voimaantumisen välisistä suhteista sekä niiden edistämisestä. Tämä tutkimushanke kohdistui a) moniammatilliseen yhteistyöhön ja b) moniammatillisen henkilöstön ammatilliseen voimaantumiseen syövän hoidon yksiköissä. Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida yhden alueellisen syöpäkeskuksen, Läntisen Syöpäkeskuksen, verkostossa toimivien yksiköiden moniammatillisen henkilöstön näkemyksiä moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta ja ammatillisesta valtaistumisesta ennen kehittämisinterventioita (Y- ja T-pajat) ja niiden jälkeen. Lisäksi käytettiin kehittävän vaikuttavuusarvioinnin menetelmää (Kehittävän arvioinnin tapaaminen / tapaamiset [KA]).

Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat kaikki ne sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset, jotka työskentelivät aikuissyöpäpotilaiden hoidon toteutuksessa Läntiseen Syöpäkeskukseen kuuluvissa yksiköissä (N=1 050). Tutkimushankkeen aikana

tehtiin kyselytutkimuksena moniammatillisen yhteistyön toteutumisen (Sulosaari ym. 2018) ja ammatillisen valtaistumisen arviointi (Kuokkanen 2003) vuonna 2018 (n=350) ja 2019 (n=175). Kehittämisingerventiona järjestettiin vuonna 2018 oman työn tuunaamisen työpajatyöskentely (n=36) ja yhteensovittamispajatyöskentely (n=17), jonka kohteena oli moniammatillinen yhteistyö vaikeasti sairaan syöpäpotilaan hoitopolulla. Vuonna 2019 toteutettiin kaksi KA-tapaamista kehittämisinterventioihin osallistuneille.

Tulosten perusteella syöpäpotilaita hoitava moniammatillinen henkilökunta kokee moniammatillisen toiminnan tärkeänä ja sen toteutuvan pääosin hyvin. Kyselyihin vastanneet arvioivat olevansa toiminnassaan hyvin valtaistuneita. He myös kokivat työympäristössään olevan melko paljon valtaistumista edistäviä tekijöitä. Johtaminen ja lähijohdon tuki arvioitiin kriittisimmin. Molemmat työpajat mahdollistivat yhteistä kehittämistä. T-pajamenetelmän vahvuus oli, että kukin osallistuja voi antaa ja saada tukea yksilöllisille aloitteille, jolloin se toimi yleisen proaktiivisuuden lisääjänä ja kannustajana. Y-pajan vahvuus oli rajatusta osallistujien työtä koskevasta kehittämisaiheesta liikkeelle lähteminen, jolloin motivointi oli helpompaa. Se myös mahdollisti organisaatioissa tärkeää vuoropuhelua henkilöstön tavoitteiden ja strategisten tavoitteiden välillä.

Kehittämiskokeilut osoittivat viitteitä siitä, että moniammatillinen yhteistyö ja voimaantuminen ovat yhteydessä. Tutkimuksessa ei mahdollistunut yksilöntason muutoksen seuranta pajatyöskentelyjen osalta kahteen kyselyyn vastanneiden pienen määrän takia. Kyselyn tulosten perusteella tapahtui kuitenkin myönteinen muutos vastaajajoukon arvioinneissa toimintayksikön ja johdon tuesta, kun sitä tarkasteltiin kahtena erillisenä kyselykohorttina (n=84).

Moniammatillisuus hitsaa toimijoita yhteen, mutta sen kehittäminen vaatii pitkäjänteistä ja -kestoista työskentelyä. Moniammatillisessa yhteistyössä hahmottui kolme ammattilaisten kannalta tärkeää piirrettä: koordinaatio, yhteisön rakentaminen ja yhteiskehittely. Tulevaisuudessa on tärkeää etsiä johtamisen keinoja tukea, edistää ja kehittää moniammatillista yhteistyötä ja ammatillista voimaantumista yksilö- ja yhteisötasolla. Myös tiedonkulkuun ja eri ammattilaisten osaamisen hyödyntämiseen sekä näkemysten kuulemiseen toiminta- ja työyksikköä koskevassa päätöksenteossa tulisi kiinnittää lisää huomiota.

Avainsanat: moniammatillinen yhteistyö, ammatillinen valtaistuminen, ammatillinen voimaantuminen, työn tuunaaminen, syöpäkeskus, vetovoimainen sairaala.

Abstract

Virpi Sulosaari, Heli Heikkilä, Hannele Kuusisto, Helena Leino-Kilpi, Päivi Rautava, Maijastiina Rekunen, Laura Seppänen, Mervi Siekkinen, Minna Stolt, Elisa Valtanen & Leena Walta: Moniammatillinen yhteistyö ja ammatillinen voimaantuminen syöpäkeskuksessa. VETÄVÄ-hankkeen loppuraportti.

The rising number of cancer patients constitutes one of the key challenges for public health in Finland. The need for highly qualified specialists in the treatment of cancer is growing in proportion with the need for treatment, and, in the future, cancer centres reputation as magnetic employers will become increasingly important. The occupational well-being of cancer specialists in working life is an essential part of professional employees' commitment to long-term, target-oriented work throughout their long careers. As a working environment, a cancer treatment unit is a challenge for occupational well-being, and providing care requires special expertise.

Occupational well-being and commitment to work can be promoted through the development of interprofessional collaboration. Successful interprofessional collaboration not only reinforces the expertise of the employee and the unit but also promotes the empowerment of the employee and the entire work community, which, in turn, is manifested in the realization and results of the treatment. Founding a national cancer centre and its sub-centres has also introduced new requirements for the personnel to coordinate and harmonize services and assume a network-based work approach and operational model.

The objective of the Future Magnetic Cancer Centre “VETÄVÄ” research project was to raise awareness and produce new information on promotion and relationships between interprofessional collaboration and work empowerment. This research project was targeted at a) interprofessional collaboration and b) the work empowerment of multiprofessional personnel at cancer units. The purpose of the research was to assess the perceptions of the multiprofessional personnel of units operating in the network of the FICAN West Cancer Centre on the realization of interprofessional collaboration and work empowerment before and after development interventions (Y and T workshops). The method of R&D evaluation (R&D evaluation meetings) was also used.

The target group of the research consisted of all the social welfare and healthcare professionals working in adult cancer treatment in units operating in the FICAN

West Cancer Centre network (N=1 050). During the research project, the realization of interprofessional collaboration (Sulosaari et al. 2018) and work empowerment (Kuokkanen 2003) were assessed by means of a questionnaire in 2018 (n=350) and 2019 (n=175). As a development intervention, workshops for job crafting (T workshop, n=36) and for consolidation (Y workshop, n=17) were implemented in 2018, directed at interprofessional collaboration in the treatment path of a severely ill cancer patient. In 2019, two evaluation meetings were organized for the participants of the development interventions.

According to the results, the multiprofessional personnel treating cancer patients find interprofessional collaboration important and primarily successful. The respondents reported feeling quite empowered in their performance. They also find that there are relatively many factors promoting empowerment in their work environment. The respondents were more critical in their assessment of leadership and support from their front-line management. Both workshops enabled shared development. One of the positive features of the T workshop method was that each participant was allowed to give and receive support for individual initiatives, increasing and encouraging general proactivity. The Y workshop, in turn, started off with a limited development theme related to the participants' work, promoting motivation and enabling vitally important dialogue in the organizations between the strategic goals and the goals of the personnel.

The development experiments indicated that interprofessional collaboration and empowerment go hand in hand. Due to the low number of respondents to the two surveys, it was not possible to monitor changes at an individual level in the workshops. When reviewed as two cohorts, the results of the survey showed a positive change on leadership support in a group of respondents (n=84).

Interprofessionalism brings operators together, but developing it requires persistent, long-term work. Three traits important to professionals could be identified in interprofessional collaboration: coordination, community building and co-creation. In the future, it will be important to seek methods of supporting, promoting, and developing interprofessional collaboration and work empowerment at individual and communal levels through leadership. More attention should also be paid to the flow of information, the use of expertise of various professionals and listening their views in decision-making processes concerning operating and work units.

Keywords: interprofessional collaboration, work empowerment, professional empowerment, job crafting, cancer centre, magnetic hospital.

Esipuhe

Tämä tutkimusraportti on osa Tulevaisuuden vetovoimainen syöpäkeskus -tutkimushanketta (VETÄVÄ), jota rahoitti Työsuojelurahasto (hankenumero 117131) 2017–2020. Hankkeessa on tutkittu ja kehitetty moniammatillista yhteistyötä sekä työntekijöiden ammatillista voimaantumista/valtaistumista kolmessa sairaalassa (Turun yliopistollinen keskussairaala, Satasairaala ja Vaasan keskussairaala) aikuis-syöpäpotilaiden hoitoa toteutettavissa yksiköissä, jotka kuuluvat Läntisen Syöpäkeskuksen (FICAN West) verkostoon.

Hanke käynnistyi syksyllä 2017 ja päättyi elokuussa 2020. Hankepartnerit ovat olleet Turun ammattikorkeakoulu (koordinaattori), Turun yliopisto, Työterveyslaitos ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri sekä Läntinen Syöpäkeskus, joka koordinoi Varsinais-Suomen, Satakunnan ja Vaasan sairaanhoitopiirin syövän hoitoa ja tutkimusta.

Työsuojelurahaston tuella mahdollistui moniammatillisen yhteistyön ja ammatillisen voimaantumisen/valtaistumisen tutkimus- ja kehittämistyö Suomessa niukasti tutkitulla kohderyhmällä. Kansallisen Syöpäkeskuksen osakeskusten kehittäminen tarjosi luonnollisen ja aidon kontekstin moniammatillisen yhteistyön ja voimaantumisen tutkimiseen ja kehittämiseen. Tutkimushankkeen tutkijat ovat saaneet mahdollisuuden myös osallistua Läntisen Syöpäkeskuksen joka vuosi järjestettävän kehittämispäivän suunnitteluun ja toteutukseen ja siten myös seurata toiminnan kehittymistä.

Tässä raportissa tarkastellaan moniammatillisuutta ja ammatillista voimaantumista/valtaistumista osana terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa ja työhyvinvointia. Tutkimushanke koostui kahdesta eri ajankohtana toteutetusta kyselystä ja niiden välissä toteutetusta kehittämistoiminnasta. Tutkimustulokset tuottivat tietoa moniammatillisen yhteistyön ja ammatillisen voimaantumisen/valtaistumisen tutkimisesta ja kehittämisestä tulevaisuutta varten. Toki nälkä kasvaa syödessä ja tunnistimmekin jo useita jatkotutkimus- ja kehittämiskohteita.

Haluamme erityisesti kiittää Työsuojelurahastoa tutkimuksen mahdollistamisesta ja kaikkia Teitä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia: fysioterapeutteja, fyy-sikoita, hammaslääkäreitä, hoitajia, kuntoutusohjaajia, lääkintävahtimestareita, lää-käreitä, ravitsemusterapeutteja, sairaalapastoreita, sosiaalityöntekijöitä, suuhygienis-tejä ja toimintaterapeutteja, jotka osallistuitte tutkimukseemme.

Turussa 10.7.2020

*Virpi Sulosaari
Turun ammattikorkeakoulu*

*Helena Leino-Kilpi
Turun yliopisto*

*Laura Seppänen
Työterveyslaitos*

*Mervi Siekkinen
Läntinen Syöpäkeskus*

*Sirkku Jyrkkö
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri*

1 Johdanto

Syöpä sairautena lisääntyy maailmanlaajuisesti ja on edelleen yksi yleisimmistä kuolinsyistä (World Health Organization WHO 2020). Syöpään sairastuneiden määrä lisääntyy myös Suomessa. Syövän esiintyvyyden lisääntymisen taustalla on monia tekijöitä, kuten muun muassa väestön ikääntyminen, parantunut diagnostiikka ja hoidon tulokset (European Commission 2020). Syöpä koskettaa monia, sillä Suomessa elää tällä hetkellä kaikkiaan lähes 290 000 syövän jossain elämänsä vaiheessa sairastanutta ihmistä (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos [THL] 2020). Koska syövän yleisyys lisääntyy, lisääntyy myös hoidon ja hoidon asiantuntijoiden tarve. Suomeen on äskettäin perustettu Kansallinen syöpäkeskus (FICAN) ja viisi alueellista syöpäkeskusta (Eteläinen, Itä-Suomen, Läntinen, Pohjoinen ja Sisä-Suomen Syöpäkeskus). Syöpäkeskus, tai syövän osaamiskeskus, tarkoittaa laajan hoitokokonaisuuden ja syöpäpotilasryhmän hoitamiseen tarkoitettua keskusta, jossa useita toimijoita yhdistetään samaan hoitoketjuun ja jossa korkeatasoinen tutkimustoiminta on vahvasti integroituneena osaksi diagnostiikkaa ja hoitoja (Sosiaali- ja terveysministeriö [STM] 2014).

Kansallisen syöpäkeskuksen ja sen alueellisten keskusten perustaminen on tuonut uusia vaatimuksia henkilöstölle palvelujen yhteensovittamiseksi, yhdenmukaistamiseksi sekä verkostomaisen työotteen ja toimintamallin omaksumiseksi. Haasteena voidaan nähdä paitsi työvoiman riittävyys, halu kehittyä ja kehittää, myös palvelujen organisointi asiakaslähtöisesti ja hoidon toteuttaminen niin laadukkaasti, että keskuksille saadaan eurooppalainen huippuosaamisstatus ja laatuakcreditointi. Samaan aikaan sosiaali- ja terveysalalla on käynnissä rakenteellinen ja toiminnallinen uudistus (STM 2020), joka on heijastunut jo syöpäpotilaiden hoidon keskittämiseen (STM 2014).

Kansallisen syöpäkeskuksen (FICAN) ja sen alueellisten syöpäkeskusten vetovoimaisuus työnantajana tulee korostumaan yhä enemmän toimintojen uudistumisen myötä. Muutokset ovat asettaneet ja asettavat kehittämistarpeita moniammatilliselle yhteistyölle yli organisaatiorajojen sekä verkostomaisen työotteen omaksumiselle.

Suomalaisista syövän hoidon yksiköistä on vain niukasti tutkimusta, jonka näkökulmana on henkilökunnan työhyvinvointiin yhteydessä oleva moniammatillinen yhteistyö ja ammatillinen voimaantuminen/valtaistuminen.

Tulevaisuuden vetovoimainen syöpäkeskus -tutkimushankkeen (VETÄVÄ) tavoitteena on lisätä ymmärrystä ja tuottaa uutta tietoa moniammatillisen yhteistyön ja ammatillisen voimaantumisen/valtaistumisen välisistä suhteista sekä niiden edistämistä tulevaisuuden vetovoimaisille syöpäosaamisen huippukeskuksille, joissa tuotetaan asiakaslähtöisiä palveluja ja kehitetään syöpäpotilaan hoidon laatua verkostomaisella rakenteella. Tämä tutkimushanke kohdistuu a) moniammatilliseen yhteistyöhön* ja b) moniammatillisen henkilöstön ammatilliseen voimaantumiseen/valtaistumiseen** syövän hoidon yksiköissä. Tutkimuksessa käytetään moniammatillisia työpajoja yksilötason (Tuunaamispaja [T-paja]) ja yhteisötason (Yhteensovittamispaja [Y-paja]) menetelminä moniammatillisen yhteistyön ja ammatillisen voimaantumisen edistämiseen.

*Moniammatillisella yhteistyöllä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa asiakaslähtöistä ja yhteisöllistä asiantuntijatyötä. Moniammatillisessa yhteistyössä terveydenhuollon eri ammattilaiset yhdistävät osaamisensa syöpäpotilaan hoidon onnistumiseksi ja heillä on yhteinen potilaslähtöinen tavoite, vastuu ja he osallistuvat kukin osaltaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon (mukaillen D'Amour ym. 2005; Petri 2010; WHO 2010; Isoherranen 2012).

**Ammatillisen voimaantumisen arvioimisen taustalla on tässä tutkimuksessa Kuokkasen (2001; 2003) määritelmä ammatillisesta valtaistumisesta (empowerment), joka tarkoittaa vahvaa sisäistä voimantunnetta ja itsen ja ympäristön hallintaa. Ammatillisesti valtaistunut henkilö kokee pystyvänsä vaikuttamaan elämäänsä ja työhönsä. Hän on rohkea, tulevaisuuteen orientoitunut ja hänellä on sosiaalisia taitoja.

2 Tutkimushankkeen tausta

2.1 Syöpäpotilaan hoidon kehittäminen syöpäkeskustoiminnan kautta

Syövän esiintyvyys lisääntyy kansainvälisesti ja Suomessa muun muassa väestön ikääntymisen takia. Euroopassa sairastuu vuosittain noin 3,5 miljoonaa ihmistä syöpään. Syöpä on muistisairauksien jälkeen toisena keskeisistä terveysongelmista Euroopassa (European Commission 2020). Suomessa joka kolmas sairastuu jossakin elämänsä vaiheessa syöpään. Vuonna 2018 todettiin 34 372 uutta syöpää ja syöpäkuolemia hieman vajaa 12 730 (Pitkaniemi ym. 2018). Uusien syöpätapausten määrä on lisääntynyt tasaisesti viimeisen 30 vuoden aikana, mutta samaan aikaan syöpäkuolemien määrä on selvästi vähentynyt. Syöpään sairastuneiden ennuste on koko ajan parantunut, mutta syöpä on Suomessa edelleen toiseksi yleisin kuolinsyy. (THL 2020).

Syöpä sairausryhmänä on muodostunut kansanterveydelliseksi ongelmaksi Suomessa, siksi tarve syövän hoidolle ja hoidon osaamiselle on myös lisääntynyt suhteessa kasvavaan uusien syöpäpotilaiden määrään (STM 2014). Syövän ehkäisy, diagnostiikka, syöpään sairastuneiden hoito, toipumisen tuki ja parantamismahdollisuuksia vailla olevan syövän palliatiivinen hoito edellyttävät erityisosaamista. Euroopan komissio käynnisti 2020 Europe's Cancer Beating Plan -ohjelman, jonka keskiössä ovat hoitoon pääsyn ja tasa-arvoisuuden lisääminen, hoidon jatkuvuuden edistäminen sekä palvelujen uudistaminen. Ohjelma kohdistuu osittain myös hoitavan moniammatillisen henkilökunnan erityisosaamisen kehittämiseen (European Commission 2020). Syövän hoidon yksiköt ovat työympäristönä vaativia osaamisen ja työssä jaksamisen näkökulmasta. Siksi syövän hoidon asiantuntijoiden työhyvinvointi on oleellinen osa syöpäkeskusten vetovoimaisuutta ja ammattitaitoisen henkilökunnan sitoutumista pitkäjänteiseen ja tavoitteelliseen työskentelyyn läpi koko pitkän työuran (ks. Työterveyslaitos 2010; Gillman ym. 2015).

Tulevaisuuden vetovoimainen syöpäkeskus -tutkimushankkeen (VETÄVÄ) taustalla on ollut ajatus, että hyvinvoiva, ammatillisesti voimaantunut ja saumattomasti moniammatillisessa yhteistyössä toimiva henkilöstö voi paremmin, viihtyy työssään paremmin ja koko työyhteisö tuottaa parempaa tulosta. Hankkeen alkaessa Läntinen Syöpäkeskus oli vasta kehittymässä ja muotoutumassa verkostoksi linkittäen kolmen eri sairaalan syöpäpotilaan hoitoa toteuttavat yksiköt. Muutosvaiheessa tehdyn kehittämistyön ajateltiin tukevan syöpäkeskuksen toiminnan integroitumista verkostoksi, jossa eri sairaaloiden moniammatillinen henkilökunta toimii yhdessä ja yli organisaatiorajojen.

Läntinen Syöpäkeskus ei toteuta tai osallistu potilashoitoon, vaan koordinoi siihen kuuluvien yksiköiden toimintaa syöpäpotilaan hoidon ja tutkimuksen näkökulmasta (<https://ficanwest.fi/>). Syöpäpotilaan hoidosta Läntisen Syöpäkeskuksen alueella vastaavat Turun yliopistollinen keskussairaala, Vaasan keskussairaala sekä Satasairaala. Läntisen Syöpäkeskuksen tavoitteena on kehittää ja varmistaa näyttöön perustuvaa ja innovatiivista syövänhoitoa, yksilöllisiä syöpähoitoja sekä turvata yhdenvertainen ja tasalaatuinen hoito sekä kuntoutus kaikille syöpäpotilaille. Läntinen Syöpäkeskus edistää laadukasta kliinistä syöpätutkimusta ja turvaa potilaiden mahdollisuuden tutkimuksen osallistumiseen. Tutkimuksen osalta tavoitteena on myös tuoda Turun yliopistossa tehtävä syöpätutkimus lähelle käytännön potilastyötä ja näin mahdollistaa tutkitun tiedon mahdollisimman nopea hyödyntäminen potilashoidossa.

2.2 Syövän hoidon asiantuntijoiden työhyvinvointi

Työuupumus ja stressi ovat yleisiä terveydenhuollon ammattilaisilla. Tämä liittyy usein työn kuormittavuuteen, ajan ja osaamisen sekä tuen puutteeseen (Ruotsalainen ym. 2015). Työyhteisössä oleva tuki ja oikeudenmukaisuus suojaavat emotionaaliselta uupumukselta, kun taas työn korkeat vaatimukset, suuri työkuorma, vähäinen mahdollisuus vaikuttaa työhön, ja työhön liittyvä turvattomuus lisäävät uupumuksen riskiä (Aronsson ym. 2017). Syöpäkeskus on työterveyden näkökulmasta erityisyksikkö työn henkiseen ja fyysiseen kuormittavuuteen sekä työympäristöön liittyvien riskien takia (ks. TTL 2010). Aikaisemmat kansainväliset tutkimukset vahvistavat näitä havaintoja (Grunfeld ym. 2000; Sehlen ym. 2009; Jones ym. 2013; Lagerlund ym. 2016; Murali ym. 2018). Hoitavan henkilökunnan fyysinen ja psyykinen hyvinvointi ovat kriittisiä tekijöitä hoidon laadun varmistamisessa, potilastyytyväisyydessä ja terveydenhuollon organisaation onnistumisessa (Hlubocky, Back & Shanafelt 2016).

Työuupumuksen (Hlubocky, Back & Shanafelt 2016; Kleiner & Wallace 2017; Magnavita ym. 2017) ja myötätuntuuupumuksen (Duarte & Pinto-Gouveia 2017; Kleiner & Wallace 2017) riskin on havaittu olevan korkea syöpäpotilaita hoitavalla henkilökunnalla. Erityisen korkeana sitä on pidetty monialaisessa lääketieteen tiimissä syöpälääkäreillä (Grunfeld ym. 2000). Kuormitus johtuu muun muassa alan jatkuvasta nopeasta kehittämisestä sekä vakavan, parantumattomasti sairaan tai kuolevan potilaan ja hänen läheistensä kohtaamisesta ja hoitamisesta. Työturvallisuuden näkökulmasta syövän hoidossa käytetään myös paljon riskilääkkeitä ja -hoitomenetelmiä. (ks. Työterveyslaitos 2010; Jones ym. 2013.)

Suomalaisista syövän hoidon yksiköistä on moniammatillisen henkilökunnan työhyvinvoinnin ja moniammatillisen yhteistyön näkökulmasta kuitenkin vain niukasti tutkimusta. Kansainvälisissä tutkimuksissa lääkärien, sairaanhoitajien ja röntgenhoitajien keskeisimmät stressitekijät ovat yhteydessä työn organisointiin liittyviin tekijöihin kuten palkkaukseen ja häiriöihin työympäristössä, mutta myös eettisesti vaikeiden tilanteiden kohtaamiseen (Sehlen ym. 2009), haasteellisiin kohtaamiin potilaan läheisten kanssa (Magnavita ym. 2017) ja työn yleiseen kuormittavuuteen (Grunfeld 2000; Sehlen ym. 2009; Jones ym. 2013; Magnavita ym. 2017). Pula henkilökunnasta on ollut yhteydessä työhön liittyvään tyytymättömyyteen, stressiin ja työuupumukseen syöpäsairaanhoitajilla (Toh ym. 2012). Magnavitan ym. (2017) tutkimuksessa työn stressaavuudella ja työntekijän asenteella oli yhteys työhyvinvointiin syöpätautien ja hematologian yksiköissä. Työuupumuksen ehkäisemisessä on lähdettävä sekä yksilön että organisaation kehittämisestä; yksilön näkökulmasta keskeistä on ammatillisen voimaantumisen edistäminen ja organisaation näkökulmasta johtaminen (Hlubocky, Back & Shanafelt 2016).

Työhyvinvointi käsitteenä on laaja ilmiö. Sosiaali- ja terveysministeriön (N.d., <https://stm.fi/tyohyvinvointi>) mukaan työhyvinvointi on kokonaisuus, jonka muodostavat työ ja sen mielekkyys, terveys, turvallisuus ja hyvinvointi. Sitä lisäävät muun muassa hyvä ja motivoiva johtaminen sekä työyhteisön ilmapiiri ja työntekijöiden ammattitaito. Hyvinvoinnin kasvaessa myös työn tuottavuus ja työhön sitoutuminen kasvaa. Tässä tutkimuksessa rajataan tarkastelu kuitenkin kahteen näkökulmaan: moniammatilliseen yhteistyöhön ja ammatilliseen voimaantumiseen/valtaistumiseen, joiden on todettu olevan yhteydessä työhyvinvointiin.

2.3 Moniammatillinen yhteistyö terveydenhuollossa

Tiimityö ja moniammatillinen yhteistyö ovat välttämättömiä terveydenhuollon operationaalisessa toiminnassa, koska terveydenhuollon palvelujen toteuttaminen edellyttää eri ammattilaisten asiantuntijuuden ja toiminnan integroitumista (Sangaleti ym. 2017). Moniammatillisesti hyvin toimivissa tiimeissä on asiantuntijoiden välillä keskinäistä tukea ja luottamusta. Tällaisissa tiimeissä halutaan työskennellä. Niissä kehittyy myös sosiaalista pääomaa, joka auttaa jaksamaan työssä. (Isoherranen 2012.) Moniammatillisen yhteistyön onkin todettu olevan yhteydessä työtyytyväisyyteen ja hyvinvoivaan työyhteisöön (Pearson ym. 2006; McComb ym. 2012; Kuokkanen ym. 2009; Mercedes ym. 2016; Reeves ym. 2017).

Moniammatillinen yhteistyö on tullut yhä merkityksellisemmäksi syöpäpotilaan hoidon onnistumisessa; hoitaminen toteutuu useiden eri asiantuntijoiden ja ammattiryhmien yhteistyönä erilaisissa toimintaympäristöissä (Gagliardi ym. 2011; Korpela 2017). Syöpää sairastavan hoitopolku on ajallisesti usein pitkä ja sen varrella potilaalla voi olla muuttuvia tarpeita (Eskildsen ym. 2017; Jørgensen ym. 2018) ja hän kohtaa hoitonsa aikana useita eri ammattilaisia. Moniammatilliseen hoitotiimiin kuulu monia ammattilaisia, kuten lääketieteen, hoitotyön ja psykososiaalisen tuen ja kuntoutuksen asiantuntijoita (STM 2014; Soukup ym. 2018). Uusien hoitojen ja hoitomuotojen kompleksisuus, haittavaikutukset ja niiden hallinta edellyttävät saumatonta yhteistyötä eri ammattilaisten välillä (Knoop, Wujcik & Wujcik 2017).

Toimivan moniammatillisen yhteistyön on todettu olevan turvallisen ja laadukkaan hoidon edellytys niin yleisesti (Xyrichis, Reeves & Zwarenstein 2018; Copeland, Miller & Clanton 2020; Pomare ym. 2020) kuin syöpäpotilaan hoitamisessa (STM 2014; James, Page & Sprague 2016; Korpela 2017; Poitras ym. 2018). Parhaimmillaan yhteistyöstä hyötyvät potilaan lisäksi myös henkilöstö sekä organisaatio (Petri 2010; Soukup ym. 2018; Hoerger ym. 2019). Hyvin toimivan moniammatillisen yhteistyön etuina on nähty hoitokustannusten pienentyminen, tehokkuuden lisääntyminen (Das ym. 2018) ja hoidon koordinoinnin selkiytyminen (Denton & Conron 2016).

Huonosti toimivan moniammatillisen yhteistyön on osoitettu heikentävän yleisesti terveydenhuollon prosessien toimivuutta ja potilasturvallisuutta (Lillebo 2015; Van Leijen-Zeelenberg 2015). Moniammatillista yhteistyötä estävät työn kuormittavuus, puutteet esimiestyössä, ammattiryhmien väliseen vuorovaikutukseen liittyvät ongelmat ja roolien epäselvyys sekä myös epäonnistuminen potilaan yksilöllisten tarpeiden tunnistamisessa (Taylor ym. 2013). Potilaslähtöisyyden toteutumiseksi onkin ehdotettu potilaiden mukaan ottamista erityisesti kehitettäessä palveluita moniammatillisesti (McComb & Hebdon 2013).

Moniammatillisen yhteistyön määrittelyä

Sosiaali- ja terveysalalla asiakaslähtöistä, tiimityöskentelyyn perustuvaa ja yhteisöllistä asiantuntijatyötä kutsutaan moniammatilliseksi yhteistyöksi. Siinä toiminnan lähtökohtana on potilas, jota varten eri sosiaali- ja terveydenhuollon eri asiantuntijat integroivat osaamisensa sujuvaksi kokonaisuudeksi (Isoherranen 2012). Yhteinen näkemys moniammatillisuudesta ja moniammatillisesta yhteistyöstä ei ole itsestäänselvyys, sillä se perustuu usein määrittelijän omaan koulutus- ja työhistorian mukaiseen positioon. Kansainvälisesti moniammatillisuutta vastaavia määritelmiä ja lähikäsitteitä on useita (mm. Chamberlain-Salaun, Mills & Usher 2013; Mitzkat ym. 2016), joille ei välttämättä löydy kovinkaan helposti suomenkielisiä vastineita.

Moniammatillisuudesta ja moniammatillisesta yhteistyöstä on kirjoitettu ja sitä on tutkittu niin kansallisesti kuin kansainvälisesti suhteellisen runsaasti (mm. Lamintakanen ym. 2016, Peltonen ym. 2020). Moniammatillisuus ilmenee laadullisesti erilaisena toimintana ja siihen sisältyy erilaisia ja ilmeisen implisiittisiä merkityksiä (Mönkkönen ym. 2019).

Suomenkielisessä alan kirjallisuudessa moniammatillisuutta ja -tieteisyyttä tarkastellaan niin terveydenhuollon, alan koulutuksen kuin tutkimuksenkin näkökulmasta (Isoherranen 2012; Markkola 2013; Kekoni ym. 2019; Ahonen 2020). Näissä tarkasteluissa yhteistyö voidaan jäsentää karkeasti kolmeen kategoriaan. Keskeistä on, miten yhteistyö on suhteessa ammattiryhmien tai -alojen rajoihin (Kuvio 1). Kansainvälisessä kirjallisuudessa kategorioiden mukaiset yhteistyömuodot erotetaan toisistaan etuliitteillä multi-, inter- ja trans-, joita tarkastellaan joko tieteenaloja tai koulutusta (discipline) tai käytännön (profession) toimintaa vastaavissa toimintaympäristöissä. Eri yhteistyömuotojen kategorisoinnin taustalla on näkemys, jossa monitieteisyyttä ja sen kehittymistä on tarkasteltu lähinnä teoreettisesti (Mikkeli & Pakkasvirta 2007).



KUVIO 1.

Yhteistyömuodot ja niiden tunnuspiirteitä potilaan hoitamisen ja tutkimustyön toimintaympäristöissä (mukaillen Mikkeli & Pakkasvirta 2007; Isoherranen 2012; Markkola 2013; Kekoni ym. 2019; Ahonen 2020).

Yhteistyössä ammattialojen rajat säilyvät ja kukin työskentelee vertaistensa kanssa. Syöpäpotilaan hoidossa tämä tarkoittaa esimerkiksi lääketieteen asiantuntijoista koostuvan tiimin sisäistä yhteistyötä, jossa tehdään muun muassa päätöksiä syöpää sairastavan potilaan hoitolinjoista.

Syöpä ja sen hoito on monimutkainen, monivaiheinen sekä monipaikkainen ja potilaan näkökulmasta ajallisesti pitkä. Syöpäpotilas tarvitsee lääketieteellisen asiantuntemuksen lisäksi myös muiden asiantuntijoiden kuten hoitotyön ja psykososiaalisen tuen asiantuntijoiden osaamista ja suunnitelmallisuutta moniammatillisen hoidon optimaaliseksi toteutumiseksi (Gagliardi ym. 2011). VETÄVÄ-hankeessa moniammatillisuus tarkastelun lähtökohtana on ollut Isoherrasen (2012) tutkimus, jossa terveydenhuollossa toteutuvaa yhteistyötä tarkastellaan nimenomaan ammattien välisenä ja rajoja ylittävänä yhteistyönä, jossa työskennellään eri alojen välisellä rajapinnalla tai ehkä paremminkin yhdyspinnalla (ks. Lammintakanen ym. 2016).

Rajoja ylittävien tiimien asiantuntemukset vaihtelevat riippuen potilaan tarpeesta ja/tai hoidon vaiheesta. Myös toimintaympäristö vaikuttaa yhteistyön luonteeseen. Erikoissairaanhoidon vuodeosastolla moniammatillisuus näyttäytyy eri tavalla kuin toimenpideyksikössä. Olennaista on eri ammattilaisten osaamisen ja

tietoperustaan liittyvän evidenssin yhdistymisen toiminnassa. Vuodeosastolla lääkärin ja sairaanhoitajan välinen yhteistyö perustuu yhä useammin potilastietojärjestelmään kirjattuun tietoon. Samallakin vuodeosastolla voi olla useamman eri lääkärin hoitovastuulla olevia potilaita, joten sairaanhoitajien yhteistyösuhteita on arjessa monia. Lääketieteellisen asiantuntijan lisäksi potilaan hoitoon osallistuu myös esimerkiksi fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja tai sosiaalihoitajia, jotka vastaavat omalla asiantuntemuksellaan potilaan tarpeisiin ja joiden panos voi potilaan näkökulmasta olla yhtä merkittävä kuin huipputeknologiaan perustuvat hoitomenetelmät. Tilanteessa, jossa potilas saa sädehoitoa, osallistuu potilaan hoitoon ja sen suunnitteluun puolestaan sädehoitoon perehtynyt lääketieteen edustaja yhdessä fyyssikon ja röntgenhoitajan kanssa. Sädehoidon edetessä yhteistyötä tehdään myös poliklinikan tai vuodeosaston henkilökunnan kanssa.

Syöpäpotilaan hoitamiseksi tarvitaan erilaisia yhteistyömuotoja, joten ne eivät ole toisiaan poissulkevia. Rinnakkaisen yhteistyön on todettu toteutuvan tilanteessa, jossa potilaan hoitoprosessi etenee etukäteen suunnitellun mukaisesti (Collin ym. 2012) ja jokaisella osallistuvalla ammattilaisella on käytössään riittävästi osaamista ja tietoa potilaasta. Kun prosessiin tulee poikkeama, myös yhteistyö muuttaa muotoaan rinnakkaisesta eri asiantuntijoiden väliseksi, jolloin on usein myös tarvetta ylittää perinteiset organisaatorajat. Moniammatillisella toimintamuodolla on esitetty vastattavan niin nykyisiin kuin tuleviinkin terveydenhuollon vaatimuksiin (Xyrichis & Lowton 2008). Vahvaa näyttöä moniammatillista toimintaa edistävästä interventioista on kuitenkin vielä vähän (Reeves ym. 2017).

Ammatti- ja tieteenalojen rajoja rikkova yhteistyö on tunnusomaista erityisesti verkostomaiselle projektityöskentelylle (Janhonen ym. 2015). Kuten VETÄVÄ-hanke, projektit ovat yleensä väliaikaisia ja niillä etsitään usein ratkaisua tilanteessa, jossa toimintaympäristö muuttuu ja aikaisemmillä toimintamuodoilla ei päästä tavoitteisiin kuten ennen. Lopputuloksena voi olla täysin uusi toiminta- tai organisaatiomalli tai jopa uusi ammattiala. Moniammatillisen yhteistyön tutkimisessa on suositeltu kvalitatiivisten ja kvantitatiivisten menetelmien yhdistämistä sekä kehittämismenetelmien kohdentamista spesifimpiin toimintaympäristöihin sairaaloissa (Pomare ym. 2020). Läntinen Syöpäkeskus osana kansallista syöpäkeskusta edellyttää ammatillisia ja alueellisia rajoja rikkovaa yhteistyötä, sillä keskus on perustettu erityisalan tarpeeseen yhdistää lisääntyvä palveluiden tarve niukkeneviin resursseihin ilman, että hoidon taso kärsii (STM 2014).

Moniammatillisen yhteistyön edellytykset

Menestyksekkäs ja potilaan sekä henkilöstön kannalta positiivinen yhteistyö ei välttämättä ole itsestäänselvyys. Esimerkiksi alalle tulevat ammattilaiset usein omaksuvat vallitsevan yhteistyön ja sen toimintakulttuurin, vaikka se ei olisi positiivinen ja edellyttäisi muutosta (Andregård & Jangland 2015). Asiakas- tai potilaslähtöisyys edellyttää moniammatillisilta tiimeiltä joustavuutta, rajojen ylittämistä ja yhteistä tiedonmuodostusta (Isoherranen 2006). Syöpäpotilaan hoidon osalta on myös todettu jännitteitä eri ammattiryhmien välillä (Korpela 2017).

Moniammatillisuuden edellytykset liittyvät olemassa oleviin rakenteisiin sekä yhteistyöprosesseihin. Rakenteelliset tekijät liittyvät niin johtamiskulttuuriin, osaamiseen kuin muihinkin resursseihin. Toimiva yhteistyö edellyttää tekijöiltään yhteistyötaitojen lisäksi oman ja toisen asiantuntemuksen tunnistamista, yhteistä näkemystä toiminnan päämäärästä sekä selkeää työnjakoa. (Eloranta & Kuusela 2011.) Asiantuntijuuden tunnistamista sekä yhteistä päämäärää voidaan pitää edellytyksenä moniammatilliselle toiminnalle tunnusomaiselle yhteiselle tiedonmuodostukselle, joka taas edellyttää myös yhteisiä päätöksenteko- ja yhteistyöareenoita (Kekoniemi ym. 2019). Moniammatillisen yhteistyön sujuva toteutuminen edellyttää myös koordinaatiota ja suunnitelmallisuutta (Gagliardi ym. 2011). Lisäksi jo koulutuksen aikaiset kokemukset erityyppisistä moniammatillisista ryhmistä edistävät kykyä tunnistaa niin oma kuin toisten asiantuntijuus ja edistävän yhteistä päätöksentekoa (Mönkkönen ym. 2019).

2.4 Ammatillinen voimaantuminen terveydenhuollossa

Työhön liittyvä voimaantuminen (empowerment in the workplace) on keskeinen osa kestäväää ja toimivaa organisaatiota (Goedhart, van Oostveen & Vermeulen 2017). Ammatillinen voimaantuminen/valtaistuminen (work empowerment) on yhteydessä kansainvälisten tutkimusten perusteella yleisesti työhyvinvointiin, työhön sitoutumiseen ja motivaatioon, osaamisen kokemukseen sekä työturvallisuuteen (Joanna Briggs Institute 2010) ja työtyytyväisyyteen (Kuokkanen 2012; Lu, Zhao & Whitley 2019). Valtaistumisella on yhteys myös koettuun oikeudenmukaisuuteen työssä (Kuokkanen ym. 2014).

Työyhteisöön liittyvä voimaantuminen on myönteisessä yhteydessä työhön sitoutumiseen (Galletta ym. 2016; Abel & Hand 2018) ja vähentää myös uupumista (Galletta ym. 2016). Mitä työssään hyvinvoivempi (motivoitunut, tyytyväinen ja työn arvostusta kokeva) henkilö on, sitä parempi työn hallinta hänellä on (Romppanen ym. 2013). Työnhallinta taas on yhteydessä työterveyteen liittyvään elämänlaatuun (Magnavita ym. 2017), työhyvinvointiin (Päätaalo & Kauppi 2016) sekä koko työyhteisön ammatilliseen voimaantumiseen (Galletta ym. 2016).

Työyhteisöjen kehittämisessä moniammatillisella yhteistyöllä, avoimuudella, ongelmien ratkaisutaidoilla, työhön vaikuttamismahdollisuuksilla ja koulutusmahdollisuuksilla on yhteys ammatilliseen voimaantumiseen/valtaistumiseen (mm. Kuokkanen 2007; Kuokkanen ym. 2014). Moniammatillisen yhteistyön toimivuus on yhteydessä sekä työyhteisön että yksilön voimaantumiseen/valtaistumiseen; onnistuessaan moniammatillinen yhteistyö vahvistaa sekä työntekijän että yhteistä asian-
tuntijuutta edistäen koko työyhteisön voimaantumista. Yhä suurempi merkitys henkilöstön työhön sitoutumiselle ja työssä jaksamiselle on jatkuva työn kehittäminen (Kuokkanen ym. 2012; 2014) ja moniammatillisen työn mahdollistava työympäristö (Reeves ym. 2017). Johtamisessa on tärkeää kiinnittää huomiota työyhteisöä ja työntekijöitä voimaannuttaviin menetelmiin ja tukeen (Olender, Capitulo & Nelson 2020). Johtajien ja lähijohdon työhön liittyvän voimaantumisen kehittämisessä taas tulisi kiinnittää huomiota organisaatiokulttuuriin ja työilmapiiriin (Trus ym. 2018). Voimaantumista tukevalla työympäristöllä voi olla myönteinen vaikutus sekä yksilön että yhteisön tuloksellisuuteen (Trus ym. 2018).

Ammatillista voimaantumista arvioidaan tässä tutkimuksessa mittareilla, jotka perustuvat Kuokkasen (2003) kuvaamaan ammatillisen valtaistumisen (empowerment) käsitteeseen. Valtaistuminen tarkoittaa vahvaa sisäistä voimaantumista ja itsen ja ympäristön hallintaa. Ammatillisesti valtaistunut henkilö kokee pystyvänsä vaikuttamaan elämäänsä ja työhönsä. Hän on rohkea, tulevaisuuteen orientoitunut ja hänellä on sosiaalisia taitoja.

Ammatillinen valtaistuminen koostuu viidestä osa-alueesta: moraaliset periaatteet, persoonan vahvuus, asiantuntijuus, tulevaisuusorientoituneisuus ja sosiaalisuus. Keskeisiä ammatillista valtaistumista edistäviä tekijöitä ovat esimiehen myönteinen ja kannustava johtamistapa, kehittämiselle myönteinen ilmapiiri työyhteisössä sekä yhteiset tavoitteet. Suurimmaksi esteeksi valtaistumiselle terveydenhuollossa

on koettu sen byrokraattiset organisaatorakenteet ja autoritäärinen johtamistapa. Työntekijässä turhautumista aiheuttaa todellisten vaikutusmahdollisuuksien puute ja se vähentää myös työhön sitoutumista. (Kuokkanen ym. 2012.)

2.5 Suhdetoimijuus moniammatillisen yhteistyön ja ammatillisen voimaantumisen yhdistäjänä

Moniammatillisen yhteistyön tutkimiseen ja kehittämiseen on menestyksellisesti käytetty kulttuurihistoriallisen toiminnan teorian sovelluksia (Kerosuo & Engeström 2003; Seppänen ym. 2014a; Teräs 2015). Sen mukaan hoitoprosessit ja niiden ammatilliset tehtävät ymmärretään käytännöllisinä, systeemisinä ja tavoitteellisinä toimintoina, joilla voi olla osin yhteinen kohde, kuten esimerkiksi sujuvan ja tuloksekkaan hoitoprosessin tuottaminen potilaille. Tämä yhteinen kohde motivoi työntekijöitä moniammatillisen yhteistyön tarkasteluun ja uusien käytäntöjen ideoimiseen. Ymmärrys yhteistyön merkityksestä syvenee asiakasymmärryksen laajenemisen myötä (Seppänen ym. 2014b). Ote huomioi myös yhteistyön materiaaliset ja digitaaliset välineet.

Edwardsin (2017) mukaan viedessään tulkinnoilla ja responsseilla yhteistyön kohdetta eteenpäin työntekijä käyttää suhdetoimijuutta (relational agency), joka sisältää myös voimaantumisen elementtejä. Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen edellyttääkin Edwardsin (2017) mukaan yksittäisten työntekijöiden ammatillisen voimaantumisen vahvistamista. Työntekijät voivat myös itse kehittää moniammatillista yhteistyötä ja sen välineitä (Seppänen & Toiviainen 2017).

Tässä tutkimushankkeessa oletuksena on, että moniammatillisen yhteistyön osallistavalla, työntekijälähtöisellä kehittämisellä voidaan samalla vahvistaa ammatillisen voimaantumisen kokemusta. Suhdetoimijuus nähdään näitä kahta yhdistävänä tekijänä.

2.6 Vetovoimainen sairaala

VETÄVÄ-tutkimushankkeen taustalla on myös näkemys vetovoimaisista sairaaloista. Tutkimus kohdistuu moniammatilliseen yhteistyöhön ja ammatilliseen voimaantumiseen, joiden voidaan katsoa olevan yhteydessä sairaaloiden vetovoimaisuuteen työnantajana. Johtamisella ja valtaistumista edistävällä esimiestyöllä voidaan tukea koko työyhteisön hyvinvointia, sitoutumista ja halua kehittyä organisaatiouudistusten keskellä sekä ehkäistä työuupumusta (Kuokkanen ym. 2007, 2009). Vetovoimaiseen sairaalaan liittyy siellä toimivien työntekijöiden näkökulmasta ammatillinen voimaantuminen, joka on yhteydessä suomalaisten (mm. Kuokkanen ym. 2007; 2012; 2016) ja kansainvälisten tutkimusten (mm. Laschinger ym. 2005; Laschinger & Leiter 2006; Laschinger 2008; Laschinger ym. 2013; Smith ym. 2010) perusteella yleisesti työhyvinvointiin, työhön sitoutumiseen, motivaatioon ja osaamiseen. Hyvin toimiva moniammatillinen yhteistyö on myös osa vetovoimaisen sairaalan toimintatapoja (Joanna Briggs 2010). Vetovoimaisissa organisaatioissa hyödynnetään ihmisten osaamista ja uudistamishalua ja ne panostavat työhyvinvointiin ja hyviin työoloihin. Näissä organisaatioissa potilashoito on korkeatasoista ja se näkyy muun muassa parempina hoitotuloksina, potilastyytyväisyytenä ja potilasturvallisuutena (Salmond ym. 2009).

3 Menetelmät

3.1 Tutkimushankkeen tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tulevaisuuden vetovoimainen syöpäkeskus -tutkimushankkeen (VETÄVÄ) tavoitteena on lisätä ymmärrystä ja tuottaa uutta tietoa moniammatillisen yhteistyön ja ammatillisen voimaantumisen välisistä suhteista sekä niiden edistämisestä tulevaisuuden vetovoimaisille syöpäosaamisen huippukeskuksille, joissa tuotetaan asiakaslähtöisiä palveluja ja kehitetään syöpäpotilaan hoidon laatua verkostomaisella rakenteella.

Tutkimuksen tarkoituksena on arvioida Läntisen Syöpäkeskuksen verkostossa toimivien yksiköiden, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä (VSSH) Tyksin, Satamkunnan sairaanhoitopiirissä (SATSH) Satasairaalan, Vaasan sairaanhoitopiirissä (VSH) Vaasan keskussairaalan, moniammatillisen henkilöstön näkemyksiä moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta ja ammatillisesta valtaistumisesta ennen kehittämisinterventioita (T- ja Y-pajat) ja niiden jälkeen. Lisäksi käytettiin kehittävän vaikuttavuusarvioinnin menetelmää (Kehittävän arvioinnin tapaaminen [KA]), joilla pajoissa kehitettyjä oivalluksia, innovaatioita ja uusia työkäytäntöjä (ts. kokeiluja) pyrittiin levittämään, jatkojalostamaan ja vakiinnuttamaan koko organisaatioon ja Läntisen Syöpäkeskuksen verkostoon.

Tutkimuskysymykset

1. Miten moniammatillinen yhteistyö toteutuu Läntisen Syöpäkeskuksen verkostossa toimivien yksiköiden moniammatillisen henkilöstön kokemana?
2. Millaiseksi Läntisen Syöpäkeskuksen verkostossa toimivien yksiköiden moniammatillinen henkilöstö arvioi ammatillisen valtaistumisen toiminnassaan ja sitä edistävät tekijät?

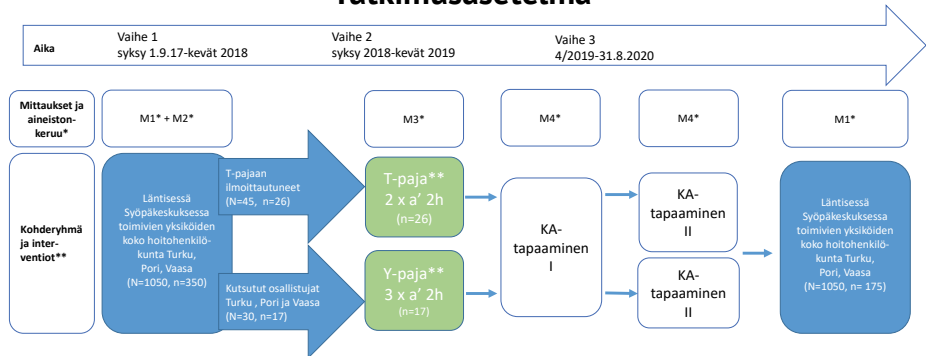
3. Muuttuivatko henkilöstön arviot moniammatillisesta yhteistyöstä ja ammatillisesta valtaistumisesta tutkimushankkeen aikana?
4. Millainen muutos tapahtuu T- ja Y-pajoissa ja kehittävän arvioinnin tapaamisissa osallistujien moniammatillisessa yhteistyössä ja ammatillisessa voimaantumisessa?
5. Millä tavoin syöpäkeskusten toimintaa voidaan edistää pajatyöskentelyn kautta?

3.2 Menetelmät ja asetelma

Tutkimuksen alkuperäinen tutkimusasetelma oli kvantitatiivinen, kvalitatiivinen ja vertaileva interventiotutkimus (Kuvio 2), jossa aineistonkeruu toteutettiin monimuotoisia menetelmiä käyttäen. Kohdeorganisaatiossa osoittautui mahdottomaksi toteuttaa interventioasetelman vaatimia pre/post-kyselyjä suunnitellulla tavalla, koska organisaatioiden sähköpostijärjestelmä ei mahdollistanut kyselyjen kohdentamista. Aineisto jouduttiin keräämään yleisen vastauslinkin kautta, jonka yksiköiden esimiehet jakoivat. Henkilöitä, jotka osallistuivat interventioihin, pyydettiin antamaan sähköpostiosoite pre- ja post-kyselyssä. Kaikki interventioihin osallistuneet eivät kuitenkaan tätä tehneet, ja osa jätti mahdollisesti vastaamatta kyselyihin kokonaan.

Pre/post-aineiston koko jäi interventioihin osallistuneiden osalta niin pieneksi (Y-paja $n=10$, T-paja $n=9$), ettei tilastollisen analyysin tekeminen ollut mahdollista. Näin ollen interventioden yhteyden arviointi moniammatilliseen yhteistyöhön ja ammatilliseen voimaantumiseen toteutuu laadullisen tutkimuksen menetelmin osana interventiota (kehittävä arviointi -pajat). Lisäksi 84 vastaajaa vastasi kyselyihin kahteen kertaan, 2018 ja 2019. Näiden vastaajien osalta on ollut mahdollista arvioida eroa kahden kyselyn välillä kohorttina, mutta ei yksilötason muutosta. Tutkimuksessa toteutettiin kaksi kehittämisinterventiota (Kuvio 3).

Tutkimusasetelma



*Mittaukset ja aineistonkeruu

M1 = Moniammatillinen yhteistyö (MONAMI) ja ammatillinen valtaistuminen kyselyt, Kuokkanen 2003 (PEN, WEP); interventioon osallistuvien identifiointi sähköpostiosoitteella

M2 = Sidosryhmähaastattelu, Läntinen Syöpäkeskuksen toimijat (VSSH, SATSH, VSH) yksiköiden esimiehet – Y-pajoihin kutsuttavien tunnistaminen

M3 = Pajojen keskustelut, tuotetut materiaalit, havainnointi T- ja Y-pajoissa

M4 = Tuotetut materiaalit, keskustelu

KA = Kehittävä arviointi tapaaminen

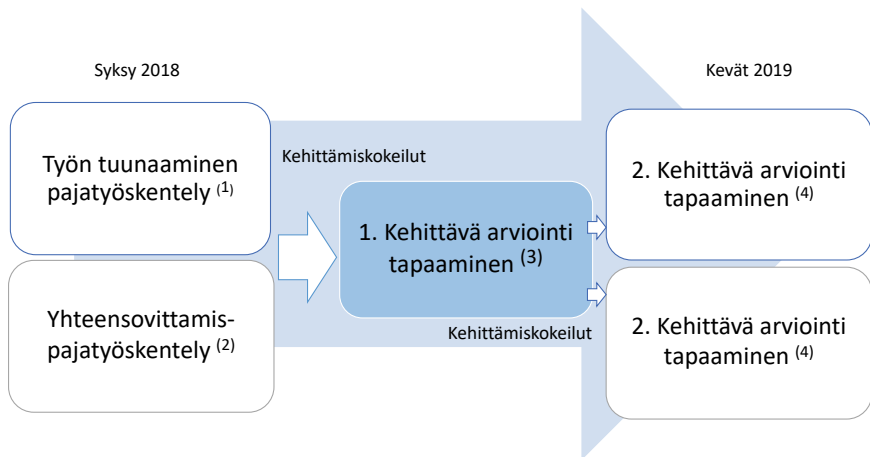
**kehittämisen interventiot

T-paja= Työn tuunaaminen

Y-paja= Yhteensovittamis-paja

KUVIO 2.

Tutkimusasetelma.



(1) Jokaisessa sairaalassa oma ryhmä (n= 13, n=19 ja n= 4)

(2) Yksi ryhmä, jossa osallistujia kaikista sairaaloista (N=17) tapasi kerran ja sairaalakohtaiset ryhmät tämän jälkeen kaksi kertaa

(3) Yhteinen kehittävän arvioinnin tapaaminen kaikille, lisäksi mukana lähijohdon ja syöpäkeskuksen edustajia

(4) Pajaryhmien omat kehittävän arvioinnin tapaamiset

KUVIO 3.

Kehittämisen interventiot.

3.2.1 Sidosryhmähaastattelu

VETÄVÄ-tutkimushankkeen alkuvaiheessa 1–3/2018 toteutettiin Läntiseen Syöpäkeskukseen kuuluvissa sairaaloissa yksiköiden esimiehille ja henkilöstöhallinnolle suunnattu sidosryhmähaastattelu. Sen tarkoituksena oli muodostaa yleiskuva kohdeorganisaatioista ja koota taustatietoa tutkimukseen osallistuvista yksiköistä ja niissä työskentelevien tilanteesta kehittämisinterventioiden täsmentämiseksi. Aineiston perusteella kuvattiin erikseen moniammatillisuutta ja erilaisia yhteistyömuotoja johtamis- ja esimiestyössä toimivien näkökulmasta Läntisen Syöpäkeskuksen perustamisvaiheessa (Walta ym. 2020, lähetetty arvioitavaksi).

Sidosryhmähaastatteluun kutsutut edustivat hankkeen kohdeorganisaatioiden johtamis- ja esimiestyöasemassa toimivia. Yleisesti esimiehet ovat kehittämisen eturintamassa ja tukemassa niin yksittäisten työntekijöiden kuin yhteisöjenkin kehittymistä suhteessa palveluiden laatuun ja tavoitteisiin (Lammintakanen ym. 2016; Syväjärvi & Pietiläinen 2016; Smith ym. 2018; Folkman ym. 2019). On myös esitetty, että tämän päivän muuttuva työelämä edellyttää esimieheltä jatkuvaa tasapainottelua osittain toisilleen vastakkain olevien odotusten välillä (Laurila 2017). Menetelmänä käytettiin teemahaastattelua, joka on strukturoidun ja avoimen haastatteluun välimaastoon sijoittuva haastattelutyyppi. Teemahaastattelussa käytettiin etukäteen laadittuja aihepiirejä eli teemoja, joista haluttiin saada tietoa. Haastateltavat saivat teemahaastattelun kysymykset jo etukäteen haastattelukutsun yhteydessä (Liite 2). Haastattelu eteni kuitenkin suhteellisen vapaamuotoisena keskusteluna ja sen aikana esitettiin tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä. (ks. Seidman 2013.)

3.2.2 Kyselytutkimus

Tässä tutkimuksessa laadittiin uusi kyselylomake arvioimaan moniammatillisen yhteistyön toteutumista (Moniammatillinen yhteistyö ja johtaminen -arviointimittari (MONAMI / Interprofessional Collaboration and Leadership ICL). Menetelmällisesti moniammatillisen yhteistyön tutkimuksessa painopiste on ollut Suomessa kuvailevassa tutkimuksessa (mm. Isoherranen 2012). Määrällistä, strukturoitua tutkimusta on tehty vähemmän. Suomessa kehitettyjä ja validoituja mittareita on vain vähän, vaikka moniammatillista yhteistyötä on pyritty kehittämään lukuisissa hankkeissa.

Kansainvälisesti on kehitetty mittareita, joilla on arvioitu moniammatilliseen yhteistyöhön liittyviä asenteita ja käyttäytymistä pääasiassa sairaanhoitajan ja lääkärin välillä ja tietyssä spesifissä tiimissä tapahtuvaa moniammatillista yhteistyötä (mm. Walters, Stern & Robertson-Malt 2016, Peltonen ym. 2020). Leinon (2012) laatimaa moniammatillisen yhteistyöosaamisen mittaria on käytetty kolmessa pro gradu -tutkielmassa (Leino 2012; Tuokko 2015; Malja 2016), joissa tutkimuskohteena on kuitenkin ollut moniammatillisen yhteistyön oppiminen harjoittelussa tai yhteisellä opintojaksolla (Interprofessional practice and education). Läntinen Syöpäkeskus toimii verkostomaisesti kolmen sairaanhoitopiiriin kuuluvissa syöpää hoitavissa yksiköissä, ja moniammatillisen yhteistyön tarkastelu ja kehittäminen edellyttivät organisaatorajat ylittävän moniammatillisen yhteistyön ja johtamisen tuen arvioimista. Osana tutkimusta tehtiin kartoittava systemaattinen kirjallisuuskatsaus (Peltonen ym. 2020), joka vahvisti tarpeen kyselylomakkeen laatimiselle.

Kyselylomake laadittiin vaiheittain. Ensin toteutettiin kirjallisuuskatsaus aikaisempien tutkimusinstrumenttien tunnistamiseksi ja tutkimuskohteena olevan ilmiön määrittelemiseksi ja operationalisoimiseksi. Mittarin ensimmäinen luonnos perustui moniammatillisen yhteistyön määritelmiin (D'Amour ym. 2005; Petri 2010; WHO 2010; Isoherranen 2012) ja siihen yhteydessä oleviin aikaisemmissa tutkimuksissa (mm. Leathard 2003; Xyrichis & Lowton 2008; Suter ym. 2009; Zwarenstein, Goldman & Reeves 2009; Schroder ym. 2011; Busari ym. 2017; Reeves ym. 2017) osoitettuihin tekijöihin: moniammatillisen yhteistyön osaaminen, moniammatillisen yhteistyön arvostus, roolien tuntemus, osallistuminen päätöksentekoon, yhteiset tavoitteet, esimiestyö ja johdon tuki.

Kirjallisuuskatsauksen yhteydessä tunnistettiin kansainvälinen tutkimusmittari (Collaborative Practice Assessment Tool, CPAT), jolla arvioidaan moniammatillisen tiimin yhteistyötä (Schroder ym. 2011). Osa CPAT-mittarista soveltui tähän tutkimukseen käytettäväksi kriteerimittarina (yhteistyön tavoitteet, johtaminen). Kriteerimittarin avulla voidaan verrata menetelmää johonkin aiemmin validiksi osoitettuun menetelmään (Polit & Beck 2006). CPAT-mittari käännettiin suomeksi ja ruotsiksi kaksoiskäännösprosessia käyttäen (Maneesriwongul & Dixon 2004).

Toisessa vaiheessa kyselylomakkeesta toteutettiin Delphi-paneeli, jossa arvioitiin kyselylomakkeen väittämien selkeyttä, asiantuuluvuutta, tärkeyttä, ja sitä, mittaako jokin toinen väittäjä samaa asiaa. Asiantuntijapaneeli koostui seitsemästä asiantuntijasta: moniammatillisen yhteistyön tutkija, ammatillisen voimaantumisen tutkija, syöpäsairaanhoitaja, syöpälääkäri, hoitotyön johtaja, koulutusjohtaja ja kehittävän työntutkimuksen tutkija. Asiantuntijapaneelin perusteella joitakin väittämiä muutettiin uudelleen ja poistettiin. Tämän jälkeen kolmannessa vaiheessa toteutettiin kyselylomakkeen esitestaus toisen syöpäkeskuksen yhdessä sairaalassa (n=30, joista lääkäreitä 8, hoitajia 22). Pilotin perusteella ei tehty muutoksia kyselylomakkeeseen.

MONAMI-mittari koostuu kolmesta osasta: moniammatillisen toiminnan arvostus (13 osiota), moniammatillisen toiminnan toteutuminen (25 osiota) ja moniammatillisen toiminnan tuki ja johtaminen (työyksikössä 13 ja toimintayksikössä 5 osiota). Työyksikkö viittaa klinikkaan/osastoon, jossa työskentelee ja toimintayksikkö sairaanhoitopiiriin. Taustakysymyksissä on mukana osa, jossa arvioidaan moniammatillisen yhteistyön toteuttamista omassa työssä ja osaamista sekä moniammatillisen toiminnan ohjausta sairaanhoitopiirissä (strategiataso). Mittarissa on kaikkiaan 64 osiota, joista muodostuu 12 alakategoriaa. Vastausasteikko on 4-portainen Likert-asteikko (1=täysin eri mieltä – 4=täysin samaa mieltä). Toiseen kyselyyn lisättiin mukaan kysymys siitä, oliko vastannut 2018 samaan kyselyyn ja oliko osallistunut pajatyöskentelyyn. CPAT-mittarin tutkimuksessa käytetyt osiot olivat Missio, toiminnan tarkoitus, tavoitteet (8 osiota) ja Tiimijohtaminen (8 osiota). CPAT-mittarissa on 7-portainen Likert-asteikko (1=täysin eri mieltä – 7=täysin samaa mieltä).

Ammatillista voimaantumista (work empowerment) mitattiin valtaistuneen ammattihenkilön toimintana ja sitä edistäviä tekijöitä arvioivalla kyselylomakkeella (ks. Kuokkanen 2003). Mittari koostuu kahdesta osasta: valtaistuneen ammattilaisen toiminta / Performance of an Empowered Personnel PEN (19 osiota) ja ammatillista valtaistumista edistävät tekijät / Work Empowerment Promoting Factors WEP (18 osiota). Valtaistuneen ammattilaisen toiminta -osassa vastaaja arvioi, missä määrin osioissa esitetyt kuvaukset vastaavat hänen omaa toimintaansa työssään. Valtaistumista edistävät tekijät -osassa arvioidaan, missä määrin organisaation ja työyhteisön toiminta vastaa esitettyjä kuvauksia. Vastausasteikko oli 5-portainen Likert-asteikko (1= ei vastaa lainkaan/täysin eri mieltä – 5= vastaa täysin/täysin samaa mieltä).

Mittari on alun perin kehitetty sairaanhoitajien ammatillisen valtaistumisen arvioimiseen, mutta osioista vain kaksi oli hoitotyöhön ja sairaanhoitajiin kiinnittyviä. Mittarin tekijän suostumuksella ne muutettiin seuraavasti: 1) Toimin täysin itsenäisesti hoitotyössä -> Toimin täysin itsenäisesti työssä ja 2) Työyksikössäni/organisaatiossani on yhteistyötä hoitajien kesken -> Työyksikössäni/organisaatiossani on yhteistyötä oman ammattiryhmäni kesken.

Taustamuuttujina kysyttiin ikä, sukupuoli, syöpäpotilaiden hoitoon osallistumisen yleisyys, peruskoulutus, ammattinimike, lisäpätevyudet, toimiminen esimiestehtävässä, työkokemuksen pituus terveydenhuollossa ja syöpäpotilaiden hoidossa, nykyisen työskentelyn pääsääntöinen sairaanhoitopiiri, työskentelyala, kuuluminen nimettyyn moniammatilliseen ryhmään ja osallistuminen moniammatillista yhteistyötä edistävään koulutukseen.

3.2.3 Työpajatyöskentely

VETÄVÄ-hankkeen työpajatyöskentelyn tavoitteet olivat työtä kehittäviä. Ensimmäinen tavoite oli tuottaa työntekijälähtöisesti ideoita ja käytäntöjä itse työhön. Tämä tapahtui molemmissa pajaprosesseissa kokeilujen suunnittelun ja kehittävän arvioinnin avulla. Toisena tavoitteena oli edistää työntekijöiden voimaantumista/valtaistumista ja moniammatillista yhteistyötä työpajaprosessien avulla.

Työn tuunaamisen T-pajat

Työn tuunaamisen pajojen eli T-pajojen tarkoituksena oli tukea sitä, että osallistujat käynnistävät työn tuunaamisen kokeiluja työpaikallaan. Työn tuunaaminen tarkoittaa oman työn muokkaamista mielekkäämmäksi, omia vahvuuksia ja motivaatiota vastaavaksi. Työn tuunaamisella tarkoitetaan työntekijästä itsestä lähtevää proaktiivista toimintaa, jolloin työn tuunaaja ottaa itse aktiivisen roolin työn kehittämisessä. Hän siis tarkastelee omaa työtään uudesta näkökulmasta ja kehittää sitä nykyisen työn ja siihen liittyvien valtuuksiensa rajoissa. (Harju ym. 2015; Työn imua työtä tuunaamalla -pikaopas 2020; Työn tuunaaminen 2020).

Oman työn tuunaamisessa työntekijä käyttää aktiivisesti hyväkseen mahdollisuutensa johonkin tai kaikkiin seuraavista:

- Tehtävän rajojen tuunaaminen eli sen muokkaaminen, minkä tyyppisiä tehtäviä työhön kuuluu, miten työtänsä toteuttaa ja miten monia tehtäviä työhön kuuluu.
- Työn olemassaolon tarkoituksen ja sosiaalisen merkityksen tuunaaminen eli kyky nähdä laaja-alaisesti oman työn arvo ja ymmärtää esimerkiksi erilliset tehtävät osana laajempaa kokonaisuutta.
- Työtovereiden, asiakkaiden tai muiden yhteistyökumppaneiden kanssa tapahtuvan vuorovaikutuksen laadun ja määrän tuunaaminen omassa työssä.

(Hakanen 2011)

Työn tuunaaminen voi kohdistua esimerkiksi työn sisältöön tai työtapoihin. Tarkoitus ei ole muuttaa työtä sinänsä, vaan muokata työtehtävien osia. Tuunaaminen voi olla myös uuden näkökulman tai asennoitumistavan löytämistä omaan työhön. Työntekijä voi pyrkiä lisäämään tai vahvistamaan työn voimavaroja tai mielekkäitä haasteita tai rajaamaan työn kuormitustekijöitä. (Harju ym. 2015; Työn imua työtä tuunaamalla -pikaopas 2020; Työn imua työtä tuunaamalla -verkkovalmennus 2018; Työn tuunaaminen 2020).

Työn tuunaamisen tavoitteena on edistää työntekijöiden kokemaa työn imua – ja voimaantumista. Työn imulla tarkoitetaan työssä koettua myönteistä motivaatio- ja tunnetilaa, jota luonnehtivat tarmokkuus, omistautuminen ja uppoutuminen. Työpaikoilla voidaan myös löytää uusia polkuja toiminnan tehostamiseksi ja tavoitteiden saavuttamiseksi. (Hakanen 2011; Työn imua työtä tuunaamalla -pikaopas 2020).

Yhteensovittamisen Y-pajat

Kehittävään työntutkimukseen (Engeström 1995; 2014) ja palveluverkostojen asiakasymmärrystutkimukseen (Seppänen ym. 2014a) pohjautuvien Y-pajojen tarkoituksena oli vauhdittaa moniammatillista yhteistyötä syövä hoidon alueella ja yhteisen tilannekuvan luomisen jälkeen ideoida konkreettisia kehittämiskokeiluja, jotka veisivät eteenpäin niin moniammatillista työskentelyä kuin palliatiivisen

hoidon toteutumista kohdeorganisaatioissa. Toinen keskeinen työskentelyn päämäärä oli moniäänisyyteen pyrkiminen. Työskentelyssä sovellettiin teoriaa ekspansiivisesta oppimisesta (Engeström 2014) ja muutospajamenetelmän (Launis ym. 2010) prosessia. Kussakin pajatapaamisessa hyödynnettiin Vygotskyn kahden virikkeen menetelmää: pajaan tuotiin työstä kertovaa peiliaineistoa yhteisesti tarkasteltavaksi ja analysoitavaksi, ja analyysin tueksi osallistujille tarjottiin erilaisia teoriaperusteisia jäsennysvälineitä (ks. Engeström 2014). Konkreettisena välineenä työskentelyssä käytettiin kehittäjä Heli Ahosen kehityskarttamenetelmää (Ahonen ym. 2020), joka auttaa kuvaamaan työn nykyhetkeä ja lähitulevaa sekä asiakkaiden ja asiakastarpeiden että toimintatapojen ja käytäntöjen näkökulmasta.

Kehittävän arvioinnin tapaamiset

Kehittävä arviointi (Patton 2011; Atjonen 2015) on yleisnimitys arvioinnin näkökulmasta ja toteutustavasta, jonka ideana on tuottaa kehittämistä hyödyttävää tietoa eli toisin sanoen tukea edelleen kehittämistä. Se ei ole yksittäinen menetelmä, vaan pikemminkin lähestymistapa, jossa keskeistä on kehittämiseen osallistuneiden toimijoiden osallisuuden ja oppimisprosessin tukeminen. Tällöin arvioijina toimivat kehittämiskokeiluja toteuttaneet työntekijät, ja fasilitaattoreiden ja esimerkiksi johdon tehtävänä on tukea arvioinnin tekemistä sekä tulosten levittämistä ja jatkokehittelyä. (Atjonen 2015.)

3.3. Kohdeorganisaatiot ja -ryhmä

Läntinen Syöpäkeskus

Läntiseen Syöpäkeskukseen kuuluvat Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (VSSH), Satakunnan sairaanhoitopiiri (SATSHP), Vaasan sairaanhoitopiiri (VSH) ja Turun yliopisto. Läntinen Syöpäkeskus (FICAN West) muodostaa yhdessä neljän muun Suomen alueellisen keskuksen kanssa Kansallisen syöpäkeskuksen (FICAN) verkoston. Läntisen Syöpäkeskuksen alueella on todettu vuonna 2018 yhteensä 5 889 uutta syöpää. Näistä 3 224 on todettu VSSH:ssä, 1 576 SATSHP:ssä ja 1 089 VSH:ssä. (Suomen Syöpärekisteri 2018).

Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmään kuuluivat Läntisen Syöpäkeskuksen verkostossa toimivien yksiköiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset, jotka työskentelivät tutkimusajankohtana plastiikka- ja yleiskirurgian, gastrokirurgian, neurologian, syöpätautien, hematologian, urologian tai gynekologisten syöpäpotilaiden hoidoyksiköissä, korvaklinikalla tai diagnostisissa palveluissa; lääkärit, sairaanhoitajat, röntgenhoitajat, lähihoitajat, fysioterapeutit, sosiaalityöntekijät ja kuntoutusohjaajat sekä heidän esimiehensä. Kohderyhmän rajaus perustui erikoisalan syöpäpotilaiden hoidon määrään; mukaan valittiin yksiköt, joissa hoidetaan paljon syöpäpotilaita.

Moniammatillista yhteistyötä ja ammatillista voimaantumista arvioivat kyselyt toteutettiin koko henkilöstölle (N=1 050) tutkimuksen alussa ja lopussa. Työn tuunaamisen pajatyöskentely (T-paja) oli avoin koko kohderyhmälle. Sen sijaan Yhteensovittamisen pajaan (Y-paja) kutsuttiin osallistuvat henkilöt kustakin organisaatiosta: pajaproessi kohdennettiin moniammatilliseen yhteistyöhön vaikeasti sairaan syöpäpotilaan hoidossa (palliativinen hoito), jossa oli tunnistettu toiminnan ja yhteistyön kehittämisen tarve. Osallistujiksi pyydettiin nimeämään organisaatioista sellaisia henkilöitä, jotka toimivat ko. potilasryhmän kanssa, esimerkiksi lääkärit, sairaanhoitajat, sosiaalityöntekijät ja sairaalateologit.

3.4 Aineistonkeruu

3.4.1 Sidosryhmähaastattelu

Tutkimushankkeen alussa toteutettiin Läntisen Syöpäkeskuksen verkostoon kuuluvan kolmen eri sairaalan yksiköiden esimiehille ja henkilöstöhallinnolle suunnattu sidosryhmähaastattelu yleiskuvan saamiseksi tutkimukseen osallistuvien yksiköiden ja niissä työskentelevien tilanteesta työpajainterventoiden suunnittelun pohjaksi. Sidosryhmähaastatteluihin kutsuttavat henkilöt tunnistettiin ja kutsuttiin Läntisen Syöpäkeskuksen koordinaattorien kautta tai sairaalan yhteyshenkilön kautta. Teemahaastattelurunko (Liite 2) lähetettiin tutkimustiedotteen kanssa jo etukäteen osallistuville, ja se oli saatavilla sekä suomen- että ruotsinkielisenä.

Sidosryhmähaastatteluja järjestettiin yhteensä kahdeksan (8) ja niissä haastateltiin yhteensä 21 johtamis- ja esimiesasemassa olevaa henkilöä. Haastattelut toteutettiin keväällä 2017. Haastattelijoina toimivat tutkimushankkeen hankejohtaja ja kaksi Työterveyslaitoksen tutkijaa.

3.4.2 Kyselyaineistot

Kyselyaineistojen keruu toteutettiin kaksi kertaa: ensimmäinen kysely 5–10/2018 ja toinen kysely 11/2019–1/2020. Aineisto kerättiin kummallakin kerralla MO-NAMI- ja PEN/WEP-mittareilla (Kuokkanen 2003). Ensimmäisessä kyselyssä oli mukana kriteerimittari CPAT (Schroder ym. 2011), joka poistettiin, kun riittävä aineisto mittareiden tilastollista vertailua varten oli saatu kerättyä (n=256–258). Tämä siksi, että kyselylomakkeen pituutta saatiin lyhennettyä.

Aineistonkeruu tehtiin pääosin sähköisesti Webropol-työkalulla, mutta kummassakin aineiston keruussa yliopistosairaalan vastaajilla oli mahdollisuus vastata myös paperilomakkeella. Sähköistä aineistonkeruuta ei saatu kohdennettua vain syöpäpotilaita hoitaville ammattilaisille, koska sellaisia ryhmäsähköpostilistauksia ei ollut olemassa ja eikä niitä ollut mahdollista tehdä. Tämän takia yhdeksi taustakysymykseksi lisättiin kysymys, hoitaako syöpäpotilaita työssään. Sähköisen aineiston keräys toteutettiin VSSHP:n tutkimusylilääkärin toimesta kohdeorganisaatioiden esimiehille lähetyn kutsun ja vastauslinkin kautta. Esimiehet lähettivät kyselyn eteenpäin. Vuoden 2018 kyselyssä vastausprosentti oli 34 % (n=350), ja vuonna 2019 17 % (n= 175).

3.4.3 Työpaja-aineistot

Työpaja-aineistot muodostuvat kolmen työpajatyöskentelyn aineistoista (Taulukko 1). Työpaja-aineistoista on tehty tieteellinen artikkeli, joka julkaistaan myöhemmin (Seppänen ym. 2020, lähetetty arvioitavaksi). Sekä Työn tuunaamisen että Yhteensovittamisen pajaprosessien kaikki tapaamiset äänitettiin. Tapaamisissa käytetyt esitysdiat sekä pajojen aikana tuotetut fläppikirjaukset ja muut ryhmätyöt talletettiin myös tausta-aineistoksi. Lisäksi T- ja Y-pajaprosessien lähes kaikissa tapaamisissa oli varsinaisen fasilitoijan lisäksi mukana toinen projektiryhmän edustaja tekemässä kenttämuistiinpanoja.

TAULUKKO 1. Työpaja-aineistot.

Intervention nimi	Työpaja-tapaamiset	Osallistujat	Kerätty aineisto
Työn tuunaamisen paja (T)	2 x 2h	Pajaprosessi kussakin sairaalaorganisaatiossa erikseen: • Tyks • Satasairaala • Vaasan keskussairaala.	• tapaamisten äänitykset • fasilitoijan työparin tekemät muistiinpanot • pajassa käytetty esitysmateriaali • osallistujien tuottamat kehittämisideat ja kehittämiskokeilulomakkeet.
Yhteensovittamisen paja (Y)	3 x 2	Yhteinen prosessi kaikkien kolmen sairaalaorganisaation edustajille.	-/-
Kehittävän arvioinnin paja	3 x 2	• 1 yhteinen tapaaminen sekä T- että Y-pajan osallistujille • 1 oma tapaaminen T-pajan osallistujille • 1 oma tapaaminen Y-pajan osallistujille.	-/-

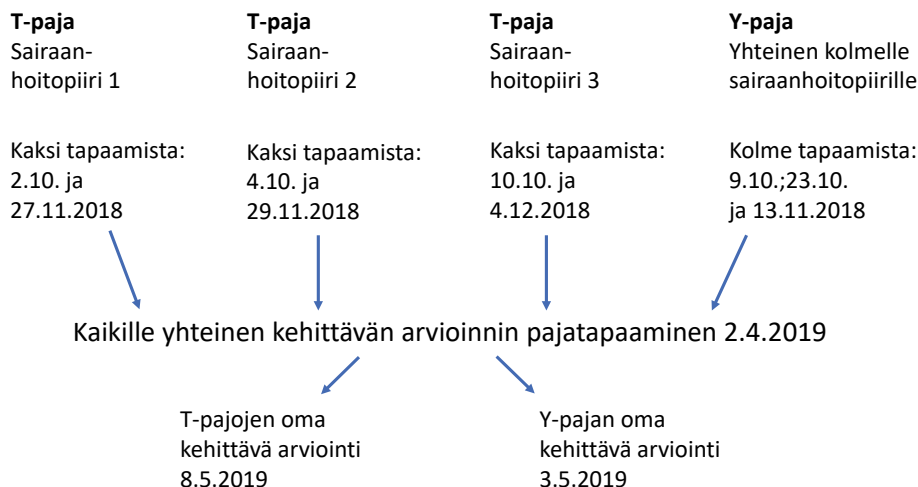
Työn tuunaamisen pajoissa järjestettiin kussakin osallistujaorganisaatiossa kaksi tapaamista, ja niihin osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen. Kahdessa osallistujaorganisaatiossa (Satasairaala ja Vaasan keskussairaala) jälkimmäinen tapaaminen toteutettiin videoneuvotteluna. Pajoihin laitettiin avoin kutsu ja ilmoittautumispyyntö kaikille syövän hoidon alueella työskenteleville työntekijöille.

Vaikka työn tuunaamisen pajojen oli tarkoitus olla matalan kynnyksen kehittämisareena, osoittautui käytännössä haasteelliseksi löytää riittävästi osallistujia syöpäkeskuksesta. Rekrytointia tehtiinkin useampaan otteeseen, ja lopulta osallistumismahdollisuus avattiin koskemaan myös muita kuin syövän hoidon asiantuntijoita. T-pajoihin osallistui lääketieteen, hoitotyön sekä psykososiaalisen tuen ammattilaisia. Kaikkiaan työpajoihin osallistui kolmesta organisaatiosta yhteensä 26 henkilöä. T-pajatyöskentelyn tarkempi prosessikuvaus on liitteessä 3.

Yhteensovittamisen pajiin kutsuttiin osallistujia kaikista Läntisen Syöpäkeskuksen verkostoon kuuluvista sairaanhoitopiireistä. Osallistujat työskentelivät muun muassa poliklinikalla, vuodeosastolla, palliatiivisen hoidon yksikössä sekä operatiivisella osastolla; mukana oli myös kuntoutusohjaaja, sosiaalityöntekijä ja sairaalateologi. Pajatyöskentely toteutettiin kolmen keskussairaalan välisinä videoneuvotteluina syksyllä 2018. Tapaamisia oli kaikkiaan kolme, joista kukin kesti kaksi tuntia; pajan fasilitaattorina toiminut Työterveyslaitoksen tutkija kävi tapaamisten aikana vuorotellen kussakin yksikössä paikan päällä.

Ennen Y-pajan alkua Työterveyslaitoksen tutkija haastatteli yhden pajaan osallistuneen yksikön työntekijöitä todellisista potilasprosesseista. Haastateltavia oli pyydetty palauttamaan mieleen suhteellisen tuore potilastapaus, jossa hoitoprosessi ja/tai yhteistyö ei ollut sujunut ammattilaisnäkökulmasta parhaalla mahdollisella tavalla. Yhden anonyymin potilastapauksen tiedoista tehtiin pajaa varten peiliaineistoksi karkea prosessikuvaus, jossa oli tuotu rinnakkain näkyviin potilaan ja hoitavan tahon näkökulmat. Kaikki pajatapaamiset nauhoitettiin, ja niistä tehtiin myös havainnointimuistiinpanoja itse tapaamisen aikana. Y-pajatyöskentelyn tarkempi prosessikuvaus on liitteessä 3.

Sekä Yhteensovittamisen että Työn tuunaamisen pajojen osallistujille järjestettiin kaksi kehittävään arviointiin perustuvaa tilaisuutta, joista ensimmäinen (arviointipaja 1) oli pajaprosessien yhteinen ja jälkimmäiset T- ja Y-pajojen (arviointipajat 2a ja 2b) osallistujille erikseen (kuvio 4).



KUVIO 4. Pajaprosessien toteutusaikataulu.

3.5 Aineistojen analyysi

3.5.1 Sidosryhmähaastattelu

Haastattelut nauhoitettiin ja ne kestivät keskimäärin vajaan tunnin (ka. 57 min; min. 37 min–maks. 70 min). Nauhoitetun aineiston litterointi tapahtui ostopalveluna. Analyysissa näkökulma rajattiin moniammatillisuuteen ja erilaisten yhteistyömuotojen ilmenemiseen aineistossa. Aineistonanalyysimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Analyysissä hyödynnettiin kirjallisuuden perusteella laadittua kuvausta erilaisista yhteistyömuodoista (kuvio 1, sivu 21).

3.5.2 Kyselyaineistot

Kyselyaineistot analysoitiin IBM SPSS Statistissa -ohjelmalla (versiot 24, 25 ja 27). Kuvauksia tunnuslukuja (keskiarvo, keskihajonta, vaihteluväli, mediaani) käytettiin sekä kysymyskohtaisessa että summamuuttujatason analysoinnissa. Summamuuttujat muodostettiin laskemalla yhteen summapisteet ja jakamalla luku väittämien lukumäärällä. Cronbachin alfa -kertoimet laskettiin summamuuttujien sisäisen yhtenevyyden arvioimiseksi. Numeeristen taustamuuttujien yhteyttä summamuuttujiin

tarkasteltiin Pearsonin ja Spearmanin korrelaatiokertoimen avulla (r , p -arvo). Kategoristen taustamuuttujien yhteyttä moniammatillisen toiminnan ja ammatillisen voimaantumisen summamuuttujiin tutkittiin epäparametrisillä Mann-Whitneyn U-testillä ja Kruskal-Wallis testillä, koska tutkittavien summamuuttujien jakaumat olivat yleensä vinoutuneita. Tilastollisen merkitsevyyden raja-arvona pidettiin arvoa $p \leq 0.05$.

Taustamuuttujista ikä, peruskoulutus, ammattinimike, työkokemuksen pituus terveydenhuoltoalalta yleensä ja syöpäpotilaan hoidosta luokiteltiin erilaisiin luokkiin siten, että jokaisessa luokassa oli riittävästi havaintoja. Lisäksi aineiston tarkastelussa käytettiin taustatietona sukupuolta, työyksikköä, sairaanhoitopiiriä, työskentelyalaa, kuulumista moniammatilliseen tiimiin, esimiestehtävässä toimimista ja osallistumista moniammatilliseen koulutukseen.

Summamuuttujat muodostettiin MONAMI-mittarissa teoreettisen oletuksen perusteella. Mittarin rakennevaliditeettia testattiin Cronbachin alfa -kertoimilla sekä eksploratiivisella faktorianalyysillä käyttäen pääakselifaktorointia ja Varimax-rotointia.

Ammatillisen valtaistumisen arvioimisessa summamuuttujat muodostettiin aiemmin kehitetyn mittarin tunnetun rakenteen perusteella (Kuokkanen 2003). Mittarien summamuuttujien reliabiliteetin eli sisäisen johdonmukaisuuden määrittämiseksi laskettiin Cronbachin alfa -kertoimet.

Kahden eri kohortin välisiä eroja summamuuttujien tuloksissa tarkasteltiin käyttäen kahden parittaisen ryhmän t -testiä ja lineaarisen sekamallin regressioanalyysiä.

3.5.3 Työpaja-aineistot

Työpajoissa analyysimenetelmä räätälöitiin aineistolähtöisesti hyödyntäen suhde-toimijuuden (Edwards 2017), valtaistumisen (Kuokkanen ym. 2007; 2016) ja työn tuunaamisen (Wresniewski & Dutton, 2001; Leana ym. 2009) käsitteitä sekä yhteistyövälineiden teoriaa (Seppänen & Toiviainen 2017). Alkuperäisaineistoa ja tutkijoiden kenttämuiistiinpanoja tarkasteltiin laadullisen sisällönanalyysin avulla, ja tätä raporttia varten aineisto kuvattiin Työn tuunaamisen ja Yhteensovittamisen pajaprosesseja kuvaaviksi narratiiveiksi. Narratiiveista kiteytettiin pajaprosessien tulokset voimaantumisen ja moniammatillisen yhteistyön osalta.

4 Tulokset

4.1 Johdon kuvaus kohdeorganisaatioiden tilanteesta tutkimushankkeen alussa

Haastatteluista kaksi (2) oli yksilöhaastatteluja ja lopuissa haastateltavien lukumäärä vaihteli kahden (2) ja viiden (5) välillä. Haastateltavat työskentelivät edustamiensa organisaatioiden eri tasoilla. Osa työskenteli toimi- tai vastuualuejohtajana (n=4) tai HR-johtajana (n=1). Ylilääkärit (n=3), ylihoitajat (n=3) ja osastonhoitajat (n=10) edustivat edellisiä enemmän toiminnan operatiivista tasoa. Sidosryhmähaastattelun tarkoitus oli tuottaa taustatietoa kehittämisinterventioita varten ja siksi sen tulokset raportoidaan tässä vain yleisesti. Sidosryhmähaastattelun moniammatillisuutta ja yhteistyömuotoja käsittelevät tulokset raportoidaan tarkemmin erillisessä tieteellisessä julkaisussa (Walta ym. 2020, lähetetty arvioitavaksi).

Kaikissa kohdeorganisaatioissa oli viime vuosina tapahtunut useita organisaatio-uudistuksia ja muutoksia, joiden tavoitteena on ollut yhtenäistää hoitokäytäntöjä, resurssien käyttöä sekä varmistaa potilaille mahdollisimman tasalaatuinen hoito. Haastattelujen perusteella erilaiset muutokset ovat osa kohdeorganisaatioiden arkea. Ne ovat kohdistuneet niin organisaation rakenteeseen kuin sitä kautta toimintaan ja toimintaa ohjaaviin strategioihin. Rakenteelliset muutokset ovat olleet esimerkiksi yksiköiden fuusioita ja uusien toimialueiden muodostamisia.

Strategiakeskustelussa keskeiseksi nousi puhe potilaslähtöisyydestä, joka linkittyi myös moniammatillisuutta käsittelevään haastatteluteemaan. Eri ammattiryhmien sisäistä ja välistä yhteistyötä pidettiin syöpäpotilaan hoitamisessa välttämättömänä. Yhteistyön merkitys tuli esiin myös muissa haastatteluteemoissa.

Henkilöstön työhyvinvoinnin tilannetta pidettiin kaikissa kolmessa organisaatiossa tehtyjen työhyvinvointikyselyjen perusteella hyvänä. Arjen haasteena nähtiin työn-tekijöiden kuormittuminen, vähäinen mahdollisuus vaikuttaa omaan työtahtiin, työn keskeytyminen usein ja tiedonkulkuun liittyvät ongelmat. Työhyvinvointia

laskevien tekijöiden lisäksi vastauksissa kuvattiin myös työhyvinvointia lisääviä tekijöitä. Työntekijöiden kuvattiin olevan sitoutuneita ja tekevän työtään tyytyväisinä. Potilastyön rikkaus sekä moniammatillisen yhteistyön toimivuuden ja yhteenkuuluvuuden tunteen kuvattiin tukevan työssä viihtymistä. Johtamisen näkökulmasta oikeudenmukaisen lähiesimiestyön kuvattiin olevan työhyvinvoinnin kannalta keskeistä. Yhteistyön osalta haastatteluista välittyi yhteisen areenoiden merkitys ja kaikkien asianosaisten mukaan ottaminen yhteiseen kehittämiseen.

Läntiseen Syöpäkeskukseen kohdistuvia odotuksia voidaan luonnehtia positiivisiksi, vaikkakin näkemys syöpäkeskuksesta oli osittain vielä epäselvä. Positiiviset odotukset liittyivät jo olemassa olevaan yhteistyöhön ja sen vastavuoroiseen kehittymiseen. Niin organisaatioiden välinen kuin sisäinen yhteistyö ja sen edelleen kehittäminen koettiin välttämättömäksi potilaan hoitamisen ja tutkimuksen näkökulmasta, jotta alueen potilaat saisivat mahdollisimman ajanmukaista hoitoa. Toisaalta nähtiin myös tarve pitää kiinni paikallisvahvuudesta ja -omaleimaisuudesta; syöpäkeskus ei ole eikä sen tarvitsekaan olla yksiaäninen, vaan se parhaimmillaan mahdollistaa eri toimijoille rajat ylittävää kehittämistä ja resurssien synergiahyötyjä monin tavoin.

4.2 Moniammatillisen yhteistyön toteutuminen ja ammatillinen valtaistuminen

Tutkimushankkeessa tehtiin kysely kahtena eri ajankohtana käyttäen tutkimusta varten laadittua MONAMI-mittaria ja Kuokkasen (2003) ammatillista valtaistumista arvioivia (PEN/WEP) mittareita sekä kerran kriteerimittaria (CPAT, Schroder ym. 2011). Osa tuloksista raportoidaan loppuraportissa ja osa erillisinä julkaisuina.

- Kriteerimittarina käytetyn CPAT-osion tulokset raportoidaan vain loppuraportissa.
- Moniammatillista yhteistyötä koskeva ensimmäisen kyselyn tulokset on raportoitu/raportoidaan kahdessa artikkelissa (Moniammatillisen yhteistyön toteutuminen: Moilanen ym. 2020a ja Johtaminen moniammatillisen yhteistyön tukena: Moilanen ym. 2019, lähetetty arvioitavaksi).

- Ammatillista valtaistumista koskeva aineisto on analysoitu kahdella tavalla: 1) kahtena kohorttina, joka raportoidaan loppuraportissa ja 2) kahden kohortin yhdistettynä aineistona kerran kyselyyn vastanneista, joka raportoidaan omana artikkelinaan (Siekkinen ym. 2020, lähetetty arvioitavaksi).
- Toisen kyselyn tulokset moniammatillisen yhteistyön ja ammatillisen valtaistumisen välisestä suhteesta raportoidaan erillisessä artikkelissa (Stolt ym. 2020, lähetetty arvioitavaksi), muut tulokset loppuraportissa.
- Lisäksi loppuraportissa kuvataan tulokset analyysistä kahden eri kohortin välillä.
- Moniammatillista yhteistyötä koskeva aineisto on analysoitu myös kahden pääammattiryhmän osalta erikseen ja tulokset on tarkoitettu raportoida hankkeen jälkeen kahdessa suomalaisessa tiedejulkaisussa (Sulosaari ym. ja Rautava ym.).
- MONAMI-mittarin kehittämisestä tehdään myöhemmin myös erillinen julkaisu (Sulosaari ym.).

4.2.1 Ennen työpajatyöskentelyn toteutusta

Ensimmäiseen kyselyyn vastasi 350 syöpäpotilaiden hoidossa työskentelevää terveydenhuollon ammattilaista (Taulukko 6). Vastaajien keski-ikä oli 43.6 vuotta (s 11.9, vaihteluväli 22–67). Vastaajien keskimääräinen työkokemus terveydenhuollosta oli 17.4 vuotta (s 1.9, vaihteluväli 0–44) ja syöpäpotilaiden hoidossa 13.2 vuotta (s 10.7, vaihteluväli 0–41).

Moniammatillisen toiminnan toteutuminen

Moniammatillisen yhteistyön syövän hoidossa arvioitiin toteutuvan asteikolla 1–4 (täysin eri mieltä – täysin samaa mieltä) kokonaisuudessaan melko hyvin (ka. 2.99, s 0.39, Taulukko 7) ja sitä arvostettiin (ka. 3.51, s 0.34). Myös omassa työssä moniammatillinen yhteistyö toteutui hyvin (ka. 3.52, s 0.49). Heikoimmaksi moniammatillisen yhteistyön näkökulmasta arvioitiin toimintayksikön toiminta (ka. 2.60, s 0.65).

Moniammatillista yhteistyötä toteutettiin omassa työssä säännöllisesti (ka. 3.80, s 0.54), sitä osattiin tehdä (ka. 3.69, s 0.54) ja vastaajat kokivat osaavansa toimia joustavasti moniammatillisessa ryhmässä (ka. 3.68, s 0.53). Moniammatilliseen yhteistyöhön liittyvä tieto koettiin ajantasaiseksi (ka. 3.18, s 0.69) ja ajantasaisuuden koettiin olevan kaikkien ammattiryhmien velvollisuus (ka. 3.68, s 0.57). Jokaisen työ koettiin tärkeäksi tavoitteen saavuttamiseksi (ka. 3.72, s 0.52). Heikoiten arvioitiin toteutuvan moniammatillisen toiminnan onnistumisen arvioinnin kriteerit (ka. 2.40, s 0.79) ja moniammatillisen toiminnan systemaattinen ja jatkuva arviointi (ka. 2.26, s 0.81).

Moniammatillisen toiminnan arvioitiin tuottavan potilaalle parhaan mahdollisen hoitotuloksen (ka. 3.93, s 0.29) ja se koettiin tärkeäksi oman ammattikunnan parhaan mahdollisen hoitotuloksen saavuttamiseksi ka. 3.90, s 0.34). Moniammatillinen toiminta koettiin kuitenkin aikaa vieväksi (ka. 2.46, s 0.83).

Moniammatillisen toiminnan tuki

Oman toimintayksikön strategia oli vastaajien tiedossa, ja he kokivat strategian tukevan moniammatillista toimintatapaa. Sen sijaan toimintayksikön strategian tuki hierarkkisen organisaatiokulttuurin vähentämisessä koettiin vähäisemmäksi (ka. 2.6, s 0.70). Toimintayksikön tasoiset tavoitteet moniammatilliselle yhteistyölle oli määritelty kohtalaisesti (ka. 2.73, s 0.71).

Moniammatillisen toiminnan tuki ja johtaminen arvioitiin kohtalaiseksi (ka. 2.61, s 0.59). Vastaajien mielestä moniammatillinen toiminta edisti hyvää työilmapiiriä, ja esimiehet kannustivat osallistumaan moniammatillisiin koulutustilaisuuksiin. Sen sijaan esimiehen tasolta osoitettu moniammatillisesta toiminnasta palkitseminen tai tunnustuksen antaminen koettiin puutteelliseksi. Myös moniammatilliseen toimintaan osoitetut resurssit ja moniammatillisen toiminnan kehittämiseen osoitetut resurssit koettiin puutteelliseksi (ka. 2.42, s 0.76).

Moniammatillisen toiminnan kehittäminen keskeisenä tavoitteena koettiin toteutuvan kohtalaisesti (ka. 2.87, s 0.77). Tietojärjestelmien koettiin tukevan toimintayksiköiden välistä moniammatillista yhteistyötä kohtalaisesti (ka. 2.65, s 0.77). Osioiden tarkemmat tunnusluvut on kuvattu liitteessä 4. Moniammatilliseen toimintaan, valtaistuneen toiminnan toteutumiseen ja valtaistumista edistävään toimintaan työympäristössä yhteydessä olevat tekijät on raportoitu artikkeleissa.

Missio, toiminnan tarkoitus, tavoitteet ja tiimijohtaminen (CPAT)

Tutkimuksessa käytettiin kriteerimittarina osioita CPAT-mittarista (Schroder ym. 2011) osassa aineistonkeruuta (n= 256–258). Vastaajat arvioivat moniammatillisen tiimin, johon he kuuluivat, myönteisesti ja tiimin jäsenien koettiin olevan sitoutuneita yhteistyöhön, vaikkakin vastauksissa oli varsin paljon hajontaa (Taulukko 2). Potilaiden hoito toteutui moniammatillisesti ja tiimillä oli yhteinen päämäärä hoitotuloksien saavuttamisessa. Kriittisesti arvioitiin tiimin resurssien riittävyys. Tiimin johtaminen arvioitiin pääosin onnistuneeksi. Kriittisimmät arviot liittyivät moniammatillisiin kehittymismahdollisuuksiin (ka. 4.95, s 1.45) ja moniammatilliseen vertaisarvointiin (ka. 3.72, s 1.70).

TAULUKKO 2. Moniammatillisen tiimin Missio, toiminnan tarkoitus ja tavoitteet sekä tiimijohtaminen (CPAT, Schroder ym. 2011).

Väittämien sisältö Missio, toiminnan tarkoitus, tavoitteet (n=256–258)	ka	s	Md
Moniammatillinen yhteistyö sisältyy tiimin tehtävään asiakkaiden/potilaiden hoidossa	5.91	1.20	6
Tiimin pääasiallisena tarkoituksena on auttaa potilaita/asiakkaita hoitotavoitteiden saavuttamisessa	6.32	1.03	7
Oman työn kannalta tiimin tavoitteet ovat selkeät, hyödylliset ja tarkoituksenmukaiset	5.67	1.21	6
Tiimin toimintaa ja tavoitteita tuetaan riittävillä resursseilla (osaaminen, rahoitus, aika, paikka)	4.17	1.55	4
Kaikki tiimin jäsenet ovat sitoutuneita tekemään moniammatillista yhteistyötä	5.40	1.44	6
Tiimin jäsenillä on hyvä ymmärrys potilaiden/asiakkaiden hoitosuunnitelmista ja hoitotavoitteista	5.57	1.23	6
Potilaiden/asiakkaiden hoitosuunnitelmissa ja hoitotavoitteissa huomioidaan eri ammattikuntien ajantasaiset hoitosuosituks	5.18	1.51	6
Kaikki tiimin jäsenet haluavat tehdä yhteistyötä	5.51	1.49	6

Väittämien sisältö Tiimijohtaminen (n=256–258)	ka	s	Md
Tiimissä on toimivat käytännöt sen määrittämiseksi, kuka ottaa johtavan roolin potilaiden/asiakkaiden hoidon koordinoinnissa	5.19	1.41	6
Tiimijohtamisella varmistetaan, että kaikilla tiimiin kuuluvilla henkilöillä on tehtävänsä tiimissä	5.17	1.33	5
Tiimijohtamisella varmistetaan, että tehtävät ja vastuut on selkeästi määritetty potilaiden/asiakkaiden hoidossa	5.21	1.40	5
Tiimijohtamisessa ei kannusteta oma-aloitteeseen toimintaan potilaiden/asiakkaiden hoitotavoitteiden saavuttamiseksi (käänteinen)	3.49	1.60	4
Tiimijohtamisessa kannustetaan moniammatillisiin kehittymismahdollisuuksiin	4.95	1.45	5
Tiiminjohtaja edistää potilas-/asiakaskeskeisiä parhaita käytäntöjä sekä toimii itse niiden mukaisesti	5.00	1.42	5
Tiiminvetäjällä ei ole käsitystä tiimin jäsenten näkemyksistä ja huolenaiheista (käänteinen)	3.49	1.58	4
Tiiminvetäjä rohkaisee tiimin jäseniä hyödyntämään koko ammattitaitoaan	5.01	1.51	5
Tiimissä on käytössä toimiva vertaisarviointi	3.62	1.70	4

**asteikko 1 täysin eri mieltä – 7 täysin samaa mieltä*

Kriteerimittari korreloi merkitsevästi MONAMI-mittarin summamuuttujien kanssa (Taulukko 3) ja vahvisti sen rakenteellista validiteettia mitata moniammatillista yhteistyötä ja johtamista.

TAULUKKO 3. Kriteerimittarin (CPAT) ja MONAMI-mittarin osioiden korrelaatiot.

	MONAMI kokonais-summa	MA-toim. arvostus summa	MA-toteutuminen summa	MA-tuki Työ-yksikkö summa	MA-tuki Toiminta-yksikkö summa
K21 summa Pearson r	0.743***	0.334***	0.723***	0.645***	0.530***
K22 summa Pearson r	0.694***	0.192**	0.653***	0.680***	0.578***

*** $p < 0,001$

Ammatillinen valtaistuminen

Kyselyyn vastanneet arvioivat olevansa toiminnassaan hyvin valtaistuneita (Taulukko 4 ja liite 5). Parhaimmaksi omassa toiminnassaan he arvioivat moraalisten periaatteiden kategorian (*kohtelee toista kunnioittavasti, toimii rebellisesti ja oikeudenmukaisesti*) ja heikoimmaksi sosiaalisuuden (*puhuu avoimesti, toimii yhteisen päämäärän hyväksi, vaikuttaa työyhteisön ilmapiiriin, ratkoo ongelmia*) ja tulevaisuuteen suuntautumisen kategoriat (*löytää uusia ratkaisuja, tuo uusia ideoita työhön, toimii suunnitelmallisesti*) toteutumisen.

TAULUKKO 4. Valtaistuneen ammatilaisen toiminta (PEN, Kuokkanen 2003).

Valtaistunut toiminta PEN*	n	ka	s	Min	Max	Md
Yhteissumma	346	4.06	0.46	2.95	5	4.05
Moraaliset periaatteet	346	4.42	0.48	3.00	5	4.42
Persoonan vahvuus	346	4.15	0.54	2.50	5	4.25
Asiantuntijuus	346	4.19	0.53	2.20	5	4.17
Tulevaisuusorientoituneisuus	346	3.86	0.70	2.00	5	4.00
Sosiaalisuus	346	3.53	0.87	1.00	5	3.33

*asteikko 1 ei vastaa lainkaan – 5 vastaa täysin

Vastaajan iällä oli yhteys valtaistuneeseen toimintaan. Mitä vanhempi vastaaja, sitä valtaistuneemmaksi oman toimintansa koki (kokonaissumma $r = 0.117$, $p = 0.033$). Terveystenhuollon ja syöpäpotilaan hoidon työkokemuksilla oli niin ikään yhteys kokemukseen ($r = 0.166$, $p = 0.002$ ja $r = 0.189$, $p < 0.001$). Vastaajista miehet kokivat toimivansa naisia valtaistuneemmin (ka. 4.24 vs. 4.03, $p = 0.003$, Mann-Whitney U-testi). Lääkärit kokivat toimivansa valtaistuneemmin verrattuna hoitotyön työntekijöihin (ka. 4.35 vs. 4.02, $p < 0.001$, Mann-Whitney U-testi). Esimiehenä toimivat kokivat toimivansa tilastollisesti merkitsevästi valtaistuneemmin (ka. 4.30 vs. 4.01, $p < 0.001$, Mann-Whitney U-testi). Moniammatilliseen tiimiin kuuluvat kokivat toimivansa valtaistuneemmin kuin tiimeihin kuulumattomat (ka. 4.25 vs. 4.00, $p < 0.001$, Mann-Whitney U-testi).

Moniammatillisella toiminnalla oli erittäin merkitsevä yhteys ammattilaisten valtaistuneeseen toimintaan (MONAMI-mittarin yhteissumman korrelaatio PEN yhteissumman kanssa $r = 0.407$, $p < 0.001$). Mitä paremmin koki moniammatillisen toiminnan toteutuvan, sitä valtaistuneemmaksi koki oman toimintansa.

Tutkimukseen osallistuneet kokivat, että heidän työympäristössään on melko paljon (ka. 3.93, s 0.65) valtaistumista edistäviä tekijöitä (Taulukko 5). Valtaistumista edistävästä tekijöistä vähiten arvioitiin olevan tulevaisuuteen suuntautumisen tekijöitä, joita ovat tiedonkulku, työsuhteiden jatkuvuus ja osallistuminen yksikön toiminnan kehittämiseen (ka. 3.56, s 0.91).

TAULUKKO 5. Ammatillista valtaistumista edistävät tekijät (WEP, Kuokkanen 2003).

Valtaistumista edistävät tekijät WEP*	n	ka	s	Min	Max	Md
Yhteissumma	346	3.93	0.65	1.3	5	4.00
Moraaliset periaatteet	345	3.98	0.75	1.0	5	4.00
Persoonan vahvuus	345	4.07	0.75	1.0	5	4.00
Asiantuntijuus	346	4.06	0.67	1.6	5	4.20
Tulevaisuusorientoituneisuus	346	3.56	0.91	1.0	5	3.50
Sosiaalisuus	346	4.04	0.78	1.3	5	4.33

*asteikko 1 täysin eri mieltä – 5 täysin samaa mieltä

Vastaajista miehet arvioivat työympäristössä olevan enemmän valtaistumista edistäviä tekijöitä kuin naiset (ka. 4.27 vs. 3.88, $p < 0.001$, Mann-Whitneyn U-testi). Lääkärit kokivat valtaistumista edistävien tekijöiden toteutuvan paremmin verrattuna hoitotyön tekijöihin (ka. 4.15 vs. 3.90, $p = 0.007$, Mann-Whitneyn U-testi). Esimiehenä toimivat arvioivat työympäristössä olevan enemmän valtaistumista edistäviä tekijöitä (ka 4.27 vs. 3.86, $p < 0.001$, Mann-Whitneyn U-testi) kuin muut.

Moniammatillista yhteistyötä edistävästä koulutuksesta kuluneella ajalla oli yhteys vastaajien arviointiin työympäristön valtaistumista edistävästä tekijöistä. Mitä vähemmän aikaa koulutuksesta oli kulunut, sitä enemmän valtaistumista edistäviä tekijöitä koettiin työympäristössä olevan (Spearman $r_s = -0.143$, $p = 0.021$).

Moniammatillisella toiminnalla oli erittäin merkitsevä yhteys myös vastaajien arviointiin valtaistumista edistävästä tekijöistä työympäristössä (MONAMI-mittarin yhteissumman korrelaatio WEP-yhteissumman kanssa $r = 0.653$, $p < 0.001$). Mitä paremmin koki moniammatillisen toiminnan toteutuvan, sitä enemmän arvioi työympäristössä olevan valtaistumista edistäviä tekijöitä. Valtaistuneella ammattilaisen toiminnalla (PEN) ja valtaistumista edistävien tekijöiden toteutumisella (WEP) oli myös keskenään kohtalainen yhteys ($r = 0.498$, $p < 0.001$).

4.2.2 Työpajatyöskentelyn jälkeen

Toiseen kyselyyn vastasi 175 syöpäpotilaiden hoidossa työskentelevää terveydenhuollon ammattilaista (Taulukko 6), jotka olivat keski-ikältään 43.5-vuotiaita (s 11.3, vaihteluväli 23–65) ja olivat työskennelleet terveydenhuollossa keskimäärin 17.6 vuotta (s 11.0, vaihteluväli 0,5–43) ja syöpäpotilaiden hoidossa 13.9 vuotta (s 10.0, vaihteluväli 0–39).

Moniammatillisen toiminnan toteutuminen

Moniammatillisen yhteistyön arvioitiin kokonaisuudessaan asteikolla 1–4 (täysin eri mieltä – täysin samaa mieltä) toteutuvan melko hyvin (ka. 2.94, s 0.36, taulukko 7). Moniammatillisen yhteistyön toteuttaminen (ka. 3.47, s 0.66) ja moniammatillisen toiminnan arvostus (ka. 3.48, s 0.33) toteutuivat parhaiten. Heikoimmin koettiin toteutuvan moniammatillisen toiminnan tuki ja johtaminen (ka. 2.60, s 0.58).

Moniammatillisen yhteistyön toteuttamisen alueella yhteistyö eri ammattiryhmien kanssa oli säännöllistä (ka. 3.70, s 0.73), sitä osattiin tehdä (ka. 3.62, s 0.72) ja moniammatillisessa ryhmässä osattiin toimia joustavasti (ka. 3.60, s 0.71). Moniammatillisen toiminnan toteutuminen alueella jokaisen työ koettiin tärkeäksi tavoitteen saavuttamiseksi (ka. 3.72, s 0.50). Kaikkien ammattiryhmien velvollisuutena oli omien tietojen ajantasaisuus (ka. 3.67, s 0.51). Vastaajat kokivat, että selkeät kriteerit moniammatillisen toiminnan arvioinnille (ka. 2.33, s 0.75) ja toiminnan systemaattinen ja jatkuva arviointi (ka. 2.27, s 0.76) toteutuvat heikoimmin.

Moniammatillisen toiminnan koettiin tuottavan potilaalle parhaan mahdollisen hoitotuloksen (ka. 3.93 s 3.86) ja toiminta koettiin tärkeäksi oman ammattikunnan parhaan mahdollisen hoidon toteuttamiseksi (ka. 3.86, s 0.38). Moniammatillisen toiminnan koettiin edistävän työhyvinvointia (ka. 3.34, s 0.62), vaikka se koettiin aikaa vieväksi (ka. 2.57, s 0.81).

Moniammatillisen toiminnan tuki

Toimintayksikön strategia tunnettiin (ka. 3.11, s 0.75) ja sen koettiin tukevan moniammatillista toimintatapaa (ka. 3.09, s 0.63). Toimintayksikkötasoiset tavoitteet moniammatilliselle yhteistyölle oli määritelty (ka. 2.70, s 0.70). Vastaajien mukaan heikommin toteutui strateginen tuki hierarkkisen organisaatiokulttuurin vähentämiselle

Toimintayksikön toiminnassa moniammatillisen toiminnan kehittäminen koettiin keskeiseksi tavoitteeksi (ka. 2.90, s 0.73) ja sitä tuettiin (ka. 2.75, s 0.71). Toimintayksikköjen väliset tietojärjestelmät tukivat moniammatillista yhteistyötä jossain määrin (ka. 2.74, s 0.75). Resurssien osoittaminen moniammatillisen toiminnan kehittämiseen oli rajallista (ka. 2.51, s 0.76).

Moniammatillinen toiminta edisti hyvää työilmapiiriä (ka. 3.28, s 0.63) ja esimiehet tukivat osallistumista moniammatillisiin koulutustilaisuuksiin (ka. 2.95, s 0.81). Tunnustuksen antaminen moniammatillisesta toiminnasta (ka. 2.44, s 0.77) ja esimiehen osoittamat resurssit moniammatillisen toiminnan kehittämiseen (ka. 2.44, s 0.82) toteutuivat kohtalaisesti. Moniammatillisesta toiminnasta palkitseminen koettiin toteutuvan heikosti (ka. 2.18, s 0.82).

TAULUKKO 6. Kyselyihin vastanneiden taustatiedot (n=525).

	Ensimmäinen kysely (2018)			Toinen kysely (2019)		
	n	f	%	n	f	%
Sukupuoli	<i>n=345</i>			<i>n=174</i>		
Mies		51	15		36	21
Nainen		294	85		138	79
Syöpäpotilaiden hoi- toon osallistumisen yleisyys	<i>n=347</i>			<i>n=175</i>		
Päivittäin		221	64		134	77
Viikoittain		76	22		29	17
Kuukausittain		33	10		9	5
Harvemmin kuin kuukausittain		17	5		3	2
Peruskoulutus	<i>n=345</i>			<i>n=175</i>		
Sairaanhoitaja/ terveydenhoitaja		231	67		91	52
Lääkäri		39	11		34	20
Röntgenhoitaja		23	7		16	9
Lähi-, perus- tai apuhoitaja		21	6		15	9
Kätilö		7	2		5	3
Ravitsemusterapeutti		6	2		0	0
Fysioterapeutti		3	1		4	3
Fyysikko		2	1		1	1
Kuntoutusohjaaja		3	1		1	1
Puheterapeutti		0	0		2	1
Sairaalapastori		1	0		1	1
Sosiaalityöntekijä		3	1		2	1
Hammaslääkäri		2	1		2	1
Merkonomi		1	0		1	1

	Ensimmäinen kysely (2018)			Toinen kysely (2019)		
	n	f	%	n	f	%
Lääkintävahtimestari		1	0		0	0
Suuhygienisti		1	0		0	0
Toimintaterapeutti		1	0		0	0
Ammattinimike	<i>n=345</i>			<i>n=175</i>		
Apulaisosastonhoitaja		14	4		5	3
Erikoislääkäri		23	7		16	9
Erikoistuva lääkäri		1	0		3	2
Fysioterapeutti		3	1		3	2
Fyysikko		2	1		1	1
Kuntoutusohjaaja		4	1		3	2
Lähi- tai perushoitaja		20	6		13	7
Osastonhoitaja		20	6		5	3
Osastonlääkäri		1	0		4	2
Osastonsihteeri		2	1		1	1
Puheterapeutti		0	0		2	1
Ravitsemusterapeutti		7	2		0	0
Röntgenhoitaja		21	6		16	9
Sairaalapastori		2	1		0	0
Sairaanhoitaja		189	55		81	46
Sosiaalityöntekijä		3	1		2	1
Toimintaterapeutti		1	0		0	0
Ylihoitaja		2	1		0	0
Ylilääkäri tai apulais- ylilääkäri		14	4		12	7
Tutkimuskoordinaattori tai -hoitaja		4	1		2	1
Erikoishammaslääkäri		2	1		1	1

	Ensimmäinen kysely (2018)			Toinen kysely (2019)		
	n	f	%	n	f	%
Kätilö		8	2		5	3
Lääkintävahtimestari		1	0		0	0
Tiiminvetäjä		1	0		0	0
Lisäpätevyudet	n=350			n=175		
Kyllä		115	33		55	31
Ei		235	67		120	69
Esimiestehtävissä	n=341			n=172		
Kyllä		58	17		25	15
Ei		283	83		147	86
Työskentelyn pääsääntöinen sairaanhoitopiiri	n=340			n=170		
Satakunnan sairaan- hoitopiiri		49	14		13	8
Vaasan sairaan- hoitopiiri		73	22		34	20
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri		218	64		123	72
Työskentelyala	n=335			n=173		
Kirurgia		94	28		34	
Syöpätaudit		84	25		64	
Hematologia		27	8			
Korva-, nenä- ja kurkkusairaudet		25	7		11	
Urologia		23	7		10	
Naistentaudit		23	7		11	
Sädehoito		20	6			
Diagnostiset palvelut		16	5		10	
Neurologia		11	3		5	

	Ensimmäinen kysely (2018)			Toinen kysely (2019)		
	n	f	%	n	f	%
Ihotaudit		3	1			
Sisätaudit		3	1			
Mukana nimetyssä moniammatillisessa tiimissä	<i>n=331</i>			<i>n=166</i>		
Kyllä		76	23		50	30
Ei		255	77		116	70
Osallistuminen moniammatillista toimintaa edistävään koulutukseen	<i>n=264</i>			<i>n=142</i>		
Edeltävän vuoden aikana		132	50		83	59
Edeltävän 2–3 vuoden aikana		69	26		28	20
Edeltävän 5 vuoden aikana		23	9		11	8
Yli 5 vuotta sitten		40	15		20	14

TAULUKKO 7. Moniammatillisen yhteistyön arviointi kahtena kyselyajankohtana.

	Ensimmäinen kysely (2018)*						Toinen kysely (2019)*					
Summa- muuttuja	n	ka	s	Min	Max	Md	n	ka	s	Min	Max	Md
Moniammatillisen yhteistyön toteuttaminen	347	3.52	0.49	1	4	3.67	175	3.47	0.66	1.00	4.00	3.67
Johtaminen	343	2.90	0.62	1	4	3.00	172	2.81	0.57	1.00	4.00	3.00
Moniammatillisen toiminnan arvostus	347	3.51	0.34	1.08	4	3.58	175	3.48	0.33	2.50	4.00	3.50
Moniammatillisen toiminnan toteutuminen	346	2.99	0.45	1	4	3.00	175	3.00	0.40	2.08	4.00	3.00
Moniammatillisen toiminnan tuki ja johtaminen	347	2.61	0.59	1	4	2.58	175	2.60	0.58	1.42	4.00	2.58
Toimintayksikön toiminta	345	2.60	0.65	1	4	2.75	170	2.72	0.60	1.25	4.00	2.75
MONAMI-johtajuussumma	347	2.63	0.56	1	4	2.64	175	2.66	0.53	1.50	3.95	2.58
MONAMI-yhteissumma	347	2.99	0.39	1.5	3.96	2.98	175	2.94	0.36	2.12	3.83	2.94

*Huom., kaksi eri ryhmää, vain osin samat vastaajat (N=84).

Sukupuolten välillä oli eroja moniammatillisen yhteistyön toteutumisen arvioimisessa. Miehet kokivat moniammatillisen toiminnan, moniammatillisen yhteistyön arvostuksen, tuen ja johtamisen toteutuvan naisia paremmin (MONAMI-yhteissumman ka. 3.08 vs. 2.90, $p = 0.012$, Mann-Whitney U-testi). Esimiesasemalla oli yhteys moniammatillisen toiminnan tuen ja johtamisen arvioihin. Esimiesasemassa toimivat kokivat moniammatilliseen toiminnan olevan tuetumpaa ja johdetumpaa muihin verrattuna (ka. 2.83 vs. 2.55, $p = 0.018$, Mann-Whitney U-testi).

Myös syöpäpotilaan hoitoon osallistumisen aktiivisuudella oli yhteys mielipiteisiin moniammatillisen toiminnan tuesta ja johtamisesta. Mitä harvemmin osallistui syöpäpotilaan hoitoon, sitä tuetummaksi ja johdetummaksi koki moniammatillisen toiminnan (Spearman $r = 0.207$, $p = 0.006$).

Ammatillinen valtaistuminen

Toisessa kyselyssä tulokset olivat samansuuntaiset (Taulukko 8 ja Liite 5). Kyselyyn vastanneet arvioivat kokonaisuutena olevansa toiminnassaan hyvin valtaistuneita (ka. 4.08, s 0.47). Parhaimmaksi toiminnassaan he arvioivat moraalisten periaatteiden kategorian (ka. 4.40 s 0.46) ja vähiten sosiaalisuuteen (ka 3.56, sd 0.92) ja tulevaisuuteen suuntautumisen kategoriat (ka. 3.88, s 0.73).

TAULUKKO 8. Valtaistuneen ammattilaisen toiminta (PEN, Kuokkanen 2003).

Valtaistunut toiminta PEN*	n	ka	s	Min	Max	Md
Yhteissumma	174	4.08	0.47	2.95	5.00	4.11
Moraaliset periaatteet	174	4.40	0.46	2.67	5.00	4.67
Persoonan vahvuus	173	4.16	0.50	2.75	5.00	4.25
Asiantuntijuus	173	4.23	0.49	2.67	5.00	4.17
Tulevaisuus- orientoituneisuus	174	3.88	0.73	1.67	5.00	4.00
Sosiaalisuus	174	3.56	0.92	1.67	5.00	3.50

**Asteikko: 1 ei vastaa lainkaan – 5 vastaa täysin*

Toisessakin kyselyssä vastaajan iällä oli yhteys valtaistuneen toiminnan sosiaalisuuden toteutumisen mielipiteiden osalta ($r = 0.197$, $p = 0.012$). Samoin sekä työkokemuksella terveysalalta että työkokemuksella syöpähoidosta oli positiivinen yhteys valtaistuneen toiminnan toteutumiseen ($r = 0.218$, $p = 0.004$ ja $r = 0.214$, $p = 0.006$). Miehet kokivat asiantuntijuuteen liittyvää valtaistunutta toimintaa naisia enemmän (ka. 4.37 vs. 4.20, $p = 0.041$, Mann-Whitneyn U-testi).

Esimiesasemassa toimivat kokivat toimivansa valtaistuneemmin kuin muut (PEN-yhteissumma ka. 4.39 vs. 4.02, $p < 0.001$, Mann-Whitneyn U-testi).

Peruskoulutuksella oli yhteys valtaistuneeseen toimintaan, kun verrattiin kahta suurinta peruskoulutuksen ryhmää (lääkärit vs. sairaanhoitajat/terveydenhoitajat/kätilöt). Lääkärit kokivat toimivansa valtaistuneemmin verrattuna hoitajiin (PEN-yhteissumma ka. 4.25 vs. 4.04, $p = 0.032$, Mann-Whitneyn U-testi). Myös vastaajan lisäpätevyyksillä oli yhteys valtaistuneemman toiminnan positiivisempaan kokemukseen (PEN yhteissumman ka. 4.20 vs. 4.03, $p = 0.035$, Mann-Whitneyn U-testi).

Moniammatilliseen tiimiin kuuluvat kokivat sosiaalisuuteen liittyvää valtaistunutta toimintaa enemmän kuin tiimeihin kuulumattomat (ka. 3.93 vs. 3.43, $p = 0.001$, Mann-Whitneyn U-testi).

Moniammatillisella toiminnalla oli positiivinen yhteys valtaistuneeseen toimintaan (MONAMI- yhteissumman korrelaatio PEN-yhteissumman kanssa $r = 0.450$, $p < 0.001$). Mitä paremmin koki moniammatillisen toiminnan toteutuvan, sitä valtaistuneemmaksi koki toimintansa.

Toisessakin kyselyssä tutkimukseen osallistuneet arvioivat työympäristössään olevan melko paljon (ka. 3.98, s 0.61) valtaistumista edistäviä tekijöitä (Taulukko 9). Valtaistumista edistävästä tekijöistä vähiten arvioitiin olevan tulevaisuuteen suuntautumisen tekijöitä (ka. 3.67, s 0.86).

TAULUKKO 9. Ammatillista valtaistumista edistävät tekijät työympäristössä (WEP, Kuokkanen 2003).

Valtaistumista edistävät tekijät WEP*	n	ka	s	Min	Max	Md
Yhteissumma	174	3.98	0.61	2.06	5.00	4.06
Moraaliset periaatteet	174	4.00	0.70	1.00	5.00	4.00
Persoonan vahvuus	174	4.13	0.74	1.67	5.00	4.33
Asiantuntijuus	174	4.09	0.64	2.40	5.00	4.20
Tulevaisuus- orientoituneisuus	174	3.67	0.86	1.25	5.00	3.75
Sosiaalisuus	174	4.05	0.72	1.67	5.00	4.00

*Asteikko: 1 täysin eri mieltä – 5 täysin samaa mieltä

Vastaajan iällä ja työkokemuksella terveysalalta ja syöpäpotilaan hoidosta oli yhteys mielipiteisiin valtaistumista tukevan toiminnan persoonaan liittyvässä osiossa. Mitä vanhempi vastaaja ja mitä pidempi kokemus, sitä enemmän koki persoonaan liittyvän toimintansa olevan valtaistunutta (iän korrelaatio Spearman $r_s = 0.180$, $p = 0.022$, työkokemus terveysalalta $r_s = 0.243$, $p = 0.001$ ja työkokemus syöpähoidosta $r_s = 0.183$, $p = 0.018$).

Sukupuolella ja esimiesasemalla oli yhteys työympäristön valtaistumista edistävien tekijöiden arviointiin. Miehet ja esimiesasemassa olevat kokivat valtaistumista edistäviä tekijöitä olevan työympäristössään naisia tai muita enemmän (WEP-yhteissumma ka. miehet 4.26 vs. naiset 3.91, $p = 0.002$ ja ka. esimiehet 4.45 vs. muut 3.89, $p < 0.001$, Mann-Whitneyn U-testi). Lääkärit kokevat valtaistumista edistäviä tekijöitä olevan enemmän verrattuna hoitajiin (WEP-yhteissumma ka. 4.22 vs. 3.91, $p = 0.003$, Mann-Whitneyn U-testi).

Syöpäpotilaan hoitoon osallistumisen aktiivisuudella oli heikko yhteys persoonaan ja tulevaisuuteen orientoituneisuuden osa-alueisiin. Mitä harvemmin osallistui syöpäpotilaan hoitoon, sitä enemmän arvioi olevan persoonaan (Spearman $r = 0.172$, $p = 0.023$) ja tulevaisuuteen orientoituneisuuteen ($r = 0.185$, $p = 0.014$) liittyviä valtaistumista edistäviä tekijöitä.

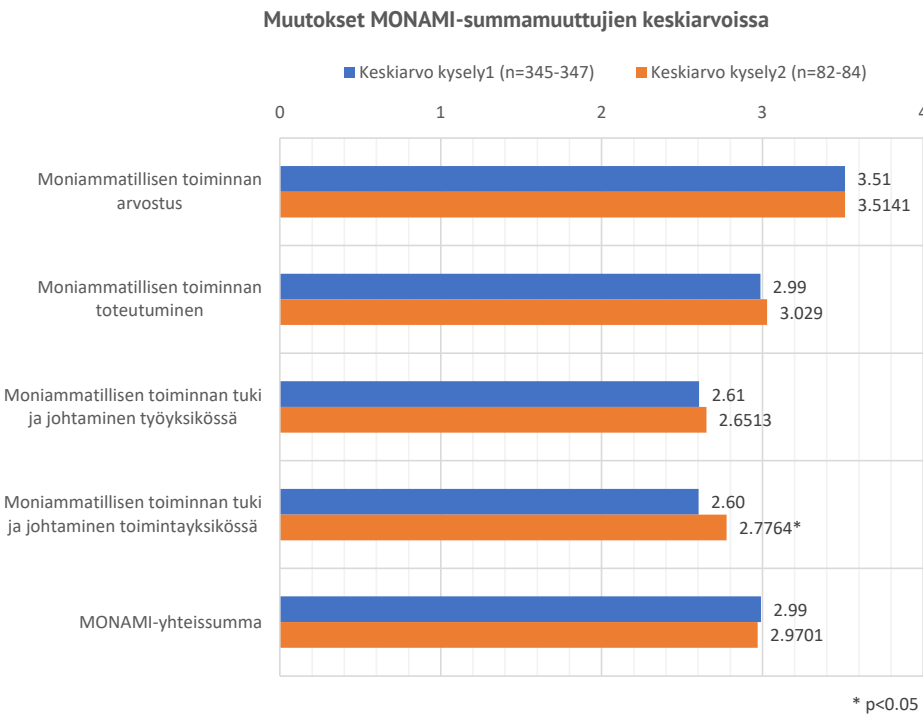
Moniammatillista yhteistyötä edistävään koulutukseen osallistumisella oli heikko yhteys mielipiteisiin valtaistumista edistävästä tekijöistä moraaliin ja persoonaan liittyvissä osa-alueissa. Mitä kauemman aikaa koulutuksesta oli kulunut, sitä enemmän vastaaja arvioi olevan moraaliin (Spearman $r = 0.211$, $p = 0.012$) tai persoonaan ($r = 0.177$, $p = 0.036$) liittyviä tekijöitä. Moniammatilliseen tiimiin kuulumisella oli yhteys persoonaan liittyvässä osa-alueessa. Moniammatilliseen tiimiin kuuluvat arvioivat työympäristössään olevan enemmän persoonaan liittyviä valtaistumista edistäviä tekijöitä (ka. 4.31 vs. 4.03, $p = 0.019$, Mann-Whitneyn U-testi).

Moniammatillisella toiminnalla oli yhteys vastaajien arviointeihin valtaistumista edistävästä tekijöistä (MONAMI-yhteissumma korrelaatio WEP-yhteissumma $r = 0.654$, $p < 0.001$). Mitä paremmin koki moniammatillisen toiminnan toteutuvan, sitä enemmän koki työympäristössä olevan valtaistumista edistäviä tekijöitä.

Valtaistuneella toiminnalla (PEN) ja valtaistumista edistävien tekijöiden toteutumisella (WEP) oli keskenään positiivinen yhteys ($r = 0.591$, $p < 0.001$). Valtaistuneen toiminnan ja valtaistumista edistävien tekijöiden toteutumisen välisen yhteyden voimakkuus oli lisääntynyt ensimmäiseen kyselyyn verrattuna.

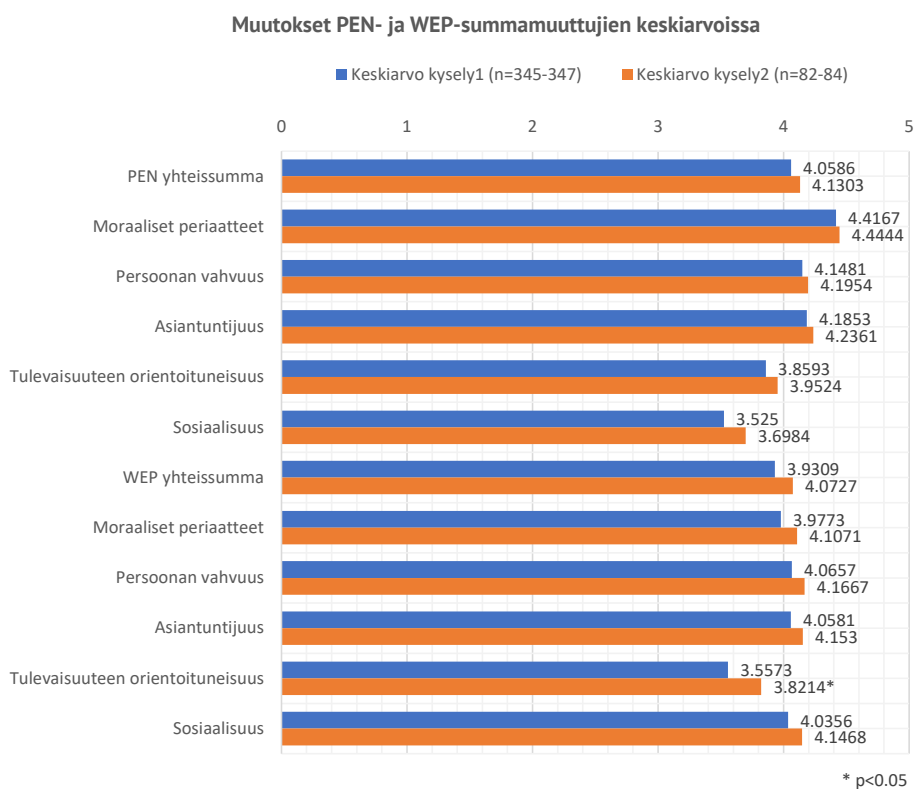
4.3 Moniammatillisen yhteistyön ja ammatillinen valtaistumisen arviointien ero kahtena kyselyajankohtana

Toiseen kyselyyn vastanneista ($n=175$) 84 oli vastannut myös ensimmäisellä kerralla. Tämä mahdollisti kahden aineiston vertailun, vaikkakaan mahdollista muutosta yksittäisten vastaajien osalta ei ollut mahdollista analysoida. Kahden kohortin erojen tarkastelussa muodostettiin sairaanhoitopiirikohtaiset klusterit. Moniammatillisen toiminnan summien osalta muutokset olivat pääsääntöisesti pieniä. Analyyseissä tilastollisesti merkitsevä muutos (Kuvio 5) tunnistettiin kahden kyselyn välillä Toimintayksikön ja johdon tukea moniammatilliselle yhteistyölle (MONAMI) kuvaavassa summamuuttujassa ($p=0.028$).



KUVIO 5. Kahden kyselyn tulosten vertailu, moniammatillinen yhteistyö.

Valtaistuneen toiminnan ja valtaistumista edistävien tekijöiden arviot olivat nousseet kaikissa osa-alueissa kyselystä 1 kyselyyn 2. Muutokset olivat pääsääntöisesti pieniä, mutta tilastollisesti merkitsevä muutos saatiin myös ammatillisesta valtaistumista edistävien tekijöiden arvioinnissa (WEP) tulevaisuusorientaatiota kuvaavassa summassa ($p=0.011$). Melkein tilastollisesti merkitseviä eroja tuli ammatillisen valtaistumisen PEN-Sosiaalisuussummassa ($p=0.061$) ja ammatillisesta valtaistumista edistävien tekijöiden osalta WEP-yhteissummassa ($p=0.055$). Muita tilastollisia eroja ei kahden mittauskerran välillä ollut (Kuvio 6).



KUVIO 6. Kahden kyselyn tulosten vertailu, ammatillinen valtaistuminen.

4.4 Työpajatyöskentely

4.4.1 Työn tuunaamisen pajat (T-pajat) ponnahtuslautana työntekijöiden paikallisiin kokeiluihin ja voimaantumiseen

T-pajaprosessissa syntyi 15 kokeiluideaa, joissa osallistujat hyödynsivät eri tavoin Hakasen (2011) mainitsemia mahdollisuuksia työn tuunaamiseen (prosessi kuvattu liitteessä 3). Seuraavassa kuvataan seitsemän työn tuunaamiskokeilua, joiden matkaa voitiin seurata kehittävän arvioinnin vaiheeseen asti.

**”Rohkeutta kokeiluun, sitten on uusi käytäntö syntynyt!”
– työn organisointiin vaikuttavan muutoksen aktiivinen ja myönteinen edistäminen**

Ensimmäisen T-pajan aikaan organisaatiossa oli käynnistymässä muutos, jossa potilaat siirtyvät hoidon toteutukseen uuteen yksikköön hoitovastuun säilyessä aiemmissa yksiköissä. Muutos loi tarpeen yhteistyössä suunnitella uusia työprosesseja mahdollisimman sujuviksi ja toisaalta käsitellä muutoksen herättämiä ajatuksia ja pohtia omaa asennoitumista muutokseen.

Työn tuunaamiskokeilun toteuttivat työparina lääkäri ja sairaanhoitaja eri yksiköistä. Kokeilulla tavoiteltiin toisaalta avointa asennetta uuteen yhteistyöhön ja toisaalta muutoksen edellyttämien käytännön asioiden edistämistä. Muutoksen valmisteluvaiheessa kokeilun sisältönä oli mennä mukaan yhteisiin palavereihin ja tilaisuuksiin: saamaan tietoa ja tukea, tutustumaan, kuulemaan muiden näkökulma ja tuomaan oman yksikön näkökulmaa keskusteluun.

Ensimmäisen T-pajan jälkeen kokeilun tavoite täsmentyi vielä tavoiteltavien käytännön asioiden osalta: hoitajan ja lääkärin työnjaon ja roolien täsmentäminen sekä tarvittavien ohjeiden tekeminen. Muutoksen käynnistyttyä potilasohjaus tulisi saada toimimaan ja ohjeita päästä testaamaan.

Toiseen T-pajaan mennessä muutoksen mukainen toiminta oli jo käynnissä, ja kokeilijat tunsivat omaksi asenteekseen ”kiva kun on muutosta” ja ”tämä muutos tulee, ei pidetä kiinni vanhasta”, vaikka muutoksen tuoma lisätyö muun työn ohella oli vielä ensimmäisen pajan aikaan mietityttänyt ja tilanne vaikuttanut selkiintymättömältä. Uuden tietojärjestelmän käyttöönotto oli sujunut hyvin, verkostoitumista ja tutustumista oli ollut, kirjaamista oli yhtenäistetty, uusiin asioihin perehtymiseen oli myös saatu työaika. Oli syntynyt luottamus siihen, että kaikki ajattelevat asioita potilaiden hyväksi.

Toisessa kehittävän arvioinnin pajassa kokeilijat kertoivat myös onnistuneesta työn organisoinnin ongelman ratkaisusta. Potilaita oli kasautunut yhdelle päivälle ja puhelin sointi jatkuvasti. Tilanne saatiin rauhoittumaan uusilla työjärjestelyillä.

Alusta alkaen asenteena oli rohkea kokeileminen, ja tämän myös arvioitiin jälkikäteen olleen tärkeitä uusien käytäntöjen saamiseksi osaksi arkea. Kaiken kaikkiaan toteutettujen muutosten on koettu rauhoittaneen työilmapiiriä ja lisänneen työn tehokkuutta. Työn ilo ja motivaatio ovat parantuneet.

**”Yhdessä tekemisen iloa täytyy pitää yllä!”
– kahden yksikön välisen me-hengen ja yhteistyön
edistäminen sekä työnjaon ja vastuiden kirkastaminen
yhteisten potilaiden hoidon parantamiseksi**

Kahdella yksiköllä oli yhteiset potilaat, mutta yksiköiden välille kaivattiin parempaa me-henkeä ja yhteistyötä; asennetta, että potilaita hoidetaan yhteisenä tiiminä ja että työ on yhteinen. Lisäksi kaivattiin yhteistä keskustelua ja selkeyttä vastuunjakoon ja potilaan hoitamisen rajapintoihin. Kahden sairaanhoitajan työpari valitsi kokeilun aiheeksi pyrkimyksen edistää näitä asioita esittämällä niiden käsittelyä yksiköiden yhteisessä kehittämispäivässä. Kehittämispäivä pidettiin ja sen jälkeen kokeilijat täsmensivät työn tuunaamisen suunnitelman koskevan myös sitä, että yksikössä kehitettävät asiat eivät jäisi kesken, vaan vietäisiin loppuun asti.

Toisessa T-pajassa kokeilijat kertoivat saaneensa yksiköiden työntekijöiltä paljon hyviä ideoita siitä, mitä kehittämispäivässä olisi hyvä käsitellä. Näiden ideoiden käsittelyä he odottivat, mutta kehittämispäivä oli täynnä muuta ohjelmaa, ja teema jäi käsittelemättä. Heillä ei ollut tietoa siitä, olivatko osastonhoitajat keskustelleet asiasta. Kokeilijoista tuntui ikävältä, että työntekijöiden ajatuksia ei käsitelty.

Yksiköiden välillä oli myös yhteistä toimintaa, kuten onnistuneet pikkujoulut. Kokeilijat suunnittelivat, että he voisivat pyrkiä löytämään yhteisen, molempien yksiköiden työntekijöille suunnatun koulutuksen.

Sparrauskeskustelun tuloksena kokeilijat päätyivät siihen, että teeman suhteen ei luovuteta. Johdon tuki koettiin tärkeäksi, ja he päättivät kertoa esimiehille kokeiluun liittyvistä toiveista. Samalla he totesivat, että myös itse voi tukea yhteistä tekemistä ja keskustelua, olla positiivinen – se on kaikkien asia. Näitä asioita kokeilijat olivat pohtineet myös aiemmin kehittämispäivän jälkeen.

Toisessa arviointipajassa kokeilijat kertoivat toteutetusta uudesta yhteisestä kehittämispäivästä, jossa oli syntynyt kokeilun tavoitteen suuntaisia ehdotuksia, kuten potilaan muuttuneesta tilanteesta informointi puolin ja toisin yksiköiden välillä sekä keskustelu yhteisten potilaiden voinnista. Oli ideoitu avoimet ovet -iltapäiviä tavoitteena toisten työn ymmärtäminen. Oli toteutettu yhteinen laitekoulutus, ja oli sovittu toinenkin yhteinen koulutus.

Kokeilijat kertoivat, että kehittämisiltapäivässä saatiin asioita eteenpäin, mutta kärsivällisyyttä tarvitaan ja yhteen hiileen puhaltamista täytyisi saada jatkossakin eteenpäin.

Yksiköiden välisen yhteistyön paranemisen koettiin olleen tärkeätä potilaiden kannalta: hoitajilla on enemmän tietoa yhteisten koulutusten kautta ja hoitajien hyvinvointi heijastuu myös työn laatuun. Työntekijät tuntevat itsensä arvokkaammaksi. Kokemus siitä, että heitä pidetään ajan tasalla ja arvostetaan, on tärkeää. Ammattitaitoiset hoitajat myös saavat hoidot sujumaan suunnitelmien mukaan ja käyttävät kalliita lääkkeitä oikein.

”Pieni asia voi saada dominoefektin aikaan, voi helpottaa jotain muuta asiaa” – työhyvinvoinnin parantaminen ratkomalla työn sujuvuuden ja keskeytymisen ongelmia

Toisen T-pajan sparrauskeskustelun tuloksena yhden yksikön haasteiksi nimettiin sairaanhoitajien työn suuri määrä, työn keskeytyminen ja puutteellinen työrauha – työnteossa oli stressiä ja sekavuuden tuntua. Kehittämistoimiakin oli jo tehty, mm. lisätty sairaanhoitajien valtuuksia itsenäiseen päätöksentekoon.

Kolmen kokeilijan ryhmä vei asiaa eteenpäin omassa yksikössään. Ensimmäiseen kehittävän arvioinnin pajaan mennessä esimiesten kanssa oli työstetty uusia ajanvarauspohjia, joihin sisällytettiin puhelinaikoja sairaanhoitajille ja käyntien pituudet määriteltiin. Toiveena oli myös selkiyttää yhteistyötä lääkärin kanssa, että tieto kulkisi sähköisesti. Uusia asioita on osittain saatu käytäntöön, ja kokeilijat kertoivat työn jatkuvan.

Kokeilua on edistetty positiivisella asenteella, mikä on auttanut asioiden edistymistä. Toisessa arviointipajassa tämä herätti keskustelua siitä, että pieni asia voi saada aikaan suuren vaikutuksen helpottamalla suurempaa asiaa. Kokeilijat kokevat työajan käytön olevan jäsentyneempää ja oman työn hallinnan olevan parempaa, työrauha lisääntyy ja syntyy kokemus, että saa hoidettua asioita loppuun. Potilaan kannalta asiat hoituvat nopeammin ja ilman unohduksia, potilaalle on enemmän aikaa ja he tavoittavat hoitajan paremmin. Työn tehokkuus on lisääntynyt ja ylitöitä ei kerry.

”Pääsin askeleen eteenpäin asiassa, joka on ollut ’junnaavana’ jo pidempään” – verkostoituminen organisaation sisällä potilasohjauksen parantamiseksi asiantuntijapalveluiden pariin

Asiantuntijatehtävässä toimiva työntekijä oli jo pidempään kokenut ongelmaksi sen, että potilasohjaus hänen tarjoamansa palvelun äärelle ei toimi. Hän valitsi työn tuunaamisen kokeilun aiheeksi verkostoitumisen, aloitteellisen muiden työntekijöiden työhön tutustumisen.

Toiseen T-pajatapaamiseen mennessä hän olikin tavannut kaksi kollegaa, vaikka yhteisen ajan sopiminen oli ollut haastavaa. Tapaamiset olivat parantaneet potilasohjausta sekä työkavereiden ja heidän työnsä tuntemista. Kokeilija kertoi saaneensa potilasyhteydenottoja, joiden hän toivoo jatkuvan.

Uutena asiana on kehitteillä myös potilaan hoitopolun tarkistuslistat. Tavoitteena on tunnistaa potilaan tarpeita, mitä asioita on hyvä käydä läpi potilaan kanssa.

Ensimmäisessä kehittävän arvioinnin pajassa kokeilija kertoi käyvänsä myös yksiköissä tapaamassa potilaita, joilla ei ole lähetettä.

Kokeilija on pitänyt tärkeänä kärsivällisyyttä sekä valmiutta muokata myös omaa asennetta ja mennä mukavuusalueen ulkopuolellekin. Yksi haaste on ollut se, että vuoden alusta työhuone ja syöpäpotilaille varatut viikonpäivät ovat muuttuneet. Puhelimit ovat apuna, ja sädehoidon kanssa on sovittu, että hän voi myös käydä noutamassa potilaan.

”Pikku hiljaa – työ jatkuu vielä” – oman työn tunnetuksi tekeminen organisaation sisällä ja pääseminen mukaan moniammatilliseen työhön

Asiantuntijatyötä tekevä työntekijä oli jo aiemmin tuunannut työtään omaehtoisesti. Hän oli kokenut työnkuvansa epäselväksi ja oli ollut aktiivinen sen selkiyttämiseksi yhdessä esimiehensä kanssa. Hän myös keskusteli kollegoidensa kanssa sekä kävi eri yksiköissä säännöllisesti ja esitteli niissä tarjoamaansa palvelua. Esimies oli rohkaissut aktiivisuuteen.

Ensimmäisen T-pajan jälkeen hän valitsi työn tuunaamisen kokeiluksi aiemmin käynnistämänsä aktiivisuuden jatkamisen, tavoitteena oman työn tunnetuksi tekeminen ja mukaan pääseminen moniammatilliseen työhön. Konkreettisena toimenä oli yhteyden ottaminen osastonhoitajiin tavoitteena päästä mukaan tiimeihin tai kokouksiin markkinoimaan omaa osaamistaan. Aikomuksena oli myös kirjata tavoitteet ja suunnitelma, jonka toteutumista seurataan potilasmäärien osalta oman yksikön tasolla. Tärkeänä asenteena oli ottaa selvää asioista, ja jo kokeilun alussa valmius jatkaa ja tehostaa yhteydenpitoa, mikäli asia ei etene.

Kokeilun etenemisen merkiksi hän määritteli sen, että yksioista soitetaan useammin, konsultaatiopyyntöjä ja lähetteitä tulee enemmän, ja lisäksi oma jaksaminen parantuu työn organisoinnin myötä, vaikka potilasmäärät olisivat lisääntyneet.

Ensimmäiseen kehittävän arvioinnin pajaan mennessä kokeilija oli käynyt yksiköissä ja puhumassa lääkäreille sekä vieraillut osastotunneilla ja tehnyt vähitellen itseään tutuksi. Hän suunnitteli työn jatkuvan. Muiden pajaosallistujien palaute oli kannustavaa: asiantuntijatehtävässä toimivan kokeilijan vierailu oli koettu hyväksi muistutukseksi hoitajille, että aikoja voi varata.

”Keskity niihin, joihin voit itse vaikuttaa – ja pienikin asia voi vaikuttaa” – positiivisuuden vahvistaminen työyhteisössä työkaverille hyvästä työstä annettavan tunnuksen ja palautteen avulla

Jo ensimmäisen T-pajan päätteeksi työntekijä ideoi kokeilun, jossa hän ilman sen kummempaa asiasta informoimista ryhtyy antamaan työkavereille aiempaa enemmän positiivista palautetta onnistumisista sekä aloittaa toisesta yksiköstä tutun käytännön kiertävästä tunnuksesta, jonka voi antaa työkaverille myönteisestä toiminnasta tai onnistumisesta. T-pajan jälkeen hän suunnitteli laajentavansa kokeilua koskemaan myös muuta vuorovaikutusta kollegoiden kanssa.

Toisessa T-pajassa kokeilija kertoi kokemuksia onnistuneesta palautekäytännöstä. Hän oli antanut työkaverille kortin, johon oli kirjoittanut palautteen sekä kiertämään tarkoitettun sydäntunnuksen. Palaute oli aito, ele sai myönteisen vastaanoton

ja synnytti positiivisia tunteita. Kokeilija kertoi palautteen antamisen herättäneen pohtimaan, miten pukea arvostus sanoiksi siten, että palautteen aitous välittyy. Kokeilija kuvasi käytäntöä pienellä tasolla vaikuttamiseksi. Hän pohti, että käytäntö voi laajentua, mutta toisaalta voi olla, että käytäntö ei vakiinnu, eikä sekään haittaa.

Ensimmäisessä kehittävän arvioinnin pajassa kokeilija kertoi käytännön jatkuneen, vaikka ei ehkä odotetun laajuisesti. Muutkin työkaverit ovat antaneet toisilleen palautetta onnistumisista ja tunnus on kiertänyt, palaute on ilahduttanut.

Kokeilun käynnistämiseksi tarvittiin mielikuvitusta. Kokeilija luonnehti projektia pieneksi, mutta arviointipajassa kokeilua pidettiin luovana. Kokeilijan ajatus projektin pienuudesta tavoitti toisen pajaan osallistuneen kokeilijan pohdinnan koskien oman asemansa pienuutta työntekijänä; lopulta kokeileminen oli kuitenkin ollut hänelle rohkaisevaa ja tehtävän ratkaisemisen yksinkertaisuus ilahduttavaa – ”siinä se suuruus piileekin!” Lisäksi arviointipajassa tuli esille, että myös toinen yksikkö suunnitteli ottavansa käyttöön kyseisen palautekäytännön. Kokeilu herätti myös idean vastaavanlaisen käytännön suuntaamisesta potilaille.

**”Potilas saa täyden huomion riippumatta ajasta, jonka hoitaja on hänen luonaan, tuntuu enemmän ajalta potilaalle”
– tietoisuustaidot keinona oman jaksamisen tukemiseen ja rauhoittumiseen kiireisessä työssä**

Ensimmäisen T-pajan jälkeen työntekijä päätti työn tuunaamisen kokeiluna selvittää, tukevatko tietoisuustaidot omaa jaksamista ja rauhoittavatko ne työskentelyä kiireisessä osastotyössä. Hänellä oli aiempaa osaamista tietoisuustaidoista ja valmiutta ottaa käyttöön harjoituksia. Tukena oli myös esimiehen kanssa käyty keskustelu työn kuormitustekijöistä ja kiinnostuksesta tietoisuustaitoja kohtaan sekä suunnitelma pitää päiväkirjaa. Konkreettisena tavoitteena oli jatkuvan kiirehtimisen väheneminen ja tietoinen työn priorisoinnin taito. Tavoitteen suuntaisen etenemisen hän arveli huomaavansa siitä, että työ tuntuu mielekkäämmältä, yhteys itseen ja potilaisiin sekä jaksaminen paranevat, ja työhön tulee uusi ulottuvuus ja mielenkiinto.

Ensimmäiseen kehittävän arvioinnin pajaan mennessä kokeilija oli kiinnittänyt huomiota kiireen sijaan rauhallisuuteen. Hän oli huomannut selvästi kokeilun myönteisiä vaikutuksia. Luottamus siihen, että huomion kiinnittäminen rauhallisuuden vaikuttaa, kasvoi matkan varrella. Vuorovaikutus potilaiden, työkavereiden ja itsen kanssa oli muuttunut, kohtaaminen oli syventynyt, tahti ja kävely muuttuneet rauhallisemmiksi. Paluu vanhaan tapahtui kuitenkin vielä helposti.

Samanaikaisesti työntekijällä oli meneillään toinenkin työn tuunaamisen projekti. Hän oli laatinut saattohoito-opasta potilaan läheisille yhteistyössä muiden Läntisen Syöpäkeskuksen työntekijöiden kanssa. Opasta on pyydetty koko alueelle, mikä tuntui hyvältä. Työpajassa annettiin myös kiitosta oppaasta.

Tietoisuustaitojen kokeilun kuvausta kiitettiin arviointipajassa hienosta itsereflektiosta sen suhteen, mitä itse voi tehdä, että kokee työnsä hyväksi. Tietoisuuden kasvattaminen parantaa omaa hyvinvointia ja potilaan vastaanottamista. Oman työssä jaksamisen parantaminen ei tarvitse olla isoja asioita. Kokeilun arvioitiin osuneen hyvin T-pajojen oman työn tarkastelun tavoitteeseen.

Myös toisessa kehittävän arvioinnin pajassa kokeilun kuvauksen mainittiin tuovan esille olennaista Läntisen Syöpäkeskuksen työstä: jos ammattilaisella on kiire, sekä vuorovaikutus että tehtävien hoitaminen kärsivät, eikä potilas tule kuulluksi. Ajan ottaminen voi olla myös mentaalinen asia, joka heijastuu positiivisesti potilaaseenkin. Tärkeä kysymys on, miten tämä ylläpidetään, kun ajassamme kiire on arvostuksen mitta ja työtä on paljon.

Kokeilun tuloksena potilas saa läsnäoloa ja turvallisuutta, mikä on tärkeätä yhä sairaille potilaille. Työyhteisön näkökulmasta kokeilija pystyy paremmin havaitsemaan ja ottamaan puheeksi esiin tuomisen arvoisia ongelmia. Työn hallinta ja priorisointitaito ovat parantuneet. Myös luottamus muutokseen on kasvanut: pienikin asia voi vaikuttaa suuresti, voi kokeilla kevyemminkin.

Työn tuunaamisen haasteet ja eväitä onnistumiselle

T-pajatyöskentelyn aikana tunnistettiin useita haasteita, mutta toisaalta myös asioita, jotka tukevat työn tuunaamisessa onnistumista (Taulukko 10).

TAULUKKO 10. Työn tuunaamista haastavia ja edistäviä asioita.

Työn tuunaamisen haasteita	Eväitä työn onnistuneeseen tuunaamiseen
• Oman työpanoksen irrottaminen työn tuunaamiseen. • Tuunaamisajatukset jäivät kiireen jalkoihin. • Lääkäreiden ja hoitajien yhteisiä kokouksia ei saatu toimimaan, koska työaika ei riittä. • Ajatuksena oli myös, että hoitaja olisi mukana vastaanotolla, mutta siihenkään ei aika riittä. • Kiireessä luovuus häviää. • Haastavaa on ollut ajan puute, yhteisen ajan ja motivaation löytäminen. • Yhteiselle asioiden käsittelylle ei varata aikaa, mikäli esimiehet eivät ole sitoutuneet asiaan. • Kahden organisaation välissä oleminen hallinnollisesti. • On yllättävän vaikeaa keksiä työn tuunaamisen kokeiluideoita. • Kaikki henkilökunnasta eivät arvosta kokeiluja, niitä ei koeta tarpeellisenä. • Se, minkä itse kokee kehittämisen arvoiseksi, ei välttämättä puhuttele muita. • Kokemus hauskuudesta voi vaihdella – ”tuntosarvia” tarvitaan jos pyrkii tuomaan positiivisuutta työyhteisöön. • Totuttujen tapojen muuttaminen on vaikeaa; usein muutosta halutaan mutta vaikeampaa on itse osallistua muutoksen tekemiseen. • Kokeilu voi käynnistyä, mutta käytäntö ei vakiinnu; esimerkiksi taukojumppa toteutettiin vain kerran.	• Rohkeus kokeilla, myös oman mukavuusalueen ulkopuolella. • Halu vaikuttaa. • Luottamus siihen, että se lisääntyy, mihin huomion kiinnittää. • Sinnikkyys ja kärsivällisyys. • Luottamus prosessiin ja sen hyväksyminen, että takapakkeja voi tulla. • Eteneminen pienin askelin ja etenemisen huomaaminen. • Valmius ottaa selvää asioista. • Positiivinen asenne ja lähestymistapa. • Mielikuvitus. • Sparrauskeskustelun hyödyntäminen. • Esimiesten tuki kokeilujen etsimiselle, ehdottamiselle ja toteuttamiselle.

4.4.2 Yhteensovittamisen pajat (Y-pajat): Moniammatillisen yhteistyön edistämistä palliatiivisen hoidon alueella

Y-pajaprosessi koostui kolmesta pajatyöskentelystä, kahdesta kehittävän arvioinnin tapaamisesta ja niiden välillä tapahtuneesta kehittämisestä (Liite 3). Työskentelyn lähtökohtana oli anonymisoitu potilastapaus ”Sakari” (Ks. s. 39.) Potilastapauksen tiedoista oli pajaa varten tehty karkea prosessikuvaus, jossa oli tuotu rinnakkain näkyviin palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan ja hoitavan tahon näkökulmat. Vaikeasti sairaan syöpäpotilaan, tässä tutkimuksessa palliatiivisessa hoidossa olevan, valinta perustui kaikissa kolmessa kohdeorganisaatiossa tunnistettuun kehittämistarpeeseen.

Potilasnäkökulman kautta nykyisten käytäntöjen arviointiin (1. pajatapaaminen)

Suurin osa eri sairaaloista tulevista pajaosallistujista ei tuntenut toisiaan entuudestaan, vaikka jonkin verran konsultatiivista yhteistyötä saatettiin tehdä joidenkin henkilöiden tai osastojen välillä. Moniammatillisen yhteistyön näkökulmasta lähtötilanne useimmissa yksiköissä oli, että vakituista, palliatiiviseen hoitoon keskittyvää henkilöstöä oli varsin vähän. Osassa lääkäriresurssit olivat vaihtuvia (erikoistuvat lääkärit), osasta puuttui myös vakituinen palliatiivisen sairaanhoitajan vakanssi. Samoin psykososiaalisen asiantuntijuuden osalta tilanteet olivat erilaiset: jossain oli aloitettu säännölliset yhteiset asiantuntijakokoukset, toisissa ei. Voi siis sanoa, että moniammatillinen yhteistyö palliatiivisen hoidon alueella oli monin tavoin alkuvaiheessa ja kehkeytymässä olevaa.

Hoidon järjestäjän tavoitteena on tavata palliatiivisen hoidon potilaat pari kertaa erikoissairaanhoidon yksikössä, minkä myötä luodaan hoitoverkostot potilaan kotikunnan perusterveydenhuollon toimijoihin. Sakari kävi kuitenkin erikoissairaanhoidon vastaanotolla useamman kerran ja kysyi neuvoja myös muilta palveluntarjoajilta. Ammatillaiset kuvasivat, että potilaan kanssa ei koskaan päästy puhumaan ”itse aiheesta”; toisaalta pohdittiin myös, oliko potilaan kanssa uskallettu puhua asioista suoraan. Osa pajaosallistujista toi esille tarpeen sopia ammattilaisten kesken yhtenäisestä linjasta: mitä sanotaan haastavammissa tapauksissa, jotta tilanteet selkeytyisivät

potilaalle ja olisivat työntekijöille vähemmän kuormittavia. Sairaaloiden välillä todettiin olevan eroja muun muassa siinä, missä määrin potilaalla säilyy sama yhteys henkilö tai hoitava taho palliatiivisen hoitoprosessin eri vaiheissa. Sakarin osalta kotisairaanhoidon oli ehtinyt olla mukana prosessissa vain noin viikon; sitä ennen yhteys luomiseen ei saatu potilaan suostumusta. Sakari menehtyi lopulta päivystyksessä. Tällainen tilanne on palliatiivisen hoidon tavoitteiden ja suositusten vastainen.

Autenttinen potilastapaaminen ja siitä käyty keskustelu osoittivat, miten siirtymä parantavasta tai jarruttavasta palliatiiviseen hoitolinjaan ei ole välttämättä kirkaton tai selkeä – sen paremmin potilaan kuin ammattilaisten näkökulmasta. Yhtenä käytännön haasteena pidettiin jo aiemmin mainittua vastuunhoitajan tai -lääkärin vaihtumista. Tällöin potilas ei välttämättä ala käsitellä mielessään palliatiivisen hoidon merkitystä. Lopuksi keskusteltiin vielä moniammatillisen yhteistyön tarpeesta ja mahdollisuuksista haastavissa potilastilanteissa.

Toista pajatapaamista varten osallistujat saivat ennakotehtävän, jossa pyydettiin pohtimaan seuraavia kysymyksiä: mitkä käytännöt ja toimintatavat palliatiivisen hoidon alueella heidän yksiköissään ovat nyt jo vahvoja ja osataan hyvin, mitkä taas ovat uusia, kehkeytymässä tai kehitettävänä olevia, lähitulevassa tarpeellisia toimintatapoja.

Palliatiivisen hoidon organisoitumisen nykyiset muodot ja lähitulevan suunnat (2. pajatapaaminen)

Toisessa tapaamisessa pureuduttiin avaamaan tarkemmin, mikä on kussakin osallistuvassa organisaatiossa palliatiivisen hoidon senhetkinen toteutusmalli ja ammattilaisten työn kokonaisuus käyttäen Ahosen (2020) kehityskarttamenetelmää. Yksiköt olivat vahvuudeltaan ja organisoitumiseltaan erilaisia: kaikissa ei esimerkiksi vielä pajojen toteutusvaiheessa ollut erillistä omaa palliatiivisen hoidon yksikköä ja yhdessä odotettiin parhaillaan rekrytoitavaksi palliatiivista vastuunhoitajaa. Keskustelu toi kuitenkin esille sen, että vaikka kullakin paikkakunnalla palliatiivinen hoito on resursoitu ja organisoitu hieman eri tavoin, myös yhtäläisyyttä löytyy.

Kehityskarttojen kokoamisen jälkeen osallistujia pyydettiin nimeämään sekä nykyinen että lähitulevan toimintamalli sen perusteella, miten olivat näitä edellä kuvanneet. Nykytilan nimiksi annettiin muun muassa *Liikkeellä myöhään* -malli ja *Tulipalon sammuttajat* -malli. Lähituleva taas sai osallistujien toiveita heijastellen nimekseen esimerkiksi *Ennakoiden liikkeellä oleva* -malli. Nimiä perusteltaessa osallistujat korostivat haluaan kehittää uutta ja päästä kertomaan palliatiivisesta toiminnasta positiivisävytteisesti sen sijaan, että sitä leimaisi ”kun mitään muuta ei enää ole -ajatus”.

Osallistujat tunnistivat tarpeen markkinoida ja tiedottaa palliatiivisen hoidon mahdollisuuksista omista organisaatioista lähtien. Jotkut korostivat myös sitä, miten palliatiivisen erikoisyksikön ja sen osaajien rooli olisi ensisijaisesti konsultatiivinen. Tätä mallia oli pyritty jo rakentamaan verkostoitumalla ja kouluttamalla ammattilaisia oman talon sisällä eri osastoilla. Ylipäätään uuden kehittämisen koettiin kuitenkin haasteelliseksi nykyresursseilla. Tärkeänä pidettiin päästä parempaan hoidon ennakoitavuuteen sekä siihen, että palliatiivinen hoito tulisi vahvemmin muidenkin kuin syöpäpotilaiden osaksi. Yksi ryhmistä nimesikin nykyisen ja tulevan toimintamallinsa enemmän potilaan näkökulmasta seuraavasti: syöpäpotilaan palliatiivinen hoitomalli ja palliatiivisen potilaan hoitomalli.

Pajaosallistujat totesivat jälleen kohtaavansa keskenään samankaltaisia haasteita kotioorganisaatioissaan, vaikka yksiköiden kehitysvaiheet ja resurssit olivat erilaiset. Eräs osallistuja totesikin, että VETÄVÄ-hanke on itsessään hyvä ja mahdollistaa hyvien käytäntöjen kopioimisen organisaatiosta toiseen. Keskustelun aikana eräs toinen toikin esille konkreettisen idean tällaisesta hyvien käytäntöjen oppimisesta ja jakamisesta: hänen yksikkönsä tuleva vakituinen palliatiivinen hoitaja voisi tehdä tutustumiskäynnin sairaalaan, joka oli käytänteissään heitä edellä.

Pajatapaamisen lopuksi tutkija näytti osallistujille vielä muutaman poiminnan Läntisen Syöpäkeskuksen kehittämistavoitteista (Siekkinen ym., diaesitys, henkilökohmainen tiedonanto). Palliatiivisen hoidon osalta oli todettu etenkin kaksi kehittämistarvetta: organisaatiossa tunnustetun keskuksen perustaminen (esim. hyvin tunnistetun koordinoivan tiimin perustaminen ja prosessien kuvaaminen) ja potilastarpeiden mittaaminen (jatkuva seuraaminen). Pajaosallistujat kiteyttivät Läntisen Syöpäkeskuksen johdon ja kehittäjien linjausten kohtaavan hyvin pajakeskustelujen

ja niissä tunnistettujen kehittämistarpeiden kanssa. Osallistujat totesivat myös, että samankaltaisten ongelmien tunnistaminen eri yksiköissä yhdistää ja antaa myös voimaa jatkaa kehittämistä.

Osallistujat saivatkin välitehtäväkseen tuottaa alustavia kokeiluideoita vauhdittamaan seuraavaa pajatyöskentelyä.

Kehittämiskokeilujen laatiminen (3. pajatapaaminen)

Pajaa fasilitoinut tutkija kertoi esimerkinomaisesti toisesta kehittämishankkeesta, jossa eri toimialalla oli havaittu samantapaisia yleishaasteita kuin mitä palliatiivisen hoidon ammattilaiset olivat Y-pajan toisessa tapaamisessa tuoneet esille. Esimerkki kirvoitti Y-pajan osallistujissa joitakin huomioita siitä, että vastaavanlaista nopeampaa tavoitettavuutta voitaisiin soveltaa myös palliatiivisen hoidon osalta.

Välitehtävänä ollut kokeilujen alustava ideointi tuotti useita erityyppisiä ehdotuksia kehittämiskokeilujen pohjaksi. Ideoissa tuotiin esille yhtä lailla ajatuksia prosessien ja toimintatapojen selkiyttämisestä osastojen ja ammattikuntien kesken kuin palliatiivisten tarpeiden ja hoitomahdollisuuksien tunnistamisen ja hallinnan vahvistamisesta.

Ideat esiteltiin pajaosallistujille, minkä jälkeen organisaatiokohtaiset ryhmät saivat ensin tehtäväkseen käydä nopean keskustelun siitä, mitkä 1–3 aihetta joko edellä mainituista tai muuten mieleen tulevista olisivat heistä keskeisimmät kehittämisen lähtökohdiksi. Näistä käytiin lyhyt purkukeskustelu, jonka jälkeen ryhmien tuli muodostaa lopullinen kehittämiskokeilunsa mahdollisimman konkreettiseksi suunnitelmaksi (ks. kokeilunsuunnittelulomake Liite 3, Launis ym. 2010, 112)

Kokeiluaiheita muutoutui lopulta kolme, yksi kuhunkin osallistujaorganisaatioon.

Kokeilut ja niiden tavoitteet on kuvattu seuraavassa yleispiirteisesti ja ilman paikkakuntatunnisteita osallistujien henkilöllisyyden suojaamiseksi:

1. Olemassa olevan vastaanottotoiminnan uudelleenorganisointi.

Ajanvarausohjelmaan koodataan jatkossa omalla koodillaan palliatiivinen poliklinikka ja erotellaan sen lähetteet onkologisista; palliatiivinen erikoisala -välilehti käyttöön. Potilaille lähetetään oirekysely kutsukirjeen mukana. Tällä tavoitellaan systeemiin selkeyttä sekä näkyvyyttä palliatiiviselle toiminnalle. Potilaat ohjautuisivat oikeaan paikkaan. Saadaan yhteistyökumppaneille tarjottua parempaa tukea erikoissairaanhoidosta. Tavoitteena saada palliatiivinen hoitaja yksikköön kevään 2019 aikana.

Toimintaohje palliatiiviselle toiminnalle. Tavoitteena yhteydenottojen helpottuminen ja palliatiivisten potilaiden tunnistaminen. Tästä seurauksena työn sujuvuuden ja työssä jaksamisen paraneminen. Potilaalle oikea-aikainen hoito ja elämänlaadun paraneminen. Hyötyä myös sairaalan muille yksilöille. Taloudellisesti vähentäisi turhia päivystyskäyntejä ja toisi siirtoviivemaksuja alemmas. Tarvitaan sairaanhoitopiirin johdon hyväksymä ohje. Kokeillaan esim. gynekologian, hematologian ja syöpäosaston kanssa. Tavoitteena pysyvä ratkaisu.

Gynekologista syöpää sairastavan potilaan polku palliatiiviselle poliklinikalle. Tavoitteena matala kynnyks, jolloin palliatiivinen toiminta integroituisi osaksi kokonaisvaltaista hoitoa. Työntekijöille selkiyttäisi toimintaa, kun olisi koordinoiva palliatiivinen yksikkö. Potilaalle taas selkeyttä ja turvallisuuden tunnetta. Taloudellisesti minimoitaisiin päivystyskäynnit ja sairaalassa oloaika.

Ryhmiä pyydettiin vielä arvioimaan edelliskerran kehityskarttakeskusteluihin peilaten, edustiko ideoitu kokeilu vanhan toimintatavan vahvistamista vai kehittikö se uutta ja oliko kyseessä yksittäisen ammattiryhmän vai moniammatillisen ryhmän haasteen ratkaiseminen. Kaikki ryhmät mielsivät kehittävänsä lähitulevaa eli tähtäävänsä ennakoivaan, moniammatilliseen toimintaan.

4.4.3 Kehittävän arvioinnin työpajat – katsaus kehittämisponnistusten tuloksiin sekä jatko suunnitelmiin

Kehittämiskokemusten jakamista T- ja Y-pajan osallistujien kesken (1. kehittävä arviointipaja)

Yhteisen arviointitapaamisen tavoitteena oli tarjota eri pajaprosesseihin osallistuneille mahdollisuus tukea toistensa kokeiluja sekä törmäyttää kehittämisideoita hyödyllisellä tavalla ristiin. Tätä pidettiin tärkeänä siksikin, että T- ja Y-pajojen osallistujat tulivat samoista Läntisen Syöpäkeskuksen sairaaloista. Osallistujiksi kutsuttiin myös pajaryhmissä olleiden työntekijöiden esimiehiä kommentaattoreiden ja tukijoiden roolissa. Käytännössä yhden sairaalan osallistujat jäivät pois tilaisuudesta samaan päivään osuneen sisäisen kehittämistilaisuutensa vuoksi. Pajatyöskentelyä fasilitoivat yhdessä T- ja Y-pajaa ohjanneet Työterveyslaitoksen tutkijat.

Koska tapaamiseen osallistuneet olivat osin entuudestaan vieraita toisilleen ja arviointi aiheena saattaa aluksi aiheuttaa jännittyneisyyttä, aloitettiin pajatyöskentely kierroksella, jossa osallistujat saivat esittäytyä lyhyesti ja kertoa, mitä heille tuli mieleen sanasta 'arviointi'. Vastaukset vaihtelivat, ja niistä päästiin hyvin avaamaan arviointityöpajan näkökulmaa ja kehittävän arvioinnin ideaa verrattuna monille tutumpaan opiskeluun tai auditointiin liittyvään arviointiajatteluun. Tämän jälkeen kokeilijat saivat hetken aikaa valmistautua kertomaan kokeilunsa ideastaan ja sen hetkisestä tilanteesta.

Koska mukana oli sekä T- että Y-pajan osallistujia, oli kokeiluissa niin yksin kuin ryhmämuotoisesti toteutettavia aiheita. Esittelykynnyksen madaltamiseksi arviointi tehtiin tarinallisuutta hyödyntäen: osallistujat saivat tehtäväkseen kuvata kokeilunsa tarinallisesti, matkapäiväkirjan muodossa (Taulukko 11). Tällä haluttiin korostaa kokeilun prosessimaisuutta ja sitä, miten kiinnostavaa on seurata ei vain valmiita tuotoksia, vaan oppia itse kehittämisestä.

TAULUKKO 11. Matkapäiväkirjatehtävä.

Matkapäiväkirja
KEHITTÄMINEN ON MATKA! Seuraavassa pääset/te kirjaamaan matkapäiväkirjan sivun. Siinä missä reissu suuntautuu johonkin matkakohteeseen, pyritään kehittämiskokeilujen avulla saavuttamaan jokin toivottu uusi tilanne.
Matkakohteemme: Matkareittimme – Missä olemme tällä hetkellä – Seuraava etappi _10/2018_____4/2019_____
Mitä olemme tehneet ja nähneet: Innostavia/haastavia/erikoisia tapahtumia matkanteon aikana: Hauskimmat tapahtumat matkan aikana: Ikävimmät tapahtumat matkan aikana – miten selvisin niistä: Tärkeimmät matkatavarani: Opit seuraavaa matkaa varten:

Kaikkia ohjeistettiin kuuntelemaan aktiivisesti kunkin kokeilun esittelyä: mikä kokeilussa tai sen etenemisessä erityisesti kiinnittää huomiota, ja toisaalta millaisia eväitä siitä voisi viedä osaksi omaa kokeilua tai oman yksikön toimintaa.

Kaiken kaikkiaan työpajassa käsiteltiin seitsemän matkapäiväkirjaesittelyä. Yleisesti ottaen kaikissa esille nostetuissa kokeiluissa oli saatu konkreettisesti vietyä asioita eteenpäin yksittäisenä ammatillisena tai ryhmänä. Kehittämisen esteeksi tai hidas- teeksi useimmat nostivat ajan puutteen esimerkiksi kehittämisen vaatiman yhteisen keskustelun suhteen. Y-pajan osalta tuotiin esille, miten vasta prosessin alettua oli tullut oivallus siitä, keitä kaikkia ammatillaisia olisi ollut hyvä saada mukaan; eten- kin sosiaalityön ja sairaalateologian asiantuntijoita kaivattiin vahvemmin mukaan. Arviointipajan antina mainittiin muun muassa se, miten on hyvä nähdä eri ammat- tikuntien tunnistavan samoja haasteita työssä ja kehittämisessä sekä saada vertais- tukea ja vinkkejä.

Kehittämiskokemusten jakamista oman ryhmän kesken (2. kehittävä arviointipaja)

Molemmat pajatyöskentelyyn osallistuneet ryhmät koottiin vielä pajaryhmän omaan yhteiseen kehittävän arvioinnin tapaamiseen (Arviointipaja 2a tai 2b), johon oli kutsuttu myös esimies-, johto- sekä kehittämisvastuussa olevia mukaan kuuli-joiksi ja sparraajiksi.

Arviointipaja 2a: Työn tuunaajat

T-pajojen kehittävän arvioinnin tapaamisessa koottiin kokemuksia T-pajatyöskentelystä matkakertomusten ja ryhmäkeskustelujen kautta (Taulukko 12). Kokeilujen toteuttajat arvioivat, mitä kokeiluista on seurannut potilaalle, yksikölle/osastolle, Syöpäkeskukselle, taloudelle sekä työn tuunaajalle. Tämän jälkeen kuultiin johdon, esimiesten ja kehittäjien kommentit sekä ajatuksia siitä, mitä työn tuunaamisen kokeiluista voidaan oppia ja miten jatkossa voidaan levittää opittua sekä luoda mahdollisuuksia työn tuunaamiselle ja muulle työntekijälähtöiselle työn kehittämiseksi. Työskentelyssä hyödynnettiin väljästi laaja-alaista ihmislähtöistä arviointimallia (Saari ym. 2018).

TAULUKKO 12. Koonti kehittävän arvioinnin tapaamisesta.

Ammatillista voimaantumista tapahtui	Tarvitaan kulttuuri joka ruokkii rohkeuteen - esimiesten tärkeä rooli	Uusi verkostomainen kehittämisen tapa koko organisaation asiaksi
Työn tuunaamisen kokeiluja toteuttaneet arvioivat kokeilujen tuottaman voimaantumisen neljän arvoiseksi (kuusi arviota 4, ja yksi arvio 4,5) asteikolla yhdestä viiteen. Sen sijaan vaikutus moniammatillisuuteen arvioitiin vähäisemmäksi ja siinä oli enemmän vaihtelua (kaksi arviota 1, yksi arvio 2,5 ja neljä arviota 4).	Työntekijöistä lähtevä työn kehittämisen ja heiltä tulevien ideat ovat tärkeitä kehittämisessä. Prosessi kehittävän alaistaitoja ja esimies saa aitoa palautetta. Myös esimiehen ajan käyttämisen ja kokeiluihin paneutumisen tärkeys tuotiin esille. T-pajaprosessi nähtiin merkinä kulttuurin muuttumisesta työntekijälähtoisemmäksi. Taloudelliset haasteet korostavat työn kehittämisen tarvetta. Taloudellisia vaikutuksia on siltäkin, että työntekijä voi voida riittävän hyvin. Haasteista voidaan kuitenkin selvittää, ja tällaisessa kehittämisessä on mahdollisuus haasteisiin vastaamiseen. T-pajat kytkeytyvät Lean- ja laatuajatteluun. Haasteena pidettiin sitä, miten luodaan johtamiseen jatkuvuutta, jotta saadaan työn kehittäminen osaksi arkea. Kehittämiseen voidaan myös väsyä. Tarvitaan realismin kautta uuden työyhteisökulttuurin juurruttamista. Kehittämisen täytyy lähteä myös työntekijöistä, esimies on mahdollistaja. Hänellä on valmentava rooli ja hänen tulisi rohkaista uskomaan syntyneisiin ajatuksiin. Tärkeänä pidettiin myös kehittämistyön seuraamista eri mittareilla ja sitä, että mitattavan asian tulisi korreloida siihen mikä on työn tavoite. Sairaaloiden laatutyö määrittelee kehittämistyötä, mutta lisäksi tarvitaan kulttuuri joka ruokkii rohkeuteen, jotta asioihin voidaan tarttua. Esimiehen nähtiin olevan vastuullisessa tilanteessa: miten vastaanottaa muutospuhetta ja kontaktoida muita toimijoita, esimerkiksi muita yksiköitä, ylimmästä johdosta alkaen. Toisaalta hyvä työyhteisökulttuuri kannattelee esimiestäkin. Yhteistyössä tarvitaan esimiehiä, esimiestehtävä on enemmän palvelutehtävä kuin on totuttu ajattelemaan.	Kehittämiskulttuuria on tärkeä vahvistaa Läntisessä Syöpäkeskuksessa. Tärkeitä ovat perusasiat ja arvot - jos ne ovat kunnossa, työyhteisöllä on ymmärrys myös kehittämisen suunnasta. Kokemus T-pajaprosessista vahvistaa ajatusta, että uusi verkostomainen työtapana on hyvä. Nyt vasta pieni joukko on saanut kokemuksen – iso asia on, miten kehittämisen tapa levitetään koko organisaation asiaksi.

Arviointipaja 2b: Yhteensovittamisen paja

Arviointitapaamiseen oli kutsuttu alkuperäisten osallistujien lisäksi johdon ja kehittämistoiminnan edustajia Läntisestä Syöpäkeskuksesta. Valitettavasti päällekkäiset työtahtumat estivät lopulta vierailijoista suurimman osan osallistumisen arviointitapaamiseen. Se toteutettiin niin ikään videoneuvotteluna paikkakuntien kesken. Tapaamisen aluksi kunkin sairaalaorganisaation osallistujaryhmät saivat vuorotellen kertoa kehittämistilanteestaan. (Taulukko 13).

TAULUKKO 13. Kehittämiskokeilujen tuloksia (Y-pajat).

Olemassa olevan vastaanottotoiminnan uudelleenorganisointi	Toimintaohje palliatiiviselle toiminnalle	Gynekologista syöpää sairastavan potilaan polku palliatiiviselle poliklinikalle
Uusi vakituinen palliatiivinen hoitaja aloittanut työsä keväällä 2019, ja tehnyt mm. tutustumiskäynnin pajassa mukana olleiden toisen sairaalan palliatiivisten hoitajien luokse. Laadittu alustava suunnitelma kehitystoimenpiteistä ja palliatiivisen poliklinikan työnkuvasta.	Kehitetty palliatiivisen hoidon yksikköä, saatu uusi lääkäri, ja vakituinen sairaanhoitaja aloittaa kesällä. Laadittu toimintaohje palliatiiviselle toiminnalle ja hyväksytty se sairaanhoitopiiriin johtoryhmässä. Laadittu esitteet palliatiivisen hoidon yksiköstä henkilökunnalle, potilaalle ja omaisille. Moniammatillinen tiimi kokoontuu 10 hengen voimin kerran kuukaudessa.	Huomattu, että lähetteet tulevat osastolta, mutta poliklinikan näkökulmasta myöhään. Toiveena ollut saada potilaalle yksi hoitava lääkäri sekä lisätä eri toimialojen välistä keskustelua. Kehittämiskokeilun edistäminen ollut vaikeaa, koska lääkärin edustus kiireiden vuoksi puuttunut. Sairaanhoitajayhteistyö sen sijaan lisääntynyt. Edelleen gynekologisen syövän hoitopolku on sirpaleinen; turvallinen ja kokonaisvaltainen hoito ei toteudu potilaan kannalta riittävästi.

Kehittämiskokeilut olivat siis edenneet varsin vaihtelevasti eri yksiköissä. Osa ryhmistä oli pajaproessin myötä muotoutunut tiiviimmiksi kehittämisyhteistyön eteenpäin viejiksi. Yhdessä taas kehittäminen oli jumiutunut siihen, että kokeiluun tarvittujen ammattilaisten kesken ei löydetty yhteistä palaveriaikaa; kyse oli ammatteisista, jotka eivät olleet osallistuneet pajaproessiin.

Arviointitapaamisessa keskusteltiin myös, miten ylipäättään voidaan luoda edellytyksiä moniammatilliselle kehittämiselle sekä mitkä ovat tyypillisimpiä kehittämisen esteitä. Osallistujat nostivat esiin muun muassa ERVA-alueitasoisen kehittämisen tarpeen sekä palliatiivisen hoidon ulottamisen vahvemmin muihinkin kuin syöpäpotilaisiin. Yleisesti koettiin, että areenoita yhteiselle kehittämiselle on vähän, etenkin jos ajatellaan alojen yli menevää kehittämistyötä. Osa tunnisti tekevänsä moniammatillista työtä arjen hoitotyössä, mutta ei niinkään kehittämisessä.

Kehittämisen pullonkaulaksi mainittiin muun muassa toiminnan suoriteperustaisuus vastaanottotoiminnalle, puhelinpalvelulle ja toimenpiteille on olemassa suorite-merkinnät ja näitä seurataan. Kehittämisestä puolestaan ei synny suoritetta, minkä vuoksi sitä ei välttämättä myöskään samalla lailla arvosteta. Lisäksi osallistujat kokivat palliatiivisen lääketieteen olevan yhä heikosti tunnettua ja sitä kautta arvostuksen sitä kohtaan matalaa: ”onko oikeaa työtä vai ’vain’ palliatiivista”.

Pajaosallistujia pyydettiin arvioimaan, missä määrin pajaproessi oli tukenut työssä voimaantumista ja vahvistanut moniammatillista yhteistyötä. Kehittämiskokeilusta 1 vastannut ryhmä totesi lähteneensä pajaproessiin hahmottamatta aluksi, millaisesta prosessista on kyse, minkä vuoksi moniammatillisuus jäi osin puuttumaan. Antoisana ryhmä piti kuitenkin muiden organisaatioiden kokemuksista kuulemista. Ryhmä 1 kokikin prosessin vahvistaneen enemmän ammatillista voimaantumista kuin moniammatillista yhteistyötä.

Kehittämiskokeilusta 2 vastannut ryhmä puolestaan kuvasi saaneensa voimaantumista ryhmästä nähtyään, että ollaan menossa samaan suuntaan. Moniammatillisuuden vahvistuminen oli tapahtunut etenkin ryhmään osallistuneen lääkärin osalta, joka kuvasi tehneensä aiemmin töitä hyvin yksin: ”Ihanaa, että saan olla tässä porukassa, missä muutkin ovat kiinnostuneita palliatiivisesta hoidosta.”

Kolmannen kokeilun osalta kaksi paikalla ollutta osallistujaa kuvasi prosessin antia ammatillisen voimaantumisen osalta lähes päinvastaisesti; etenkin gynekologisen osaston ja palliatiivisen poliklinikan yhteistyötä työstämässä olleen osallistujan kohdalla voimaantumisen kokemus oli heikko kokeilun etenemishaasteiden vuoksi. Kumpikin osallistuja kuitenkin korosti prosessin olleen moniammatillisesta näkökulmasta antoisa.

Palliatiivisen hoidon toimintatapojen edistäminen ei todennäköisesti päättynyt VETÄVÄ-hankkeen pajojen päättyessä: Arviointipajassa mukana ollut syöpäkeskuksen kehittämispäällikkö ehdotti jatkotoimenpiteenä kaikkien osallistuneiden yksiköiden yhteistä tapaamista muutaman kuukauden päästä.

Yhteenvedoa työpajatyöskentelystä

Työpajatyöskentelyn tavoitteina oli kehittää työkäytäntöjä kokeilujen avulla ja edistää työntekijöiden moniammatillista yhteistyötä ja voimaantumista/valtaistumista. Näiden tavoitteiden saavuttaminen mahdollistui työpajojen toimintatavan eli yhteiskehittelyn avulla, mutta hieman eri tavoin. T-pajan menetelmän vahvuus on, että kukin osallistuja voi antaa ja saada tukea yksilöllisille aloitteille, jolloin se toimii yleisen proaktiivisuuden lisääjänä ja kannustajana. Y-pajan vahvuus on, että kun lähdetään liikkeelle rajatusta, osallistujien työtä koskevasta kehittämisaiheesta, motivointi on helpompaa, ja se myös mahdollistaa organisaatioissa tärkeää vuoropuhelua henkilöstön tavoitteiden ja strategisten tavoitteiden välillä. Molemmissa tapauksissa jonkinasteinen vapaaehtoisuus osallistumiseen motivoi ja on etu. Riittävä avoimuus ja kannustus on tärkeää, niin että osallistujat saavat vaikuttaa. Kehittämisprosessien tulee kuitenkin olla riittävän pitkiä ja arvioivia.

4.4.4 Ammatillinen voimaantuminen pajojen kokeiluprosesseissa

Tutkimuksessa toteutetuista pajatyöskentelyistä yhteensovittamisen työpaja kohdistui selkeästi hankkeen pyrkimykseen lisätä moniammatillista yhteistyötä; työn tuunaamisen paja oli lähtöasetelmaltaan avoimempi ja pyrki tukemaan osallistujien avointa, voimaantumista tukevaa kehittämisideointia. Tutkimuksellinen ennako-oletus kuitenkin oli, että moniammatillisuus ja voimaantuminen mahdollisesti linkittyvät toisiinsa. Työpajaprosesseista tehdyt havainnot ja analyysit tukevat tätä tulkintaa.

Esitämme seuraavassa, millä tavoin voimaantuminen oli mukana pajatyöskentelyn kahdessa kokeiluprosessissa. Työn tuunaamisen pajaprosessissa yksi kokeiluista liittyi yhteistyön ja etenkin yhteisöllisyyden lisäämiseen kahden lähekkäin sijaitsevan osaston välillä (Ks. Yhdessä tekemisen iloa, alaluku 4.4.1). Kokeileminen linkittyi osallistujien näkökulmasta vahvasti yhteisöllisyyden tematiikkaan ja hyvän ilmapiiriin vahvistamiseen, joiden nähtiin lisäävän työhyvinvointia. Kuokkasen ym. (2001) mukaan toisten ja omasta työhyvinvoinnista huolehtiminen ovat niin ikään valtaistuneen ammattilaisen ominaisuuksia. Yhteistyön lisäämiseen liittynyt kokeilu oli itsessään osoitus voimaantumisen tukemisesta, koska siinä kokeilua kehittäneet työntekijät kannustivat muita osastojen työntekijöitä kehittämisideoiden esilletuomiseen kahvihuoneen seinälle koottavien post-it-lappujen avulla.

Kokeilua ideoineiden työntekijöiden oletus oli, että kehittämisaiheita käsiteltäisiin yksikön yhteisessä kehittämisspäivässä. Näin ei kuitenkaan tapahtunut ja lisäksi työntekijöiden kirjoittamat idealaput katosivat, mikä vähensi voimaantumista. Kokeilijat suhtautuivat kuitenkin ymmärtävästi tilanteeseen ja tulkitsivat johdon valinneen omasta näkökulmastaan keskeiset, kiireelliset asiat kehittämisspäivän sisällöksi. Tämä voidaan tulkita toisten kunnioittavaksi kohteluksi, joka itsessään on edellytys voimaantumisen kokemukselle. Kokeilijat saivat myös tukea työpajan fasilitaattorilta, joka kannusti jatkamaan kehittämistä vastoinikäymisestä huolimatta. Kokeilijat päättivät jatkaa, ja heidän kokeilunsa saikin hyvää, voimaannuttavaa palautetta toisessa sairaalaosaston kehittämistilaisuudessa. Kaiken kaikkiaan kokeilu osoitti sen, miten hyvinvointi on yhteydessä yhteistyön edistämiseen.

Yhteensovittamisen pajaprosessista tarkasteltiin lähemmin kokeilua 2: toimintaohjeiden laatiminen palliatiiviselle toiminnalle (alaluku 4.4.3). Kokeilun tavoitteena oli paitsi parantaa potilaiden saamaa palvelua, myös vähentää työntekijöiden työkuormaa selkiyttämällä toimintaa. Kehittämisideasta vastanneen ryhmän toimintaa voi itsessään luonnehtia voimaannuttavaksi, sillä siinä yhdistyivät paitsi työskentely yhteisen tavoitteen hyväksi, myös suunniteltujen konkreettisten toimenpiteiden innostunut esittely. Yhtä lailla kokeiluun yhdistyivät voimaantumisen elementteinä pidetyt luovien ratkaisujen löytäminen sekä uusien ideoiden edistäminen.

Työskentelyn aikana ajatus kehittämistarpeesta myös laajeni, kun osallistujat oivalsivat, että ohjeiden laatiminen ei yksin riitä, vaan tarvitaan myös suunnitelma niiden jalkauttamiseksi. Osallistujat ideoivat tätäkin yhdessä. Voimaantumista heikentävä tekijä oli ryhmän vaikeus löytää yhteisiä suunnitteluajoja.

Haasteista huolimatta ryhmä aikoi määrätietoisesti viedä kehittämisideansa sairaalan ja alueen johdolle käsiteltäväksi. Toisin sanoen tämänkin kehittämiskokeilun osalta moniammatillinen yhteistyö ja voimaantuminen näyttävät linkittyvän toisiinsa. Työpajojen rakenteet ja fasilitaattorien ottama rooli tukivat voimaantumista luomalla mahdollisuuden kollegiaaliseen palautteenantoon ja kehittämisyhteistyöhön sekä suuntaamalla osallistujien ajatuksia tulevaan.

**Ohjeiden
laatiminen
ei yksin riitä,
vaan tarvitaan
myös suunnitelma
niiden jalkauttamiseksi.**

5 Pohdinta ja johtopäätökset

5.1 Tulosten pohdintaa

Moniammatillisen yhteistyön ja ammatillisen voimaantumisen on todettu olevan yhteydessä työhyvinvointiin, työhön sitoutumiseen, motivaatioon ja työssä jaksamiseen sekä välillisesti hoidon laatuun ja tuloksiin sekä potilasturvallisuuteen (mm. Pearson ym. 2006; Reeves ym. 2017; Mercedes ym. 2016; Peltonen ym. 2020.) Siksi niiden tutkiminen ja kehittäminen ovat keskeisiä tulevaisuuden sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisessä. Moniammatillista yhteistyötä on tarkasteltu eniten lääkärin ja sairaanhoitajien välillä, jota arvioivia mittareita on myös kansainvälisesti useita (Walters ym. 2016; Peltonen ym. 2020).

Yhteistä mittareille on organisaation johtamisen ja lähijohdon tuen tarkastelun niukkuus. Kuitenkin johtaminen on keskeisessä roolissa yhteistyön kehittämisessä (Eloranta & Kuusela 2011; Sangaleti ym. 2017; Brownson ym. 2018; Sørensen 2018) ja edellytys organisaatorajat ylittävälle yhteistyölle. Myös johtamisen tulisi olla moniammatillista (Sangaleti ym. 2017). Voimaantumista (Galletta ym. 2016) ja moniammatillista yhteistyötä tukeva ympäristö (Zwarenstein ym. 2009) ovat yhteydessä sekä yksilön että organisaation tuloksiin (Trus ym. 2019).

Tässä tutkimuksessa yhtenä kiinnostuksen kohteena oli yhteistyö kolmen eri organisaation välillä ja syöpäpotilaita hoitava moniammatillinen henkilöstö uuden organisaatiot yhdistävän verkostomaisen yhteistyön rakenteen, Läntisen Syöpäkeskuksen, muodostumisen alkuvaiheessa. Tutkimuksen alussa tehdyssä sidosryhmähaastattelussa eri ammattiryhmien sisäistä ja välistä yhteistyötä pidettiin syöpäpotilaan hoitamisessa tärkeänä tulevaisuudessa. Keskeiseksi strategiseksi painopistealueeksi tuotiin esille potilaslähtöisyys, joka linkittyi myös moniammatillisuutta käsittelevään haastatteluteemaan. Potilaslähtöisyys ja potilaan osallisuus terveydenhuollon ja moniammatillisen toiminnan kehittämiseen on tunnistettu myös kansainvälisissä tutkimuksissa keskeiseksi kehittämiskohteeksi (McComb & Hebden 2013; Bilodeau ym. 2015).

5.1.1 Moniammatillisen yhteistyön toteutuminen

Syöpäkeskuksen verkostoon kuuluvissa sairaaloissa syöpäpotilaita hoitava henkilöstö arvioi tässä tutkimuksessa moniammatillisen toiminnan toteutuvan pääosin hyvin. Myös moniammatillisen toiminnan ja kehittämisen edellytykset toteutuvat hyvin. (Moilanen ym. 2020). Kyselyiden vastaajat arvostivat moniammatillista yhteistyötä ja näkemykset sen toteutumisesta olivat myönteiset. Samoin kuin Sainin ym. (2012) tutkimuksessa toiminta arvioitiin potilaslähtöiseksi ja yhteisiin tavoitteisiin perustavaksi. Vastaajat olivat kriittisempiä johdon ja lähijohdon tuesta moniammatilliselle yhteistyölle.

Syöpäpotilaan hoidossa moniammatillisen yhteistyön edistämisessä tulisikin Taylorin ym. (2013) mukaan kiinnittää huomiota toimivaan esimiestyöhön, ammattiryhmien väliseen vuorovaikutukseen ja roolien selkeyteen. Johtamisen ja lähijohdon tuki on välttämätöntä moniammatillisen toiminnan ja toisaalta ammatillisen voimaantumisen edistämisessä työyhteisöissä (mm. Eloranta & Kuusela 2011). Yleisesti esimiehet ovat kehittämisen eturintamassa ja tukemassa niin yksittäisten työntekijöiden kuin yhteisöjenkin kehittymistä suhteessa palveluiden laatuun ja tavoitteisiin (Lammintakanen ym. 2016; Syväjärvi & Pietiläinen 2016, Smith ym. 2018, Folkman ym. 2019). On myös esitetty, että tämän päivän muuttuva työelämä edellyttää esimieheltä jatkuvaa tasapainottelua osittain toisilleen vastakkain olevien odotusten välillä (Laurila 2017). Tässäkin tutkimuksessa sekä johdon näkemyksissä että kyselytutkimuksissa moniammatillisen yhteistyön koettiin vievän aikaa ja vaativat resursseja. Tämäkin osaltaan vaatii esimiehiä ja organisaatioita kehittämään moniammatillisen toiminnan johtamista ja tukea.

Kyselytutkimuksen tuloksissa oli hajontaa vastauksissa eri ammattilaisten välisen vuorovaikutuksen onnistumisessa ja päätöksentekoon osallistumisessa. Ammattiryhmien välillä oli eroja, jotka osaltaan liittyvät ammattihenkilön tehtävään potilaan hoidossa ja hoidosta päättämisessä. Tulos vahvistaa useiden aikaisempien tutkimusten tuloksia ja osoittaa tarpeen kehittää tätä osa-aluetta moniammatillisessa yhteistyössä (mm. Dossett ym. 2017). Osallistuminen päätöksentekoon koskee sekä potilaan hoitoon liittyvää päätöksentekoa että myös muita työyksikön toimintaa koskevia päätöksiä. Toisten ammattilaisten arvostaminen, osaamisen hyödyntäminen ja roolien tuntemus edistävät yhteistyön onnistumista ja tukevat osallisuutta

päätöksenteossa (Karam ym. 2018; Flood ym. 2019). Jo terveydenhuollon ammattilaisten peruskoulutuksessa on tärkeää edistää valmiuksien kehittymistä moniammatilliseen työhön ja toimintaan (Fox ym. 2018, Mönkkönen ym. 2019).

Moniammatillisessa yhteistyössä ja tiimin työskentelyssä tavoite (mm. Karam ym. 2018) ja suunnitelmallinen yhteistyö ovat keskeisiä sen onnistumiseksi (Gagliardi ym. 2011). Moniammatillisen toiminnan lähtökohta on yhteinen tavoite. Se liittyy useimmiten potilaan ja hänen läheistensä eduksi toimimiseen, mutta myös työ- tai toimintayksikön toimintaan ja kehittämiseen. Tämä toteutui vastanneiden arvioiden mukaan hyvin, vaikkakin organisaatiotasolla oltiin kriittisempiä toimintayksikön strategian moniammatillista yhteistyötä tukevien tavoitteiden osalta. Tässä tutkimuksessa vastaajajoukko oli pieni suhteessa organisaatioiden kokoon, mutta vastaajat edustivat kuitenkin monipuolisesti eri ammattilaisia ja vastaajissa oli mukana myös lähijohtoa.

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin moniammatillista yhteistyötä myös suhdetoimijuuden käsitteen kautta osana työpajatyöskentelyä (ks. Edwards 2017). Suhdetoimijutta tarvitaan tilanteissa, joissa asiakkaan tarpeisiin vastaaminen ylittää yksittäisen ammattiryhmän osaamisen ja jotka vaativat tietoa siitä, kenen tai keiden kanssa olisi tehtävä yhteistyötä asiakkaan asiaa edistettäessä. (Edwards 2017; Seppänen ym. 2012.) Yhteensovittamisen työpaja päätettiin kohdistaa moniammatillisen palliatiivisen hoidon tarkasteluun ja kehittämiseen. Työpajaprosessin oli tarkoitus muodostaa tila, joka tukisi paitsi ammattikunta-, myös organisaatorajat ylittävää yhteistyötä.

Varsinaiset konkreettiset kehittämiskokeilut ovat tärkeä ikkuna moniammatillisen yhteistyön kehittymisen arvioinnissa. Tässä tutkimuksessa pajatyöskentelyyn osallistuneita rohkaistiin miettimään etenkin ammatti- ja yksikkörajat ylittäviä kehittämisideoita. Kokeilut kuitenkin muodostuivat sairaalakohtaisiksi kehittämistehäväiksi. Osallistujat halusivat muun muassa parantaa palliatiivisen hoidon tunnettuutta omassa yksikössään sekä suhteessa potilaisiin omaisineen, vahvistaa tiettyjen osastojen välistä yhteistyötä palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisessa sekä ylipäätään selkeyttää palliatiivisen hoidon polkua.

Toisaalta yhteensovittamisen pajaprosessi osoitti, että kohde-/aihealuelähtöinen kehittäminen on omiaan motivoimaan ammattilaisia yli organisaatiorajojen osallistumaan toimintatapojen kehittämiseen. Näin ollen ei ole mielekasta pidättäytyä vain organisaatiokohtaisissa työryhmissä, vaan nimenomaan pyrkiä muodostamaan yhteisiä foorumeita/ryhmiä tiettyjen moniammatillisten kysymysten tai kehittämis-teemojen ympärille. Yhtä tärkeää on erottaa tässä työssä tarve luoda työryhmät nimenomaan käytännön toimijoille – heille, jotka kohtaavat potilaan hoitotyön ja lääketieteen tai psykososiaalisen tuen asiantuntijoina.

Jotta kehittäminen olisi hyödyllistä ja veisi käytäntöjä eteenpäin, se tarvitsee tuekseen johdolta aidon sitoumuksen ja luvan: käytännössä tämä tarkoittaa kehittämiselle varattua aikaa ja ketterien kehittämiskäytäntöjen yhteistä etsimistä, mutta myös osallistumisen vapaaehtoisuutta.

Jonkinasteinen osallistumisen vapaaehtoisuus motivoi kehittämisessä. Erityisen tärkeää on kuunnella ja antaa tilaa ammattilaisten erilaisillekin näkemyksille ja pyrkiä kysymyksiin ja erilaisin visualisoinnein edistämään yhteistä pohdintaa. Suhdetoimijuusajattelun (Edwards, 2017) mukaisesti oleellista on pyrkiä yhdessä rakentamaan yhteistä tavoitetta, kuitenkin niin, että sallitaan erilaisuus. Hyvä yhteinen tavoite rakentuu osallistujien ammatillisten ja kokemuksellisten asiantuntijuuksien varaan, ei korvaamaan niitä (Edwards, 2011).

Singh (2017) esittää, että yhteiskehittely (engl. co-creation) usein kompastuu siihen, että osallistujilla oletetaan olevan yhteinen tavoite, vaikka näin ei todellisuudessa ole. Suhdetoimijuuden merkitys on erityisesti siinä, että sen avulla tietoisesti voidaan rakentaa yhteistä tavoitetta. Kuten edellä on kuvattu, tämä tapahtuu kuuntelemalla, tulkitsemalla ja tuomalla tulkinnat yhteiseen keskusteluun edelleen kehitettäviksi. Tämä edellyttää, että yhteisen tavoitteen sallitaan olla avoin ja kehittyä ajan kuluessa.

Tutkimuksen työpaja-aineistojen analyysin mukaan moniammatillisessa yhteistyössä hahmottuu kolme kehittämisen kannalta tärkeää piirrettä: koordinaatio, yhteisön rakentaminen ja yhteiskehittely. Yhteisön rakentaminen eroaa yhteiskehittelystä siinä, että sosiaalinen yhteenkuuluvuus on siinä itse tavoite. Yhteisöllisyyttä kannattaa edistää, koska ammattilaiset kokevat sen parantavan työhyvinvointia ja sujuvoittavan työtä, ja sen avulla työntekijät sitoutuvat työhönsä ja organisaatioon (Vardaman 2020).

Koordinaatio puolestaan kytkeytyy viralliseen ja epäviralliseen hierarkiaan, jotka molemmat ovat oikeutettuja ja käytössä ammattiorganisaatioissa kuten sairaaloissa (Diefenbach & Sillince, 2011). Yhteiskehittelyn ja yhteisöllisyyden kytkennät hierarkkiseen koordinaatioon ovat erittäin tärkeitä kehittämisen onnistumiseksi ja jatkumiseksi. Koordinaatiolla yhteiskehittäminen ja yhteisön rakentaminen tehdään oikeutetuksi, legitiimiksi. Kaikkien hierarkkisten tasojen mukanaolo ja sitoutuminen kehittämisessä on tarpeellista.

Yhteensovittamisen pajaproessi oli itsessään eräänlainen kehittämiskokeilu mahdollisuudesta lisätä moniammatillista yhteistyötä Läntisen Syöpäkeskuksen alueella. Sen voi tulkita vahvistaneen etenkin organisaatiokohtaista suhdetoimijuutta, varsinkin hoitotyön ja lääketieteen ammattilaisten kesken. Lisäksi keskeinen konkreettinen tulos moniammatillisen, organisaatorajat ylittävän yhteistyön näkökulmasta oli työpajaryhmän ja syöpäkeskuksen kehittämispäällikön yhteinen aikomus jatkaa vastaavan tapaista työskentelyä myös VETÄVÄ-hankkeen jälkeen. Tämä on itu uudentyyppiseen moniammatilliseen yhteistyöhön, joka lisää huomattavasti suhdetoimijuuden edellytyksiä niin sairaalakohtaisesti kuin sairaalaorganisaatioiden välillä Läntisen Syöpäkeskuksen alueella.

Tarpeellisuudestaan huolimatta moniammatillinen yhteistyö ei välttämättä ole yksinkertaista. Kokonaisvaltainen moniammatillisen yhteistyön edistäminen sisältää osaamisen vahvistamisen, yksilön ja yhteisön vuorovaikutustaitojen ja -menetelmien edistämisen, mutta myös toimintaympäristön ja rakenteiden kehittämisen (Golom & Schreck 2018).

5.1.2 Moniammatillisen henkilöstön ammatillinen voimaantuminen

Tutkimukseen osallistunut henkilöstö arvioi oman toimintansa hieman enemmän valtaistuneemmaksi kuin aikaisemmissa tutkimuksissa, joissa on käytetty Kuokkanen (2003) mittareita (Romppanen ym. 2013, Kuokkanen ym. 2012). Ammatilaisien välillä on jonkin verran eroa; lääkärit arvioivat valtaistumista edistävien tekijöiden toteutuvat paremmin kuten hoitohenkilökunta. Lääkärien arvioinnit olivat muita ryhmiä yhdenmukaisemmat. Eniten sisäistä vaihtelua oli hoitajien vastauksissa. Jokaisen ammattiryhmän tarpeet ovat erilaiset samassakin toimintaympäristössä, mutta työhyvinvoinnin ja siihen sitoutumisen näkökulmasta on tärkeää mahdollistaa lähijohdon työllä mahdollisuus omaan työhön vaikuttamiseen ja työn hallintaan (Kuokkanen ym. 2012; Trus ym. 2018; Olender, Capitulo & Nelson 2020).

Ammatillisessa voimaantumisen on tärkeää myös osallistumismahdollisuus päätöksentekoon, joka on eri ammattilaisilla erilaista ja eritasoista. Esimerkiksi lääkäri päättää syöpäpotilaan lääketieteellisestä hoidosta, mutta sairaanhoitaja miten se parhaiten toteutetaan ja täydennetään hoitotyön keinoin sekä miten sen onnistumista esimerkiksi yhdessä fysioterapeutin tai ravitsemusterapeutin kanssa voidaan edistää.

Heikoimmin tässä tutkimuksessa toteutuivat ammattilaisten arvostaminen työyhteisössä ja oman työn itsenäisyys sekä valtaistumiseen yhteydessä olevista tekijöistä tiedonkulku ja vuorovaikutuksen avoimuus. Jälkimmäiset ovat aikaisemman tutkimuksen mukaan keskeisiä myös moniammatillisen yhteistyön onnistumisessa (mm. Dossett ym. 2017).

Tutkimuksessa moniammatillista yhteistyötä edistävästä koulutuksesta kuluneella ajalla oli yhteys kokemukseen valtaistumista edistävästä tekijöistä. Mitä vähemmän aikaa koulutuksesta on kulunut, sitä enemmän työympäristössä arvioitiin olevan valtaistumista edistäviä tekijöitä. Moniammatillisella toiminnalla oli tässä tutkimuksessa selkeä yhteys kokemukseen ammatillisesta valtaistumisesta. Mitä paremmin vastaaja koki moniammatillisen toiminnan toteutuvan, sitä enemmän hän koki toimintansa valtaistuneeksi ja työympäristössä olevan valtaistumista edistäviä tekijöitä. Tämä vahvistaa tutkimuksen lähtöoletusta siitä, että moniammatillinen yhteistyö ja ammatillinen voimaantuminen ovat yhteydessä toisiinsa.

Ammatillisen voimaantumisen/valtaistumisen esteenä on usein organisaation byrokraattisuus ja autoritäärinen johtamistapa. Hierarkkisella koordinaatiolla on kuitenkin tärkeä, uusi rooli yhteiskehittelyn ja yhteisön rakentamisen tukijana ja mahdollistajana. Johtamisen kannalta tämä tarkoittaa lisääntyneitä monimutkaisuutta. Tilanteen mukaisesti ja monipuolisesti tulee arvioida ja käyttää sopivia koordinaation, osallistumisen, kehittämisen tukemisen ja vastuiden jakamisen tapoja. (mukaillen Seppänen ym. 2020, lähetetty arvioitavaksi.) Uusi rooli tarkoittaa myös, että valtaistumista tulee olla tietoinen (van Baarle ym. 2019).

Voimaannuttavalla työympäristöllä ja -ilmapiirillä voidaan kehittää työhyvinvointia ja potilaiden saamaa hoitoa. (Laschinger ym. 2014). Kuokkasen ym. (2012) mukaan keskeisiä ammatillista valtaistumista edistäviä tekijöitä ovat esimiehen myönteinen ja kannustava johtamistapa, kehittämiselle myönteinen ilmapiiri työyhteisössä sekä yhteiset tavoitteet. Suurimmaksi esteeksi valtaistumiselle terveydenhuollossa on

koettu terveydenhuollon byrokraattiset organisaatorakenteet ja autoritääriin johdantamista. Tämän tutkimuksen tulokset tukevat lähijohdon merkitystä ammatillisen valtaistumisen tukijana. Tukemalla henkilöstön voimaantumista johtajat voivat vaikuttaa työtuloksiin niin, että henkilöstön työhyvinvointi ja operationaalinen tehokkuus eivät vähene (Biron & Bamberger 2010). Työntekijässä turhautumista voi aiheuttaa todellisten vaikutusmahdollisuuksien puute ja se vähentää myös työhön sitoutumista (Kuokkanen 2012). Johtamisessa onkin kiinnitettävä huomiota tasarvoon ja vaikuttamismahdollisuuksiin omassa työssä.

5.2 Johtopäätökset

VETÄVÄ-hankkeen lähtökohtana on ollut näkemys ammattiryhmien välisestä yhteistyöstä, joka edellyttää jaettua käsitystä potilaan tilanteesta ja yhteistä tiedonmuodostusta (ks. Isoherranen 2012). Toimiva yhteistyö haastaa tarkistamaan niin organisaation rakenteet kuin toimintakulttuurin sekä tietoon ja tiedonkulkuun liittyvät esteet. Koska yhteistyö on inhimillistä toimintaa, ratkaisevaa on myös yksittäisen työntekijän sitoutuminen ja hänen ammatillinen asenteensa ja taito sekä uskalus toimia yhteistyön rajapinnoilla.

Johtaminen moniammatillisen yhteistyön ja ammatillisen voimaantumisen/valtaistumisen edistämisessä

Tutkimuksen tulosten perusteella johtamisella ja lähijohdon tuella on keskeinen rooli sekä moniammatillisen toiminnan että ammatillisen voimaantumisen/valtaistumisen edistämisessä. Kehittämistoiminta edellyttää aikaa. Tässä tutkimushankkeessa on vasta saatu tuettua Läntisen Syöpäkeskuksen kehittämistoiminnan käynnistymistä.

Kehittämiskokeilujen juurruttaminen

Läntinen Syöpäkeskus on VETÄVÄ-hankkeen aikana muotoutunut organisaationa ja vakiinnuttanut asemaansa hiljalleen. Tutkimuksellisesti mielenkiintoista olisi seurata vuoden kahden kuluttua sitä, jäikö hankkeen kehittämistyöskentelyistä joi-takin jälkiä ja ituja elämään osallistujaorganisaatioihin. Vastaavantapaista kehittämishankkeen seuraamusten jäljittämistä on tehty muun muassa kehittävän työntutkimuksen otteella (mm. Engeström ym. 2007; Kajamaa 2011).

Sairaalaorganisaatioissa työntekijälähtöinen kehittäminen ei välttämättä ole vielä juurtunut osaksi organisaatiokulttuuria. VETÄVÄ-hankkeen kehittämisapojen ko-
keilut ja niiden tulokset kuitenkin puhuvat sen puolesta, että tämäntyyppistä kehit-
tämistä kannattaa tukea ja tarvittaessa vahvistaa käytännön juurtumista tutkimus-
ja kehittämishankkeiden avulla.

Kehittämismahdollisuudet

Työn tuunaamisen ja yhteensovittamisen pajaprosesseihin osallistuneet kokivat, että
areenoita yhteiselle kehittämiselle on vähän, etenkin jos ajatellaan alojen yli mene-
vää kehittämistyötä. Osa koki tekevänsä moniammatillista työtä potilaan hoidossa,
mutta etenkin kehittämisessä moniammatillisuus ja -alaisuus saattoi jäädä. Kehittä-
misen pullonkaulaksi nousi muun muassa toiminnan suoriteperustaisuus, joka osal-
taan ohjaa ammattilaisia priorisoimaan välittömät tehtävät pidemmän tähtäimen
kehittämiseen liittyvien tehtävien sijaan.

Toisaalta esimerkiksi yhteensovittamisen pajaprosessi osoitti, että kohde-/aihealue-
lähtöinen kehittäminen on omiaan motivoimaan ammattilaisia osallistumaan toi-
mintatapojen kehittämiseen yli organisaatorajojen. Näin ollen ei ole mielekästä pi-
dättäytyä vain organisaatiokohtaisissa työryhmissä, vaan nimenomaan pyrkiä muo-
dostamaan Läntinen Syöpäkeskus -tason työryhmiä tiettyjen kysymysten tai kehit-
tämisteemojen ympärille. Yhtä tärkeää on erottaa tässä työssä tarve luoda työryhmät
nimenomaan käytännön toimijoille – heille, jotka kohtaavat potilaan hoito- ja lää-
ketieteen tai psykososiaalisen tuen ja kuntoutuksen asiantuntijoina. Jotta kehittä-
minen olisi hyödyllistä ja veisi käytäntöjä eteenpäin, se tarvitsee tuekseen johdolta
aidon sitoumuksen ja luvan: käytännössä tämä tarkoittaa kehittämiselle varattua
aikaa ja ketterien kehittämiskäytäntöjen yhteistä etsimistä.

Moniammatillisen yhteistyön ja ammatillisen voimaantumisen/valtaistumisen välinen suhde

Sekä kyselytutkimuksen että työpajatyöskentelyjen perusteella moniammatillinen
yhteistyö ja ammatillinen voimaantuminen/valtaistuminen ovat yhteydessä toi-
siinsa. Aineisto antaa viitteitä siitä, että moniammatillisuutta ja verkoston jäsenten
suhdetoimijuutta tukemalla vahvistetaan myös yksittäisen ammattilaisen voimaan-
tumista/valtaistumista. Yhtä lailla kehittäminen, joka on ensisijaisesti pyrkinyt

vahvistamaan osallistujien voimaantumisen kokemusta, voikin toimia vahvana moniammatillisen yhteistyön edistäjänä, mikäli kokeiluaiheet kytkeytyvät tähän tematiikkaan. Tällöin voisi myös päätellä, että kokemukseen ammatillisesta voimaantumisesta liittyy myös suhdetoimijuuden, yhteistoiminnallisuuden ja yhteistyön ulottuvuus. Näiden yhteyksien tarkastelua ja toteutettujen kehittämiskokeilujen muu-
tosta tulisi tutkia pidemmällä aikavälillä.

Tässä tutkimuksessa ei voitu arvioida tilastollisin menetelmin kehittämiskokeilujen tuloksia niihin osallistuneilla. Kahtena kertana kerätty kyselyaineisto antaa viitteitä siitä, että Läntisen Syöpäkeskuksen verkostoon kuuluvien yksiköiden henkilöstön näkemykset ovat muuttumassa myönteisemmäksi toimintayksikön johtamisen sekä työuralla ja työssä kehittymisen näkökulmista. Tulosta arvioidessa on kuitenkin huomioitava, että samojen henkilöiden vastauksia ei ollut mahdollista yhdistää kahdessa kyselyssä.

Tutkimuksen tekemisen haasteet

Yhtenä johtopäätöksenä voidaan todeta, että tutkimuksen tekeminen on haasteellista hektisissä terveydenhuollon työympäristöissä. Viestintään ja erilaisiin henkilöstön osallistumista tukeviin menetelmiin tulee panostaa. Tässä hankkeessa on tuotettu esimerkkejä siitä, millä keinoin voidaan ainakin pyrkiä edistämään osallistumisaktiivisuutta. Toimintayksikön johdolla ja lähijohdolla on tärkeä merkitys tutkimuksen ja tutkimukseen osallistuneiden määrän lisäämisessä ja osallistumisen tukemisessa. Vaikka yhteiskunta on äskettäin tehnyt mittavan digiloikan muun muassa koronaepidemian takia, tarvitaan tutkimuksen tekemisessä edelleen perinteisiä menetelmiä yhdistäen niitä sopivasti teknologiaan.

6 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

6.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimushankkeessa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta [TENK] 2012; 2019). Tutkimuksen kaikissa vaiheissa noudatettiin yleisiä terveydenhuollon tutkimukselle asetettuja eettisiä ja lainsäädännöllisiä vaatimuksia. Tutkimuksessa noudatettiin myös henkilötietolakia (523/1999), lakia yksityisyyden suojasta työelämässä (759/2004) ja EU:n yleistä tietosuojasetusta (EU) 2016/679. Tämä tutkimus kohdentui terveydenhuollon ammattilaisiin, jotka eivät ole yhtä haavoittuvainen kohderyhmä kuin potilaat tai asiakkaat. Tutkimusaiheeseen ei liity erityisiä eettisiä kysymyksiä, koska aihe ei ole erityisen arkaluontoinen. Turun yliopiston Eettinen toimikunta piti lausunnossaan (48/2017) tutkimusta eettisesti hyväksyttävänä. Kaikista kohdeorganisaatioista saatiin tutkimukselle erikseen tutkimuslupa.

Tutkimuksesta tiedotettiin kohderyhmille organisaatioiden sisäisissä viestintäkanavissa. Tutkimukseen osallistuville laadittiin ja annettiin tiedote. Osallistuminen oli vapaaehtoista ja se pohjautui tietoon perustuvaan suostumukseen. Haastattelut ja työpajat nauhoitettiin osallistuvien suostumuksella (kirjallinen tietoinen suostumus).

Tutkimusaineistojen raportoinnissa on huolehdittu, ettei kyselyihin tai työpajoihin osallistuneille aiheudu siitä haittaa ja ettei heidän henkilöllisyytensä tule esille. Tutkimusaineisto säilytettiin vastuututkijoiden salasanoin suojatuilla tietokoneilla ja lukituissa tiloissa erillisessä lukitussa kaapissa ja sitä käsiteltiin luottamuksellisesti. Tutkimusaineistoa tallennetaan tutkimuksen jälkeen soveltuvin osin (anonyymi data) Suomen Akatemian suosituksen mukaan valtakunnalliseen tutkimusaineistopankkiin (tietoarkisto.fi).

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

6.2.1 Kyselytutkimukset

Tutkimuksessa käytettiin tarkoituksenmukaista otantaa, jonka vastausprosentti oli kohtalainen (18–34 %). Aineisto kerättiin yhden syöpäkeskuksen alueelta, jossa vastaajien työkokemus, ammattitehtävä, ikä ja koulutustausta vaihtelivat. Syöpäkeskuksen verkostoon kuuluu kolme eri sairaalaa ja vastaajien joukko edusti varsin tyyppillistä eri ammattiryhmien välistä suhdetta: lääkärit, hoitajat ja muut sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt (kuten kuntoutusohjaaja, fysioterapeutti). Vastaajajoukon osalta on mahdollista, että kyselyyn vastasivat eniten ne, jotka ovat kiinnostuneita moniammatillisesta yhteistyöstä. Aineiston voi katsoa olevan edustava, mutta tulosten yleistettävyyteen vaikuttaa sen kohdistuminen yhteen keskuksen ja mahdollinen valikoituminen vastaajajoukossa.

Ensimmäistä kyselyä edeltäen ja sen aikana tutkimuksesta tiedotettiin muun muassa käymällä joissakin lähijohdon kokouksissa ja tapaamalla sidosryhmähaastattelujen yhteydessä eri sairaaloiden hallinnon edustajia. Lisäksi tutkimuksesta tehtiin tiedote ja video, jotka julkaistiin sairaaloiden intranetsivuilla. Ensimmäisen kyselyn aloitusajankohta oli hankala kesälomakauden alettua. Siksi kesällä pidettiin taukoa ja jatkettiin syyskuussa. Tutkimuskoordinaattorin kautta saatiin palautetta kyselylomakkeen pituudesta, ja päädyttiin poistamaan kriteerimittari, kun riittävä aineisto tilastolliseen tarkasteluun oli saatu. Kyselylomaketta pidensi se, että siinä oli kolme eri kyselyä (MONAMI, PEN ja WEP). Lokakuussa päädyttiin vielä antamaan mahdollisuus vastata paperilomakkeella, mitä oli toivottu.

Viestintään panostettiin vielä enemmän ennen toista kyselyä. Vastuututkija ja/tai tutkimuskoordinaattori kävi kertomassa tuloksia alkukyselystä ja motivoimassa lähijohtoa kyselyn lähettämiseen ja vastaamisen kannustamiseen. Kyselyjen välillä oli kuitenkin vain vuosi ja se vähensi osaltaan vastaushalukkuutta.

Toisessa kyselyssä paperilomakkeen käyttö mahdollistettiin heti alussa. Toisen kyselyn vastaajajoukko jäi pieneksi, vaikka vastausaktiivisuutta pyrittiin lisäämään. Hankkeen aikataulun takia kyselyaineiston keruuta pidennettiin alkuperäisestä, mutta kolmen muistutuksen jälkeen todettiin, ettei aineistoa enää saada lisää ja kysely päätettiin. Aineiston koko oli kuitenkin riittävä suunniteltuihin tilastollisiin tarkasteluihin.

Sähköisesti toteutetuissa kyselyissä on haasteita matalassa vastausaktiivisuudessa, joka johtuu mm. sähköisestä kyselytulvasta ja siihen liittyvästä vastausväsymyksestä (Ruskoaho ym. 2010). Tässä tutkimuksessa oli haasteena myös se, että organisaatioiden sähköpostijärjestelmä ei mahdollistanut suoraan kyselylinkin lähettämistä. Se oli lähetettävä yhden organisaation tutkimusylilääkärin sähköpostista lähijohdon kautta osallistujille, jolloin se ei ehkä tavoittanut kaikkia kohderyhmään kuuluvia ja toisaalta meni myös vastaanottajille, jotka eivät hoida syöpäpotilaita. Myös tutkimusta varten laadittua kyselylomaketta on kehitettävä jatkossa ja pyrittävä tunnistamaan mahdollisesti poistettavia tai muokattavia osioita. Lyhyempi lomake voisi lisätä vastausaktiivisuutta (Rolstad, Adler & Rydén 2011).

Tätä tutkimusta varten laadittu MONAMI-mittari oli käytössä ensimmäistä kertaa. Tämä on huomioitava tulosten yleistämisessä ja arvioimisessa aikaisempaan tutkimukseen. Mittarin sisäistä validiteettia vahvistettiin perehtymällä moniammatillisen yhteistyön määritelmiin ja siihen yhteydessä oleviin aikaisemmin tunnistettuihin tekijöihin sekä olemassa oleviin kansainvälisiin mittareihin. Tarkempaa käsitteanalyysiä operationalisoinnin perustaksi ei kuitenkaan tehty, sen sijaan analysoitiin systemaattisesti aikaisempaa tutkimustietoa moniammatillisesta toiminnasta (Peltonen ym. 2020). Näennäisvaliditeetti (face validity) varmistettiin tutkimusryhmässä, jossa arvioitiin, vaikuttaako mittari mittaavan sitä, mitä on tarkoitus. Delphi-paneelin käyttäminen sekä pilottitutkimus lisäsivät osaltaan mittarin luotettavuutta.

Mittarin rakennevaliditeettia arvioitiin eksploratiivisella faktorianalyysillä arvioimalla oletussummamuuttujien latautuminen pääkomponenteiksi. Faktorianalyysi tuki melko hyvin oletusrakennetta, mutta arvostusta koskevan summan osalta käänteiset väittämät eivät latautuneet osaksi osasummia. Muilta osin väittämien rakenne toimi hyvin. Moniammatillisen toiminnan summan osalta tiedonkulkuun liittyvistä väittämistä vain osa korreloi selkeästi keskenään. Yhdessä tekemisen väittämät puolestaan korreloivat vahvasti toiminnan palautteen ja arvioinnin väittämien kanssa, ja siksi faktorianalyysi ei tukenut kyseisen osasumman rakennetta sellaisenaan. Moniammatillisen toiminnan kokonaissumman yhtenevyys oli kuitenkin vahva ja yhteiseen tavoitteeseen, osallistumismahdollisuuksiin sekä potilaskeskeisyyteen liittyvät osiot toimivat faktorianalyysin perusteella kohtuullisesti. Myös moniammatillisen toiminnan tuen ja johtamisen summien yhtenevyys oli faktorianalyysin mukaan vahva.

Aikaisemmin luotettavaksi arvioidun kriteerimittarin (CPAT, Schroder ym. 2011) käyttö vahvisti MONAMI-mittarin kriteerivaliditeettia (ks. Burns & Grove 2009). MONAMI-mittarin reliabiliteettia arvioitiin tarkastelemalla mittarin osioiden sisäistä johdonmukaisuutta laskemalla summamuuttujien Cronbach alfa -kertoimet. Tavoiteltava raja on uudelle mittarille > 0.70 , vaikkakin aikaisemmin validoidulle mittarille on > 0.6 riittävä (Burns & Grove 2009). Mittari on pääasiallisesti sisäisesti johdonmukainen (Taulukko 14), mutta arvostusta ja tiedonkulkua koskevien alasummamuuttujien osalta alfa jää alle 0.70 ja edellyttää siksi sisäisen johdonmukaisuuden osalta jatkotyöstämistä. Summamuuttujissa on eroa väittämien lukumäärässä, mikä osaltaan myös vaikuttaa Cronbachin alfa -kertoimiin. Kokonaisuutena MONAMI-mittarin voidaan sanoa toimivan kohtalaisesti. Puuttuvia vastauksia oli vähän, mikä osoittaa mittarin olleen selkeä ja toimiva vastaajien näkökulmasta.

Mittari on saatavilla tekijöiltä. Tekijöiden tarkoitus on kuitenkin jatkaa mittarin kehittämistä, jonka jälkeen se on käytettävissä kansallisen tietoarkiston kautta. Mittarin kehittämisestä tehdään erillinen artikkeli, jossa kuvataan tarkemmin mittarin psykometristen ominaisuuksien arviointi (Sulosaari ym.).

TAULUKKO 14. MONAMI-mittarin Cronbachin alfat.

Summamuuttuja	Cronbachin alfa
Taustamuuttujat	
Moniammatillisen yhteistyön toteuttaminen omassa työssä (4 väittämää)	0.783
Johtaminen (4 väittämää)	0.823
Moniammatillisen toiminnan arvostus (13 väittämää)	0.829
Moniammatillinen toiminta (25 väittämää)	0.934
Moniammatillisen toiminnan tuki ja johtaminen työyksikössä (13 väittämää)	0.929
Moniammatillisen toiminnan tuki ja johtaminen toimintayksikössä (5 väittämää)	0.848

Ammatillisen valtaistumisen arvioinnissa käytetyt PEN- ja WEP-mittarit (Kuokkanen 2003) ovat jo aikaisemmin todettu luotettavaksi. Tässäkin tutkimuksessa summamuuttujien Cronbachin alfa -kertoimet olivat pääasiassa hyvät (0.624–0.863), mutta valtaistuneen toiminnan sosiaalisuussumma jäi alle 0.6 (0.577).

6.2.2 Työpajatyöskentelyt

Laadullisen työpajaosion tavoitteena on ilmiöiden (moniammatillinen yhteistyö, voimaantuminen ja työkäytäntöjen kehittämismahdollisuudet) ymmärtäminen ja kehittäminen. Johnstonin (2016) mukaan käytäntöorientoituneen, osallistavan tutkimuksen luotettavuutta tai hyvyttä voidaan arvioida totuudellisuuden, objektiivisuuden ja tärkeyden mukaan. Totuudellisuus tarkoittaa sitä, että uusi yhteinen ymmärrys ilmiöistä syntyy tutkijoiden ja tutkittavien vuorovaikutusprosessissa, mikä toteutui työ- ja arviointipajoissa. Objektiivisuus tarkoittaa, että tutkijoiden intiot mukautuvat vuorovaikutuksessa työpaikan käytäntöjen ja tieteenalojen kanssa uudeksi, yhteiseksi normatiivisuudeksi (Johnston ym. 2016). VETÄVÄ-hankkeessa tämä on tarkoittanut uutta ymmärrystä syöpäkeskuksen käytäntöjen, moniammatillisen yhteistyön ja voimaantumisen kehittämisestä. Tärkeys (significance) tarkoittaa, että tutkimusprosessi on tuottanut hyödyllistä tietoa sekä käytännön toiminnalle että tutkimustoiminnalle. Tulosten mukaan sekä kokeilut että työpaja- ja arviointiprosessit olivat merkityksellisiä osallistujille, ja prosessi on antanut tutkijoille uutta ymmärrystä tavoitteiden ilmiöistä ja kehittämismenetelmistä.

Laadullisen tapaustutkimuksen raportoinnissa on käytetty naturalistista yleistettävyyttä (Stake, 2000) kuvailevalla esitystavalla: tulokset siirtyvät luonnollisesti, kun raportin lukija näkee yhtymäkohtia tutkittujen tilanteiden ja omien tilanteidensa välillä. Työpajaosion yhteen kietoutuneita kokeilu- ja prosessituloksia tarkastellaan alla kriittisesti.

Pajatyöskentelyssä yksi keskeisimmistä haasteista oli osallistujien rekrytointi. Tutkimuksesta ja siihen liittyvistä pajoista oli tiedotettu organisaatioissa sisäisesti ja myös syöpäkeskuksen yhteyshenkilöiden ja koordinaattorien kautta. Hanketta esiteltiin Läntisen Syöpäkeskuksen kehittämissäpäivässä. Yhteensovittamispaajaan osallistujat kutsuttiin ja osallistujien rekrytointi onnistui paremmin. Työn tuunaamiseen rekrytointia jouduttiin pitkittämään ja lopulta avaamaan myös muille kuin syöpäpotilaan hoitoon osallistuville. Tästä huolimatta yksi ryhmistä jäin hyvin pieneksi (N=4).

Informaation hankkeen tarjoamista mahdollisuuksista ei riittävästi tavoittanut esimiehiä ja sitä kautta alaisia, joita olisi työn tuunaamiseen toivottu enemmän. Kokonaisuutena saatiin kuitenkin kokoon riittävä määrä osallistujia.

Yhteensovittamis pajassa oli ajatuksena tukea organisaatioiden välistä yhteistyötä edistäviä kokeiluja. Kokeilut muodostuivat kuitenkin sairaalakohtaisiksi kehittämistehtäviksi. Kehittämiskokeilujen muotoutumiseen organisaatiokohtaisiksi vaikutti osaltaan työpajan toteuttaminen videoneuvotteluyhteyksin. Käytössä ei ollut sellaista järjestelmää, joka olisi mahdollistanut osallistujien jakamisen sekaryhmiin, vaan ryhmätyöt tehtiin paikkakuntakohtaisissa pienryhmissä. Toisaalta palliatiivisen hoidon käytännöissä oli paljon sellaisia kysymyksiä, joissa oli tarpeen kirkastaa ensin sairaalakohtaisia toimintatapoja. Lisäksi videoneuvottelu mahdollisti ylipäättään organisaatorajat ylittävän pajatyöskentelyn, joka muutoin olisi saattanut välimatkojen vuoksi vaikuttaa osallistujien mahdollisuuksiin osallistua jokaiseen tapaamiskertaan.

Itse kehittelytyötä tehtiin kussakin organisaatiokohtaisessa ryhmässä jossain määrin moniammatillisesti: psykososiaalisen tuen asiantuntijat olivat vahvemmin mukana prosessin alkuvaiheessa, mutta eivät enää niinkään kokeilujen toteuttamisessa ja arvioinnissa. Kehittämisessä painottui näin ollen lääkärin ja hoitotyön ammattilaisten yhteistyö. Osin tähän vaikutti myös pajan suunnitteluvaiheessa tehty rekrytointi, jonka aikana ei onnistuttu viestimään sairaaloiden koordinaattoreille riittävän selkeästi sitä, miten laajaa moniammatillista osallistujakuntaa pajaan toivottiin. Tämän nosti esille esimerkiksi kehittämiskokeilusta 1 vastannut ryhmä.

Osastojen välistä yhteistyötä kehittämään alkanut ryhmä 3 puolestaan oli törmännyt toisentyppiseen kehittämishaasteeseen: sinänsä tarpeellisenä pidetyn aiheen työstämiseen ei onnistuttu löytämään osastoilta yhteistä sekä lääkäri- että hoitajakunnalle sopivaa palaveriaikaa. Yhtenä syynä pidettiin ammatillista tarvetta priorisoida välitön hoitotyö; myöskään suoritekäytäntö ei tue työajan kohdistamista kehittämiselle. Toisaalta kehittämiskokeilun 2 vastuuryhmä raportoi arviointipajassa, että organisaatiossa on aloitettu moniammatillisen tiimin kokoontumiset kerran kuukaudessa. Työpajaprosessin voi siis sanoa parhaimmillaan vauhdittaneen myös ei suoraan kehittämiskokeiluiksi valikoitunutta, paikkakuntakohtaista kehittämisideaa.

7 Jatkotutkimus- ja kehittämisehdotukset

Tulevaisuuden vetovoimainen syöpäkeskus -tutkimushankkeessa (VETÄVÄ) tunnistettiin useita näkökulmia ja tarpeita jatkotutkimukseen ja -kehittämiseen (ks. alla) niin syöpäpotilaita hoitavissa yksiköissä kuin laajemmin erilaisissa terveydenhuollon toimintaympäristöissä kansallisesti ja kansainvälisesti. Työhyvinvoinnilla ja sillä, kuinka eri ammattilaiset yhdessä potilaiden kanssa toimivat, on tulevaisuudessa yhä suurempi merkitys alan vetovoimaisuuden ylläpitämisessä ja lisäämisessä sekä organisaatioiden toiminnan onnistumisessa.

Moniammatillinen johtajuus

- Moniammatillinen johtajuus ja sen edistäminen terveydenhuollossa.
- Moniammatillisen toiminnan johtamisen arviointi ja kehittäminen.
- Lähijohdon ammatillinen voimaantuminen ja osaamisen kehittäminen moniammatillisessa kontekstissa.
- Moniammatillinen yhteistyö ja johtaminen -mittarin jatkokehittäminen ja validointi.

Moniammatillisten työyhteisöjen kehittäminen ja tutkimus

- Työympäristö ja organisaatiokulttuuri moniammatillisen toiminnan ja ammatillisen voimaantumisen edistäjänä tai estäjänä.
- Ammatillinen voimaantuminen yhteisöjen voimavarana.
- Oman työn kehittämiseen osallistumista estävät ja edistävät tekijät.
- Määrällisten, laadullisten ja kehittävien menetelmien yhteensovittaminen tutkimuksen ja syöpäkeskuksen kehittämisen rajapinnoilla.

Potilaan mukaan ottaminen syöpäpotilaan hoidon ja palvelujen kehittämiseen

- Asiakas-ammattilais- tai potilas-ammattilaisrajapinta moniammatillisessa yhteistyössä.
- Potilas-ammattilaisrajapinta ja -suhde ammatilliseen voimaantumiseen vaikuttavana tekijänä.
- Potilaiden näkemykset osana moniammatillisen toiminnan tutkimusta ja kehittämistä.

Työhyvinvoinnilla ja ammattilaisten tavalla toimia yhdessä potilaiden kanssa on tulevaisuudessa yhä suurempi merkitys alan vetovoimaisuudelle sekä organisaatioiden toiminnan onnistumiselle.

Lähteet

Abel, S. E. & Hand, M. W. 2018. Exploring, defining, and illustrating a concept: Structural and psychological empowerment in the workplace. *Nursing Forum* 53(4), 579–584.

Ahonen, H., Virolainen, L. & Gardemeister, S. 2020. Havahdu oppimaan alati kehkeytyvää – oppimisesta kompleksisessa työelämässä. Teoksessa Vartiainen, P. & Raisio, H. (Toim.) Johtaminen kompleksisessa maailmassa – Viisautta pirullisten ongelmien kohtaamiseen. Gaudeamus.

Ahonen, O. 2020. Opiskelijan osaamisen arviointimittarin kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisten palvelujen monialaisessa kontekstissa. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos.

Andregård, A. & Jangland, E. 2015. The tortuous journey of introducing the Nurse Practitioner as a new member of the healthcare team: a meta-synthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 29(1), 3–14.

Aronsson, G., Theorell, T., Grape, T., Hammarström, A., Hogstedt, C., Marteinsdottir, I., Skoog, I., Träskman-Bendz, L. & Hall, C. 2017. A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health* 17(1), 264.

Atjonen, P. 2015. Kehittävä arviointi kasvatusalalla. Kirjokansi; Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere.

Baarle, S. van, Dolmans, S. D. & Bobelyn, A. S. 2019. Beyond command and control: tensions arising from empowerment initiatives. *Organization Studies* 2, 1–23.

Bilodeau, K., Dubois, S. & Pepin, J. 2015. Interprofessional patient-centred practice in oncology teams: Utopia or reality? *Journal of Interprofessional Care* 29(2), 106–112.

Biron, M. & Bamberger, P. 2010. The impact of structural empowerment on individual well-being and performance: Taking agent preferences, self-efficacy and operational constraints into account. *Human Relations* 63(2), 163–191.

Brownson, R. C., Fielding, J. E. & Green, L. W. 2018. Building capacity for evidence-based public health: Reconciling the pulls of practice and the push of research. *Annual Review of Public Health* 1(39), 27–53.

Burns, N. & Grove, S. 2009. The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence. 6. piano's. W.B. Saunders Company. St Louis, USA.

Busari, J. O., Moll, F. M. & Duit, J. 2017. Understanding the impact of interprofessional collaboration on the quality of care: a case report from a small-scale resource limited health care environment. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 10, 227–234.

Chamberlain-Salaun, J., Mills, J. & Usher, K. 2013. Terminology used to describe health care teams: an integrative review of the literature. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 6, 65–74.

Collin, K., Valleala, U. M., Herranen, S., Paloniemi, S. & Pyhälä-Liljeström, P. 2012. Yhteistyö- ja moniammatillisuus akuuttihoitossa ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön kehittäminen sairaalan päivystysalueella. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 49, 31–43.

Copeland, D., Miller, K. & Clanton, C. 2020. The Creation of an Interprofessional Evidence-Based Practice Council. *Journal of Nursing Administration* 50(1), 12–15.

D'Amour D., Ferrada-Videla, M., San Martín-Rodriguez, L. S. & Beaulieu, M-D. 2005. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care* 19 Supplement 1, 116–131.

Das, I., Baker, M., Altice, C., Castro, K. M., Brandys, B. & Mitchell, S. A. 2018. Outcomes of multidisciplinary treatment planning in US cancer care settings. *Cancer* 124(18), 3656–3367.

Denton, E. & Conron, M. 2016. Improving outcomes in lung cancer: The value of the multidisciplinary health care team. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 30(9), 137–144.

Diefenbach, T. & Sillince, J. A. A. 2011. Formal and Informal Hierarchy in Different Types of Organization. *Organization Studies* 32(11), 1515–1537.

Dossett, L. A., Hudson, J. N., Morris, A. M., Lee, M.C., Roetzheim, G., Feters, M. D. & Quinn G. P. 2017. The primary care provider (PCP)-cancer specialist relationship: A systematic review and mixed-methods meta-synthesis. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 67(2), 156–169.

Duarte J. & Pinto-Gouveia J. 2017. Mindfulness, self-compassion and psychological inflexibility mediate the effects of a mindfulness-based intervention in a sample of oncology nurses. *Journal of Contextual Behavioral Science* 6(2), 125–133.

Edwards, A. (Ed.) 2017. Working relationally in and across practices. A cultural-historical approach to collaboration. Cambridge, UK.

Eloranta, S. & Kuusela, M. 2011. Moniammatillinen yhteistyö – katsaus suomalaisiin hoitotieteellisiin opinnäytetöihin. *Tutkiva Hoitotyö* 9(3), 4–13.

Engeström, Y. 1995. Kehittävä työntutkimus: Perusteita, tuloksia ja haasteita. Hallinnon kehittämiskeskus. Painatuskeskus, Helsinki.

Engeström, Y. 2007. Putting Vygotsky to work: the Change Laboratory as an application of Double Stimulation. In H. Daniels, M. Cole & J. W. Wertsch (Eds.), *The Cambridge Companion to Vygotsky*. Cambridge, UK, 362–382.

Engeström, Y. 2014. *Learning by expanding. An activity-theoretical approach to developmental research*. 2nd edition. Cambridge, UK.

Eskildsen, N. B., Joergensen, C. R., Thomsen, T. G., Ross, L., Dietz, S. M., Groenvold, M. & Johnsen, A. T. 2017. Patient empowerment: a systematic review of questionnaires measuring empowerment in cancer patients. *Acta Oncologica* 56(2), 156–165.

European Commission 2020. Europe's beating cancer plan initiative. Viitattu 7.6.2020 <https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/12154-Europe-s-Beating-Cancer-Plan>.

Flood, B., Smythe, L., Hocking, C. & Jones, M. 2019. Interprofessional practice: Beyond competence. *Advances in Health Sciences Education* 24(1), 489–501.

Folkman, A. K., Tveit, B. & Sverdrup, S. 2019. Leadership in interprofessional collaboration in health care. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 30(12), 97–107.

Fox L., Onders, R., Hermansen-Kobulnicky, C., Nguyen, T., Myran, L., Linn, B. & Hornecker, J. 2018. Teaching interprofessional teamwork skills to health professional students: A scoping review. *Journal of Interprofessional Care* 32(2), 127–135.

Gagliardi, A. R., Dobrow, M. J. & Wright, F. C. 2011. How can we improve cancer care? A review of interprofessional collaboration models and their use in clinical management. *Surgical Oncology* 20(3), 146–154.

Galletta, M., Portoghese, I., Fabbri, D., Pilia, I. & Campagna, M. 2016. Empowering Workplace and Wellbeing Among Healthcare Professionals: The Buffering Role of Job Control. *Acta Biomed for Health Professions* 87(2), 61–69.

Gillman, L., Adams J., Kovac, R., Kilcullen, A., House, A. & Doyle, C. 2015. Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for adult patients with malignancy: a comprehensive systematic review. *JBIC Database of Systematic Reviews & Implementation Reports* 13(5), 131–204.

Goedhart, N.S., van Oostveen, C. J. & Vermeulen, H. 2017. The effect of structural empowerment of nurses on Quality outcomes in hospitals: a scoping review. *Journal of Nursing Management* 25(3), 194–206.

Golom, F. D. & Schreck J.S. 2018. The journey to interprofessional collaborative practice: Are we there yet? *Pediatric Clinics of North America* 65(1), 1–12.

Grunfeld, E., Whelan, T. J., Zitzelsberger, L., Willan, A. R., Montesanto, B. & Evanset, W. K. 2000. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *Canadian Medical Association Journal* 163(2), 166–169.

Hakanen, J. 2011. Työn imu. Työterveyslaitos: Helsinki. https://www.ttl.fi/wp-content/uploads/2018/09/TTL_tyonimu.pdf.

Harju, L., Aminoff, M., Pahkin, K. & Hakanen, J. 2015. Inspistä! Työn tuunaajan inspiraatiokirja. Työterveyslaitos (Ed.) Viitattu 8.6.2020 <https://www.ttl.fi/wp-content/uploads/2016/11/tyon-tuunaajan-inspiraatiokirja.pdf>.

Johnston, R. B., Reimers, K. & Klein, S. 2016. Performing research validity: A “mangle of practice” approach. In L. Introna, D., Kavanach, S., Kelly, W., Orlikowsky & S., Scott (Eds.), *Beyond interpretivism? New encounters with technology and organization*. IFIP WG 8.2. Working Conference on Information Systems and Organizations. Proceedings. Cham, Springer, Switzerland.

Hlubocky, F. J., Back, A. L. & Shanafelt, T. D. 2016. Addressing Burnout in Oncology: Why Cancer Care Clinicians Are At Risk, What Individuals Can Do, and How Organizations Can Respond. *American Society of Clinical Oncology. ASCO Educational Book*, 271–279.

Hoerger, M. 2019. Impact of Interdisciplinary Outpatient Specialty Palliative Care on Survival and Quality of Life in Adults With Advanced Cancer: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine* 53(7), 674–685.

Isoherranen, K. 2006. Moniammatillinen yhteistyö. WSOY. Helsinki.

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos.

Janhonen, M., Toivanen, M., Eskelinen, K., Heikkilä, H. & Järvensivu, A. 2015. Rajoja rikkova työ – kohti sujuvia toimintakäytäntöjä verkostoituvassa ja lohkoutuvassa työssä. Työterveyslaitos, Helsinki.

Joanna Briggs Institute 2010. Evidence on determining the impact of Magnet designation on nursing and patient outcomes. Best Practice: evidence-based information sheets for health professionals 14(11), 1–4.

Joensuu, H. 2013. Syövän hoidon yleiset periaatteet. Joensuu, H., Roberts, P.J., Kellokumpu, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) *Syöpätaudit*. Kustannus Oy Duodecim, Jyväskylä.

James, T.A., Page, J.S. & Sprague, J. 2016. Promoting interprofessional collaboration in oncology through a teamwork skills simulation programme. *Journal of Interprofessional Care* 30(4), 539–541.

Jones, M.C., Wells, M., Gao, C., Cassidy, B. & Davie, J. 2013. Work stress and well-being in oncology settings: a multidisciplinary study of health care professionals. *Psycho-Oncology* 22(1), 46–53.

Jørgensen, C. R., Thomsen, T. G., Ross, L., Dietz, S. M., Therkildsen, S., Groenvold, M., Charlotte, L., Rasmussen, C. L. & Johnsen, A. T. 2018. What facilitates “Patient empowerment” in cancer patients during follow-up: A qualitative systematic review of the literature. *Qualitative Health Research* 28(2), 292–304.

Kajamaa, A. 2011. Unravelling the helix of change. An activity-theoretical study of health care change efforts and their consequences. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Käyttätymistieteiden laitos.

Karam, M., Brault, I., Van Durme, T. & Macq, J. 2018. Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. *International Journal of Nursing Studies* 79, 70–83.

Kekoni, T., Mönkkönen, K., Hujala, A., Laulainen, S. & Hirvonen, J. 2019. Moniammatillisuus käsitteenä ja käytänteinä. Teoksessa Mönkkönen, K., Kekoni, T. & Pehkonen, A. (toim.). Moniammatillinen yhteistyö – Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Gaudeamus, Helsinki.

Kerosuo, H. & Engeström, Y. 2003. Boundary crossing and learning in creation of new work practice. *Journal of Workplace Learning* 15(7/8), 345–351.

Kleiner, S. & Wallace, J.E. 2017. Oncologist burnout and compassion fatigue: investigating time pressure at work as a predictor and the mediating role of work-family conflict. *BMC Health Services Research* 17(1), 639.

Knoop, T., Wujcik, D. & Wujcik, K. 2017. Emerging Models of Interprofessional Collaboration in Cancer Care. *Seminar in Oncology Nursing* 33(4), 459–463.

Korpela, T. 2017. Palvelun merkityksellistäminen sensemaking-näkökulman valossa – Tutkimus sairaalan hoitoprosessista. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Johtamiskorkeakoulu.

Kuokkanen, L. & Leino-Kilpi, H. 2001. The qualities of an empowered nurse and the factors involved. *Journal of Nursing Management* 9(5), 273–280.

Kuokkanen, L. 2003. Nurse Empowerment. A Model of Individual and Environmental Factors. Väitöskirja. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kuokkanen, L., Suominen, T., Rankinen, S., Kukkurainen, M-L., Savikko, N. & Doran, D. 2007. Organizational change and work-related empowerment. *Journal of Nursing Management* 15(5), 500–507.

Kuokkanen, L., Suominen, T., Härkönen, E., Kukkurainen, M-L., & Doran, D. 2009. Effects of organizational change on work-related empowerment, employee satisfaction, and motivation. *Nursing Administration Quarterly* 33(2), 116–124.

Kuokkanen, L., Leino-Kilpi, H. & Katajisto, J. 2012. Valtaistumista edistävät ja estävät tekijät sairaanhoitajan työssä. *Tutkiva Hoitotyö* 10(3), 4–11.

Kuokkanen, L., Leino-Kilpi, H., Katajisto, J., Heponiemi, T., Sinervo, T. & Elovainio, M. 2014. Does Organizational Justice Predict Empowerment? Nurses Assess Their Work Environment. *Journal of Nursing Scholarship* 46(5), 349–356.

Kuokkanen, L., Leino-Kilpi, H., Numminen, O., Isoaho, H., Flinkman, M. & Meretoja, R. 2016. Newly graduated nurses' empowerment regarding professional competence and other working related factors. *BMC Nursing* 24, 5:22. Viitattu 8.6.2020 <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-016-0143-9>.

Lammintakanen, J., Rissanen, S., Peronmaa-Hanska, E., Joensuu, M. & Ruottu, T. 2016. Johtaminen ja kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa – monialaisen ja ammattiryhmäkohtaisen toiminnan käytännöt ja rakenteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:68.

Lagerlund, M., Sharp, L., Lindqvist, R., Runesdotter, S. & Tishelman, C. 2015. Intention to leave the workplace among nurses working with cancer patients in acute care hospitals in Sweden. *European Journal of Oncology Nursing* 19(6), 629–637.

Laschinger, H., Spence, K. & Finegan, J. 2005. Empowering nurses for work engagement and health in hospital settings. *Journal of Nursing Administration* 35(10), 439–449.

Laschinger, H. K. S. & Leiter, M. P. 2006. The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: the mediating role of burnout/engagement. *Journal of Nursing administration* 36(5), 259–267.

Laschinger, H. K. S. 2008. Effect of empowerment on environments, work satisfaction and patient care quality. *Journal of Nursing Care Quality* 23(4), 322–330.

Laschinger, H. K. S. & Smith, L. M. 2013. The influence of authentic leadership and empowerment on new-graduate nurses' perceptions of interprofessional collaboration. *The Journal of Nursing Administration* 43(1), 24–29.

Launis, K., Schaupp, M., Koli, A. & Rauas-Huuhtanen, S. 2010. Muutospajaohjaajan opas. Tykes-raportteja 71. Helsinki. Viitattu 7.6.2020 <http://metsahyvinvointi.fi/wp-content/uploads/2014/10/2010-Tykes-muutospajahjaajan-opas-pdf>.

Laurila, M. 2017. ”Me ollaan kaikki samassa veneessä ja soudetaan yhdessä samaan suuntaan”. Esimiesten ja henkilöstön käsityksiä hyvästä muutosjohtajuudesta. Väitöskirja. Vaasan yliopisto. Johtamisen yksikkö.

Leathard, A. 2003. Interprofessional collaboration: From policy to practice in health and social care. Routledge. New York, USA.

Leino, H-M. 2012. Moniammatillisen yhteistyöosaamisen kehittyminen kliinisessä harjoittelussa. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Leijen-Zeelenberg, J. van, Raak, A. van, Duimel-Peters, I., Kroese, M., Brink, P. & Vrijhoef, H. 2015. Interprofessional communication failures in acute care chains: How can we identify the causes? *Journal of Interprofessional Care* 29(4), 320–330.

Lillebo, B. & Faxvaag, A. 2015. Continuous interprofessional coordination in perioperative work: an exploratory study. *Journal of Interprofessional Care* 29 (2), 125–130.

Lu, H., Zhao, Y. & Whileb, A. 2019. Job satisfaction among hospital nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies* 94, 21–31.

Magnavita, N., Sestili, C., Mannocci, A., Ercoli, E., Boccia A., Bonaga, G., Sica, S., Maurici, M., Alvaro, R., Sili, A., Cartoni, C. & La Torre, G. 2018. Mental and physical well-being in oncology hematology–unit personnel. *Archives of Environmental & Occupational Health* 73(6), 375–380.

Malja, P. 2016. Opiskelijoiden käsitykset moniammatillisuustaidoista ja niiden kehittymisestä sosiaali- ja terveysalan koulutuksessa. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Maneesriwongul, W. & Dixon, J. K. 2004. Instrument translation process: a methods review. *Journal of Advanced Nursing* 48(2), 175–186.

Markkola, K. 2013. Moniammatillinen, ammattiryhmien välinen ja ammattirajat ylittävä yhteistyö erikoissairaanhoidossa. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

McComb, S., Henneman, E. A., Hinchey, K.T., Richardson, C. J., Peto, R.R., Kleppel, R. & Rose, D. N. 2012. Improving teamwork on general medical units: When teams do not work face-to-face. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 38(10), 471–478.

McComb, S. & Hebdon, M. 2013. Enhancing Patient Outcomes in Healthcare Systems Through Multidisciplinary Teamwork. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 16(6), 669–672.

Mercedes, B., Fairman, A., Hogan, L. Thomas, R. & Slyer, J. T. 2016. Effectiveness of structured multidisciplinary rounding in acute care units on length of stay and satisfaction of patients and staff: a quantitative systematic review. *JBHI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 14(7), 131–168.

Mikkeli, H. & Pakkasvirta, J. 2007. Tieteiden välissä? Johdatus monitieteisyyteen, tieteidenvälisyyteen ja poikkitieteisyyteen. WSOY oppimateriaalit Oy, Helsinki.

Mitzkat, A., Berger, S., Reeves, S. & Mahler, C. 2016. More terminological clarity in the interprofessional field – a call for reflection on the use of terminologies, in both practice and research, on a national and international level. *GMS Journal for Medical Education* 33(2). Viitattu 28.6.2020 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4895843/pdf/JME-33-36.pdf>.

Moilanen, T., Leino-Kilpi, H., Koskela, I., Kuusisto, H., Siekkinen, M., Sulosaari, V., Vahlberg, T., Stolt, M. Healthcare professionals' perceptions of the prerequisites and realization of interprofessional collaboration in cancer care. *European Journal of Cancer Care* 29(1), e13197.

Moilanen, T., Leino-Kilpi, H., Seppänen, L., Kuusisto, H., Siekkinen, M., Sulosaari, V., Vahlberg, T., Stolt, M. 2020. Leadership and administrative support for interprofessional collaboration in cancer center. Lähetetty uudelleen arvioitavaksi.

Murali, K., Makker, V., Lynch, J. & Banerjee, S. 2018. From Burnout to Resilience: An Update for Oncologists. American Society of Clinical Oncology. ASCO Educational book, 862–872.

Mönkkönen, K., Kekoni, T., Jaakola, A-M., Profiam Sosiaalipalvelut Oy:n henkilöstö & Pehkonen, A. 2019. Kohti monitoimijaista kehittämistä. Teoksessa Mönkkönen, K., Kekoni, T. & Pehkonen, A. (toim.). Moniammatillinen yhteistyö – Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Gaudeamus, Helsinki.

Olender, L., Capitolo, K. & Nelson, J. 2020. The Impact of Interprofessional Shared Governance and a Caring Professional Practice Model on Staff's Self-report of Caring, Workplace Engagement, and Workplace Empowerment Over Time. *Journal of Nursing Administration* 50(1), 52–58.

Patton, M. Q. 2011. Developmental Evaluation. Applying complexity concepts to enhance innovation and use. The Guilford Press, New York, USA.

Pearson, A., O'Brien, L., Thomson, D., Doucette, E., Tucker, D., Wiechula, R., Long, L., Porritt, K. & Jordan, J. 2006. Systematic review of evidence on the impact of nursing workload and staffing on establishing healthy work environments. *International Journal of Evidence Based Health Care* 4(4), 337–384.

Peltonen, J., Leino-Kilpi, H., Heikkilä, H., Rautava, P., Tuomela, K., Siekkinen, M., Sulosaari, V. & Stolt, M. 2020. Instruments measuring interprofessional collaboration in healthcare – a scoping review *Journal of Interprofessional Care* 34(2), 147–161.

Petri, L. 2010. Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration. *Nursing Forum* 45(2), 73–76.

Pitkaniemi, J., Malila, N., Virtanen, A., Degerlund, H., Heikkinen, S., Seppä, K. 2020 Syöpä 2018. Tilastoraportti Suomen syöpätilanteesta. Suomen Syöpäyhdistyksen julkaisuja nro 93. Suomen Syöpäyhdistys, Helsinki. Viitattu 7.6.2020 https://syoparekisteri.fi/assets/files/2020/05/Syopa2018_raportti.pdf.

Poitras, M-E. & Maltais, M-E., Bestard-Denommé, L., Stewart, M. & Fortin, M. 2018. What are the effective elements in patient-centered and multimorbidity care? A scoping review *BMC Health Services Research* 18(1), 446. Viitattu 8.6.2020 <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3213-8>.

Polit, D. F. & Beck, C. T. 2006. *Essentials of nursing research. Methods, Appraisal, and Utilization*. 6th edition. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.

Pomare, C., Long, J. C., Churrua, K., Ellis, L. A. & Braithwaite, J. 2020. Interprofessional collaboration in hospitals: a critical, broad-based review of the literature. *Journal of Interprofessional Care* 13, 1–11.

Päätaalo, K. & Kauppi, S. 2016. Työhyvinvointi lääkärin työssä – systemaattinen kirjallisuuskatsaus työkykyjohtamisen tueksi terveydenhuollon organisaatioihin. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 53(1), 30–43.

Reeves, R. S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D. & Zwarenstein, M. 2013 Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *The Cochrane Database Systematic reviews* 28(3).

Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J. & Zwarenstein, M. 2017 Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes (Update). *The Cochrane Database Systematic reviews* 6(6).

Rolstad, S., Adler, J. & Rydén, A. 2011. Response burden and questionnaire length: is shorter better? A review and meta-analysis. *Value Health* 14(8), 1101–1108.

Romppanen, T., Rantanen, A., Kuokkanen, L., Roine-Mentula, K., Vuorinen, R. & Suominen, T. 2013. Reumapotilaita hoitavan henkilökunnan työn hallinta sekä työn hallintaa estävät ja edistävät tekijät. *Hoitotiede* 25(4), 266–278.

Ruskoaho, J., Vänskä, J., Heikkilä, T., Hyppölä, H., Halila, H., Kujala, S., Virjo, I. & Mattila, M. 2010. Postitse vai sähköisesti? Näkemyksiä tiedonkeruumenetelmän valintaan *Lääkäri 2008 -tutkimuksen pohjalta*. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 47(4), 279–285.

Ruotsalainen, J.H., Verbeek, J.H., Mariné, A. & Serra, C. 2015. Preventing occupational stress in healthcare workers. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 11(4).

Saari, E. & Kallio, K. 2011. Developmental impact evaluation for facilitating learning in innovation networks. *American Journal of Evaluation* 32(2), 227–245.

Saini, K.S., Taylor, C., Ramirez, A-J., Palmieri, C., Gunnarsson, U., Schmoll, H. J., Dolci, S.M., Ghenne, C., Metzger-Filho, O., Skrzypski, M., Paesmans, M., Ameye, L., Piccart-Gebhart, M. J. & de Azambuja, E. 2012. Role of the multidisciplinary team in breast cancer management: Results from a large international survey involving 39 countries. *Annals of Oncology* 23(4), 853–859.

Salmond, S.W., Begley, R., Brennan, J. & Saimbert, M. K. 2009. A Comprehensive Systematic Review of Evidence on Determining the Impact of Magnet Designation on Nursing and Patient Outcomes: Is the Investment Worth It? *JB Library of Systematic Reviews* 7(26), 1119–1178.

Sangaleti, C., Schveitze, M. C., Peduzzi, M., Zoboli, E. & Soares, C. A. 2017. Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. *JB Database System Reviews and Implementation Reports* 15(11), 2723–2788.

Schaupp, M., Koli, A., Kurki, A-L. & Ala-Laurinaho, A. 2013. Yhteinen muutos. Työhyvinvointia työtä kehittämällä. Helsinki: Työterveyslaitos.

Schroder, C., Medves, J., Paterson, M., Byrnes, V., Chapman, C., O’Riordan, A., Pichora, D. & Kelly, C. 2011. Development and pilot testing of the collaborative practice assessment tool. *Journal of Interprofessional Care* 25(3), 189–195.

Sehlen, S., Vordermark, D., Schäfer, C., Herschbach, P., Bayerl A., Pigorsch, S., Rittweger, J., Dormin, C., Bölling, T., Wypior, H. J., Zehentmayr, F., Schulze, W., Geinitz, H. & DEGRO Quality of Life Work Group. 2009. Job stress and job satisfaction of physicians, radiographers, nurses and physicists working in radiotherapy: a multicenter analysis by the DEGRO Quality of Life Work Group. *Radiation Oncology* 4 (6). Viitattu 8.6.2020 <http://ro-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-717X-4-6>.

Seidman, I. 2013. Interviewing as qualitative research: A guide researchers in education and the social sciences (4th ed.). Teachers College Press. New York, USA.

Seppänen, L., Schaupp, M., Toiviainen, H., Ala-Laurinaho, A., Heikkilä, H., Kira, M., Korpelainen, E., Lallimo, J., Ruotsala, R. & Uusitalo, H. 2012. Palveluverkostojen asiakasymmärryksen tutkimuslähtökohtia. Konseptimuutosten haasteet ja työhyvinvointi. Toiminnan, kehityksen ja oppimisen tutkimusyksikkö CRADLE, Tutkimusraportteja 13. Työterveyslaitos, Helsingin yliopisto, Aalto-yliopisto & Tekes, Helsinki.

Seppänen, L., Heikkilä, H., Kira, M., Lallimo, J., Ruotsala, R., Schaupp, M. & Ala-Laurinaho, A. 2014a. Palveluverkostojen muuttuvat toimintakonseptit. Asiakasymmärrys, välineet ja työhyvinvointi verkostoyhteistyössä. Tietoa työstä. Työterveyslaitos.

Seppänen, L., Toiviainen, H., & Kira, M. 2014b. Palveluverkostojen asiakasymmärrys muutoksessa. In T. Pakarinen & T. Mäki (Eds.), Henkilöstöjohtaminen kurkiauran kärkeen. Uudistumisen sykkettä palveluihin. Edita, Helsinki, 135–150.

Seppänen, L. & Toiviainen, H. 2017. Relational agency and the development of tools in service networks. In A. Edwards (Ed.), Working relationally in and across practices. A cultural-historical approach to collaboration. Cambridge University Press, Cambridge, UK, 153–171.

Seppänen, L., Heikkilä, H., Koskela, I., Leino-Kilpi, H., Rautava, P., Stolt, M., Siekkinen, M., Valtanen, E., Walta, L. & Sulosaari, V. 2020. Coordination, community building and co-creation in interprofessional development efforts in cancer care. Lähetetty arvioitavaksi.

Siekinen, M., Kuokkanen, L., Kuusisto, H., Leino-Kilpi, H., Rautava, P., Rekunen, M., Seppänen, L., Stolt, M., Walta, L. & Sulosaari, V. 2020. Perceptions of work empowerment among personnel of cancer care: A cross-sectional study. Lähetetty arvioitavaksi.

Singh, G., Owens, J. & Cribb, A. 2017. What are the professional, political and ethical challenges of co-creating health care systems? *AMA Journal of Ethics. Medicine and Society* 19(11), 1132–1138.

Smith, L.M., Andrusyszyn, M. A. & Laschinger, H. S. 2010. Effects of workplace incivility and empowerment on newly-graduated nurses' organizational commitment. *Journal of Nursing Management* 18(8), 1004–1015.

Smith, T., Fowler-Davis, S., Nancarrow, S., Ariss, S. M. B. & Enderby, P. 2018. Leadership in interprofessional health and social care teams: a literature review. *Leadership in Health Services* 31(4), 452–467.

Sørensen, M., Stenberg, U. & Garnweidner-Holme, L. 2018. A scoping review of facilitators of multi-professional collaboration in primary care. *International Journal of Integrated Care* 18(3), 1–14.

Sosiaali- ja terveysministeriö [STM] N.d. Työhyvinvointi. Viitattu 19.6.2020 <https://stm.fi/tyohyvinvointi>.

Sosiaali- ja terveysministeriö [STM] 2014. Kansallinen Syöpäkeskus –Comprehensive Cancer Center Finland (FICAN). Kansallisen syöpäkeskuksen perustamista selvittäneen työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:13.

Sosiaali- ja terveysministeriö [STM] 2020. Sote-uudistus. Viitattu 7.6.2020 <https://soteuudistus.fi/>.

Soukup, T., Lamb, B. W., Arora, S., Darzi, A., Sevdalis, N. & Green, J. S. A. 2018. Successful Strategies in Implementing a Multidisciplinary Team Working in the Care of Patients With Cancer: An Overview and Synthesis of the Available Literature. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 9(11), 49–61.

Stake, R. E. 2000. The case study method in social inquiry. *Educational Researcher* 7(2), 5–8.

Stolt, M., Karukivi, J., Siekkinen, M., Rautava, P., Seppänen, L., Sulosaari, V. & Leino-Kilpi, H. 2020. Relationship between interprofessional collaboration relationship and work empowerment in the cancer centre. Jätetty arvioitavaksi.

Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E. & Deutschlander, S. 2009. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care* 23(1), 41–51.

Syöpäjärjestöt. Syöpä Suomessa. Viitattu 7.6.2020. <https://www.syopajarjestot.fi/julkaisut/raportit/syopa-suomessa-2016/syovat-vuonna-2030/>.

Syväjärvi, A. & Pietikäinen, V. 2016. Kohti inhimillistä ja tehokasta sosiaali- ja terveysalan organisaatioiden johtamista. Teoksessa Syväjärvi, A. & Pietiläinen, V (toim.) *Inhimillinen ja tehokas sosiaali- ja terveysjohtaminen*. Tampere University Press, Tampere, 11–28.

Taylor, C., Shewbridge, A., Harris, J. & Green, J. S. 2013. Benefits of multidisciplinary teamwork in management of breast cancer. *Breast cancer: Targets and Therapy* 30(5), 79–85.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos [THL] 2020. Kansantaudit. Syöpä. Syövän yleisyys. Viitattu 7.6.2020. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/syopa/syovan-yleisyys>.

Teräs, M. 2015. Inter-professional working and learning: instructional actions and boundary crossing and boundary making in oral healthcare. *Journal of Education and Work* 29(5), 614–636.

Toh, S.G., Ang, E. & Devi, M. K. 2012. Systematic review on the relationship between the nursing shortage and job satisfaction, stress and burnout levels among nurses in oncology/haematology settings. *International Journal of Evidence Based Health Care* 10(2), 126–141.

Tuokko, K. 2015. Moniammatillinen oppiminen kehittää terveydenhuollon opiskelijoiden moniammatillista yhteistyöosaamista. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Trus, M., Galdikiene, N., Balciunas, S., Green, P., Helminen, M. & Suominen, T. 2018. Connection between organizational culture and climate and empowerment: The perspective of nurse managers. *Nursing & Health Sciences* 21(1), 54–62.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakkoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019.

Työn imua työtä tuunaamalla -pikaopas. 2020. Työterveyslaitos. <https://www.ttl.fi/oppimateriaalit/tilaa-opas/tyon-imua-tyota-tuunaamalla-pikaopas/>

Työn imua työtä tuunaamalla -verkkovalmennus. 2018. Työterveyslaitos.

Työn tuunaaminen. 2020. Työterveyslaitos. <https://www.ttl.fi/tyontekija/tyon-imu/tyon-tuunaaminen/>

Työterveyslaitos 2010. Työterveys ja -turvallisuus sosiaali- ja terveysalalla 2000-luvulla. Sosiaali- ja terveysala riskiprofiili. Viitattu 27.9.2016 http://www.ttl.fi/fi/tyoturvallisuus_ja_riskien_hallinta/riskien_hallinta/riskit_altistuminen/riskiprofiilit/Documents/Sosiaali-%20ja%20terveysalan%20riskiprofiili%202010.pdf.

Walta, L., Heikkilä, J., Stolt, M., Leino-Kilpi, H., Siekkinen, M., Jyrkkö, S. & Sulosaari, V. 2020. Moniammatillisen yhteistyön kehittämistarpeet syöpäkeskustoiminnan alkaessa – esimerkkinä Läntinen Syöpäkeskus. Jätetty arvioitavaksi.

Walters, S. J., Stern, C. & Robertson- Malt, S. 2016. The measurement of collaboration within healthcare settings: a systematic review of measurement properties of instruments. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 14(4), 138–197.

Vardaman, J. M. 2020. Retaining nurses in a changing health care environment: The role of job embeddedness and self-efficacy. *Health Care Management Review* 45(1), 52–59.

World Health Organization [WHO] 2010. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Viitattu 7.6.2020 <https://www.whpa.org/activities/interprofessional-collaborative-practice>.

World Health Organization [WHO] 2020. Cancer. Viitattu 7.6.2020 https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1.

Wresniewski, A. & Dutton, J. E. 2001. Crafting a job: Revisioning employees as active crafters of their work. *The Academy of Management Review* 26(2), 179–201.

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.

Xyrichis, A., Reeves, S. & Zwarenstein, M. 2018. Examining the nature of interprofessional practice: An initial framework validation and creation of the InterProfessional Activity Classification Tool (InterPACT). *Journal of Interprofessional Care* 34(4), 416–425.

Ylisassi, H., Hasu, M., Heikkilä, H., Käpykangas, S., Saari, E., Seppänen, L. & Valtanen, E. 2016. Työntekijöiden kehittämistoimijuutta edistämässä. Kehittämismenetelmäkokeilujen tuloksia vanhuspalveluissa. Työterveyslaitos. Viitattu 11.2.2017 <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130508/Ty%C3%B6ntekij%C3%B6iden%20kehitt%C3%A4mist%C3%B6imijuutta%20edist%C3%A4m%C3%A4ss%C3%A4.pdf?sequence=1>.

Zwarenstein, M., Goldman, J. & Reeves, S. 2009. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and health care outcomes. *Cochrane database of Systematic reviews* 8(3).

Liitteet

Liite 1. Tulevaisuuden vetovoimainen syöpäkeskus (VETÄVÄ) -hankejulkaisut

Tieteelliset artikkelit

Peltonen, J., Leino-Kilpi, H., Heikkilä, H., Rautava, P., Tuomela, K., Siekkinen, M., Sulosaari, V. & Stolt, M. 2020. Instruments measuring interprofessional collaboration in healthcare – a scoping review. *Journal of Interprofessional Care* 34(2), 147–161.

Moilanen, T., Leino-Kilpi, H., Koskela, I., Kuusisto, H., Siekkinen, M., Sulosaari, V., Vahlberg, T., Stolt, M. 2020. Healthcare professionals' perceptions of the prerequisites and realization of interprofessional collaboration in cancer care. *European Journal of Cancer Care* 29(1), e13197.

Moilanen, T., Leino-Kilpi, H., Seppänen, L., Kuusisto, H., Siekkinen, M., Sulosaari, V., Vahlberg, T., Stolt, M. 2020. Leadership and administrative support for interprofessional collaboration in cancer center. Lähetetty uudelleen arvioitavaksi.

Seppänen, L., Heikkilä, H., Koskela, I., Leino-Kilpi, H., Rautava, P., Stolt, M., Siekkinen, M., Valtanen, E., Walta, L. & Sulosaari, V. 2020. Coordination, community building and co-creation in interprofessional development efforts in cancer care. Lähetetty arvioitavaksi.

Siekkinen, M., Kuokkanen, L., Kuusisto, H., Leino-Kilpi, H., Rautava, P., Rekunen, M., Seppänen, L., Stolt, M., Walta, L. & Sulosaari, V. 2020. Perceptions of work empowerment among personnel of cancer care: A cross-sectional study. Lähetetty arvioitavaksi.

Sulosaari, V., Heikkilä, H., Rautava, P., Rekunen, M., Siekkinen, M., Stolt, M. & Leino-Kilpi, H. Development of an instrument to measure Interprofessional collaboration and leadership (ICL). Lähetetään arvioitavaksi hankkeen jälkeen.

Sulosaari, V., Rekunen, M., Stolt, M. & Leino-Kilpi, H. 2020. Syöpää sairastavia hoitavien sairaanhoitajien näkemykset moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta. Lähetetään arvioitavaksi hankkeen jälkeen.

Stolt, M., Karukivi, J., Siekkinen, M., Rautava, P., Seppänen, L., Sulosaari, V. & Leino-Kilpi, H. 2020. Relationship between interprofessional collaboration relationship and work empowerment in the cancer centre. Lähetetty arvioitavaksi.

Walta, L., Heikkilä, J., Stolt, M., Leino-Kilpi, H., Siekkinen, M., Jyrkkiö, S. & Sulosaari, V. 2020. Moniammatillisen yhteistyön kehittämistarpeet syöpäkeskustoiminnan alkaessa – esimerkkinä Läntinen Syöpäkeskus. Lähetetty arvioitavaksi.

Ammatilliset artikkelit

Walta, L., Heikkilä, H., Jyrkkiö, S., Kosklin, S., Siekkinen, M., Stolt, M. & Sulosaari, V. 2019. Moniammatillisuus hitsaa toimijoita yhteen. Pro Terveys 3-2019.

Rekunen, M., Mäkinen, R., Leino-Kilpi, H. & Sulosaari, V. 2020. Ammatillinen valtaistuminen syöpäkeskuksessa – syöpäsairaanhoitajan näkökulma. Syöpäsairaanhoitaja. Lähetetty arvioitavaksi.

Rautava, P. & Sulosaari V. 2020. Syöpälääkärien kokemukset moniammatillisen toiminnan toteutumisesta ja ammatillisesta voimaantumisesta yhdessä syöpäkeskuksessa. Lähetetään arvioitavaksi hankkeen jälkeen.

Konferenssijulkaisut ja -esitykset

Sulosaari, V., Heikkilä, H., Leino-Kilpi, H., Peltonen, J., Rautava, P., Rekunen, M., Siekkinen, M., Tuomela, K., Valtanen, E., Walta, L. & Stolt, M. 2018. Moniammatillinen yhteistyö ja ammatillinen voimaantuminen syövän hoidon yksiköissä – Tulevaisuuden vetovoimainen syöpäkeskus VETÄVÄ-hanke (2017–2020). Posteresitys. XV Kansallinen Hoitotieteen konferenssi, Vaasa 26.–27.9.2018.

Sulosaari, V., Stolt, M. & Leino-Kilpi, H. 2019. Development of interprofessional collaboration and empowerment of professionals in cancer care. Posteresitys. Creating Healthy Working environments. Sigma Theta Thau Nursing. 22.–24.2.2019, New Orleans, USA.

Sulosaari, V., Ahonen, P., Heikkilä, H., Jekunen, A., Leino-Kilpi, H., Rautava, P., Rekunen, M., Siekkinen, M., Stolt, M., Vahlberg, T. & Walta, L. 2019. Work related empowerment and collaboration in multiprofessional cancer centre. Suullinen esitys. EONS12 at ESMO2020. 28.–30.9.2019, Barcelona, Espanja.

Sulosaari, V., Ahonen, P., Jekunen, A., Heikkilä, H., Rautava, P., Rekunen, M., Siekkinen, M., Stolt, M., Vahlberg, T. & Walta, L. 2019. Work-related empowerment and inter-professional collaboration in cancer centres. EONS Magazine Autumn/Winter 2019. Saatavilla <https://us3.campaign-archive.com/?e=&u=147e046cb4b754c5ced8d64a0&id=d89d8640a8>.

Sulosaari, V., Rautava, P., Seppänen, L., Siekkinen, M. & Leino-Kilpi, H. 2019. Ammatillinen voimaantuminen ja moniammatillinen yhteistyö syöpäkeskuksessa. BestPractice Onkologia / Hematologia. 8(33), 24–26.

Sulosaari, V., Rekunen, M., Kuusisto, H., Rautava, P., Siekkinen, M., Seppänen, L., Stolt, M., Vahlberg, T., Walta, L. & Leino-Kilpi, H. 2020. Leadership in support of interprofessional collaboration in the FICAN West cancer centre. ePoster. ESMO Virtual Congress 2020. 19.–21.9.2020.

Muut

VETÄVÄ-blogit <https://vetava.turkuamk.fi/blogit/>



Tarkoitus kuvata henkilöstöjohdon näkemykset työntekijöiden hyvinvoinnista ja moniammatillisesta toiminnasta sekä johdon strategisista suuntaviivoista. Haastattelun tuloksia käytetään suunniteltujen interventioiden täsmentämiseen ja kohdeorganisaation hankkeeseen sitoutumisen edistämiseksi.

1. Taustakysymykset

- Mikä on ammattinimikkeesi ja työtehtäväsi?
- Kuinka kauan olet ollut nykyisellä työnantajalla?
- Kuinka kauan olet ollut nykyisessä tehtävässä?

2. Organisaatiosta ja sen käytänteistä sekä muutoksista yleisesti

- Millaisia merkittäviä muutoksia organisaatiossaanne on käyty läpi viimeisten 3–5 vuoden sisällä?
- Mitä nämä muutokset ovat tarkoittaneet asiakaskunnan kannalta? Entä työntekijöiden?
- Mitkä ovat Läntisen Syöpäkeskuksen tehtävät ja tavoitteet?
- Mitkä ovat potilaan hoito- ja palvelukokonaisuuteen liittyvät keskeiset strategiset linjaukset ja kehittämiskohteet?
- Millaisin toimenpitein näihin pyritään?
- Millaisia kehittämiseen ja muutosten toteuttamiseen liittyviä käytäntöjä teillä on (kehittämispäivät, koulutukset, oppimiskartoitukset, kehityskeskustelut yms.)?
- Mitä kehittämistyötä ja millaista henkilöstön koulutusta teillä on? Miten se mielestäsi näkyy henkilöstön osaamisessa?
- Miten luonnehtisitte organisaationne johtamis- ja kehittämisotetta?
- (Onko näissä jotain kehittämistarpeita?)
- Miten työntekijät otetaan mukaan käytäntöjen kehittämiseen?

3. Työhyvinvointi, työn mielekkyys ja moniammatillinen yhteistyö

VETÄVÄ-hankkeessa meitä kiinnostaa työntekijöiden työssä voimaantuminen sekä moniammatillisen yhteistyön toimivuus – myös näiden ilmiöiden keskinäinen suhde.

- Millaiseksi arvioisitte henkilöstön työhyvinvoinnin keskimäärin tällä hetkellä (asteikolla 1–10)? Perustelkaa lyhyesti.
- Mitkä ovat tärkeimmät työhyvinvointia ja työssä voimaantumista tukevat asiat?
- Entä mikä henkilöstönne työhyvinvointia eniten uhkaa/rasittaa?
- Miten organisaationne mittaa tai arvioi työntekijöiden työhyvinvointia ja siinä tapahtuvia muutoksia?
- Mikä tekee tällä hetkellä tästä työpaikasta vetovoimaisen – miksi täällä halutaan tehdä töitä?
- Entä mikä puolestaan haastaa pidempien urapolkujen muodostumista?
- Mitä teille tulee mieleen käsitteestä "moniammatillinen yhteistyö"?
- Mitä moniammatillinen yhteistyö tarkoittaa syöpäkeskuksessa?
- Keiden yhteistyö tai minkä tahojen rajapinta on olennainen? Missä/miten se näkyy?
- Millaista tuo yhteistyö tällä hetkellä on – miten se toimii?
- Missä suhteessa moniammatillisen yhteistyö taas kaipaasi kehittämistä?

4. Työn arjen ajankohtaiset haasteet ja pulmatilanteet

(= kehittämisen tarpeet ja oma näkemys)

- Millaisia toistuvia haasteita tai pulmia työntekijät viestivät johdolle/HR:lle (eli millaisia ovat tyypilliset työn sujumattomuus- ja häiriötilanteet)?
- Onko noussut esiin jotain erityisesti jaksamiseen ja työn mielekkyyteen tai moniammatillisen yhteistyön toimivuuteen liittyen?
- (Mitä kautta nämä asiat tulevat tietoonne?)
- Miten näihin asioihin on pyritty vaikuttamaan?
- Mikä työssä näyttää sujuvan yleisesti ottaen hyvin?
- Mistä saatte tietoa työn sujuvuudesta?

5. Kansallisen ja Läntisen syöpäkeskuksen käynnistymisestä

Tuoko kansalliseksi syöpäkeskukseksi organisoituminen muutosta työhön syöpäpotilaan hoidosta vastaavissa yksiköihin? (= Onko jokin muuttunut niistä ajoista, kun ei oltu vielä organisatorisesti Kansallinen/Läntinen Syöpäkeskus)?

- Muuttuuko se, mitä työn tuloksena tavoitellaan (määrälliset ja/tai laadulliset vaatimukset/muutokset)?
- Tapahtuuko muutoksia työnjaon suhteen yksiköiden sisällä tai välillä?
- Miten syövän hoitoon ja tutkimukseen liittyvät tarpeet ja tavoitteet ylipäätään ovat muuttuneet esim. 5 vuoden sisällä? (asiakaskunta; syöpätyypit tms.)
- Millaisia muutoksia ennakoidaan lähitulevassa? Miten niihin pyritään valmistautumaan?
- Miten hoito- ja tutkimustyö tällä hetkellä käytännössä nivoutuvat a) hoitopolkujen tasolla b) yksittäisen työntekijän työssä?
- Mitä odotuksia teillä on teknologisen kehityksen suhteen?
- Missä määrin työntekijöillä on mahdollisuus hyödyntää erilaisia digivälineitä tiedon jakamisessa/välittämisessä ja moniammatillisen yhteistyön tukena? (= Mitä digitaalisia viestintävälineitä on käytössä ja missä määrin niitä hyödynnetään?)

6. Huippuyksikön nykytila ja tulevaisuus

Läntisen Syöpäkeskuksen on tarkoitus olla syövän hoidon ja tutkimuksen huippuyksikkö.

- Mitä tämä mielestänne tarkoittaa käytännössä – mistä huippuyksikön tunnistaa?
- Missä vaiheessa tämän tavoitteen suhteen ollaan menossa: mikä on jo huippua ja mikä taas vaatisi kehittämistä (strategia-, organisaatio-, prosessi-, yhteistyö-, välineistötaso...)?
- Mitä kehittämisponnistuksia on parhaillaan menossa?
- Millaisena näette Läntisen Syöpäkeskuksen toiminnan 5 vuoden kuluttua. (Miltä tämä tulevaisuusnäkyvä teistä tuntuu?)
- Millaisia odotuksia, toiveita tai pelkoja syöpäkeskuksen toiminnan lähitulevaan liittyi?
- Mitä on tapahtunut, kun syöpäkeskus on niin asiakaskunnan kuin työntekijöiden ja tutkimuskentänkin mielestä huippuyksikkö – miltä arki näyttää ja millaisin askelin tähän on päästy?

Lopuksi pyydämme teitä nimeämään Yhteensovittamispaajaan kutsuttavat henkilöt:

- Mikä olisi sellainen syöpäpotilas(ryhmä), jonka hoitopolussa moniammatillinen yhteistyö ja toiminta tulee esille ja jonka hoitopolkua tulisi kehittää?
- Ketkä ammatillaiset ovat keskeisiä tämän potilaan hoitopolun (tai hoito- ja palvelukokonaisuuden) kehittämiselle ja toteutukselle?
- Ketkä (heistä) kutsutaan mukaan yhteensovittamisenpaajaan? (nimi, jos mahdollista)

Kiitos arvokkaista näkemyksistänne.

Liite 3. Pajatyöskentelyn prosessikuvaukset

T- ja Y-pajoissa käytettiin kysymyksiä avustamaan osallistujien kokeilujen suunnittelua. Kysymykset on kuvattu prosessikuvauksen lopussa (Taulukko 1). Kysymykset kiteyttävät interventioiden erilaisia lähestymistapoja.

TAULUKKO 1. Pajatyöskentelyn suunnittelulomakkeet.

T-pajan kokeilun suunnittelulomake	Y-pajan kokeilun suunnittelulomake (Kehittämiskokeilun aihe)
Mitä kokeilen? Konkreettisia asioita	Perustelu Minkä ongelman kokeilu pyrkii ratkaisemaan?
Mitä tarvitsen, jotta pystyn aloittamaan/jatkamaan tuunaamista?	Mitä kokeilusta seuraa työntekijälle (työn sujuvuus, jaksaminen, osaaminen...), potilaalle, yhteistyökumppaneille, taloudellisesti?
Mitä voin kokeilla itsenäisesti? Mihin tarvitsen yhteistyötä muiden kanssa tai esim. keskustelua esimiehen kanssa?	Keitä kokeilussa mukana Keitä tahoja tarvitaan mukaan tehtävän onnistumiseksi?
Miten dokumentoin kokeilut ja kokemukseni niistä?	Mitä esivalmisteluja tarvitaan Lisäselvitykset, resurssit, päätöksenteko, esimiehen suostumus ja tuki
Miten saan työn tuunaamisen kokeilut osaksi arkea?	Miten edetään Ensimmäiset konkreettiset askeleet, alustava aikataulu
Mikä on tavoitetilanteeni keväällä 2019?	Vastuuhenkilöt Kuka koordinoi, kuka vastaa mistäkin
Mistä huomaan, että olen saavuttamassa tavoitettani?	Muuta huomioitavaa

Työn tuunaamisen pajaproessi

Ensimmäinen pajatapaaminen: voimanlähteet ja uudet avaukset

Kunkin organisaation ensimmäinen T-pajatapaaminen pyrki avaamaan osallistujien kokemuksia etenkin työnsä olemassa olevista voimavaratekijöistä ja potentiaalisista uusista avauksista niiden suhteen. Pajatapaamisessa tunnistettiin aluksi työn kehittämiseen vaikuttavia asioita ja edettiin kohti sen tunnistamista, millaisia työn tuunaamisen kokeiluja osallistujat voisivat käynnistää (Taulukko 2).

TAULUKKO 2. Kokeiluideat

Kokeiluideat (*pajat/-t, työn tuunaus suunnitelmalomake)	Työn sisältö ja työ- tavat	Uudet näkö- kulmat ja asen- teet	Työhön liittyvä vuoro- vaikutus
Aiemman palaute- ja ideointikäytännön toteuttaminen uudella tavalla (paja 1)	X		X
Aiemmin toteutettujen lääkärin ja hoitajien yhteisten kokousten ottaminen uudelleen käyttöön (paja 1)	X		X
Verkostoituminen organisaation sisällä potilas-ohjauksen parantamiseksi asiantuntijapalveluiden pariin (paja 1, lomake, paja 2, KA 1)	X		X
Työn organisointiin vaikuttavan muutoksen aktiivinen ja myönteinen edistäminen (paja 1, lomake, paja 2, KA 2)	X	X	X
Oman työn arvostaminen (paja 1)		X	
Omasta hyvinvoinnista huolehtiminen (paja 1)		X	
Oman asenteen ja toiminnan positiivisuus (paja 1, paja 2)		X	X
Kahden yksikön välisen me-hengen ja yhteistyön edistäminen sekä työnjaon ja vastuiden kirkastaminen yhteisten potilaiden hoidon parantamiseksi (paja 1, lomake, paja 2, KA 2)	X		X
Positiivisuuden vahvistaminen työyhteisössä työkaverille hyvästä työstä annettavan tunnuksen ja palautteen avulla (paja 1, lomake, paja 2, KA 1)		X	X
Keinojen löytäminen työkavereiden ilahduttamiseen, hyvän tunnelman luomiseen ja aitouteen (paja 1, paja 2)		X	X
Taukojumpan ohjaaminen työkavereille (paja 1, paja 2)			X
Tietoisuustaidot keinona oman jaksamisen tukemiseen ja rauhoittumiseen kiireisessä työssä (lomake, KA 1, KA 2)		X	X
Työhyvinvointiteeman pitäminen esillä ja myönteinen vuorovaikutus (paja 2)		X	X
Työhyvinvoinnin parantaminen ratkomalla työn sujuvuuden ja keskeytymisen ongelmia (paja 2, KA 1, KA 2)	X		X
Oman työn tunnetuksi tekeminen organisaation sisällä mukaan pääsemiseksi moniammatilliseen työhön (lomake, KA 1)	X		X
* Ensimmäisessä tai toisessa T-pajassa (paja 1 ja paja 2), työn tuunaamisen suunnitelmani -lomake tai ensimmäisessä Y- ja T-pajojen yhteisessä tai toisessa T-pajaprosessin omassa kehittävän arvioinnin pajassa (KA 1 ja KA 2).			

Pajatapaamista ohjannut kehittäjä sovelsi dynaamisen fasilitoinnin lähestymistapaa, jossa keskeistä on olla kytkemättä ajattelua etukäteen määritellyllä työjärjestyksellä ja auttaa osallistujia vapautumaan luovaan ideointiin ilman liiallista analyttistä ja kriittistä vuorovaikutusta vrt. (Dynamic Facilitation Associates, dynamicfacilitation.com; Fasilitointiareena, fasilitointiareena.com).

Pajassa osallistujat tuottivat aluksi vapaasti ajatuksiaan seuraaviin, fläpeille kirjoitetuihin teemoihin: 1) Työni kehittämiseen vaikuttavat tekijät, 2) Työssäni innostaa, 3) Työssäni energiaa vievät asiat ja huolenaiheet, 4) Ydinkysymykset 5) Ratkaisuideat ja oivallukset. Työskentelyn pohjalta osallistujia kannustettiin jo ensimmäisen tapaamisen lopulla tunnistamaan konkreettisia pieniä kokeiluja, joita on mahdollista toteuttaa omassa työssä ja yksikössä yksin, pareittain tai ryhmissä. Osallistujien aikomukset kirjattiin niin ikään näkyville Tätä kokeilen -fläpille.

Ensimmäisen työpajan jälkeen osallistujia pyydettiin täsmentämään kokeiluideoitaan ja seuraavia työn tuunaamisen askeleitaan Työn tuunaamisen suunnitelmani -lomakkeen avulla (Taulukko 1):

- Mitä kokeilen? Konkreettisia asioita
- Mitä tarvitsen, jotta pystyn aloittamaan/ jatkamaan työni tuunaamista?
- Mitä voin kokeilla itsenäisesti? Mihin tarvitsen yhteistyötä muiden kanssa tai esim. keskustelua esimiehen kanssa?
- Miten dokumentoin kokeilut ja kokemukseni niistä?
- Miten saan työn tuunaamisen kokeilut osaksi arkea? Mikä on tavoitetilanteeni 4–5 kuukauden kuluttua?
- Mistä huomaan, että olen saavuttamassa tavoitettani?

Toinen pajatapaaminen: oivallusten jakaminen ja katse tulevaan

Toisessa kunkin organisaation työn tuunaamisen työpajassa tarkasteltiin kokeilujakson kokemuksia ja ideoituihin uusiin kokeiluihin. Aluksi koottiin kokemuksia kokeilujaksolta: mm. mikä on tuntunut hankalalta tai estänyt kokeiluja, mikä on ollut helppoa tai yllättävää ja mitä vaikutuksia kokeiluilla on ollut oppimiseen tai työhön.

Seuraavaksi työskenneltiin pareittain: parit sparrasivat toisiaan uusien työn tuunaamisen mahdollisuuksien löytämiseksi. Toinen pari valitsi ensin, mihin työn tuunaaminen voisi kohdistua. Apuna oli esimerkkejä erilaisista mahdollisuuksista, kuten oman osaamisen kehittäminen, palautteen saaminen, vuorovaikutuksen parantaminen, työtapojen

kehittäminen, onnistumisten huomaaminen, myönteisyyden lisääminen, työn merkityksen näkeminen. Toisen parin tehtävä oli kysyä ideaa konkretisoivia kysymyksiä, kuten milloin, kenen kanssa ja millaisella tuella kokeilu voisi tapahtua, ja mikä kokeilun toteuttamisessa mahdollisesti mietityttää.

Lopuksi palattiin ensimmäisessä työn tuunaamisen pajassa tunnistettuihin työn kehittämiseen vaikuttaviin asioihin, työn innostaviin asioihin, huolenaiheisiin ja ydinkysymyksiin. Näiden pohjalta jatkettiin sparrauskeskustelua pareittain uusien työn tuunaamisen kokeilujen löytämiseksi.

Apukysymyksinä sparrauskeskustelulle olivat: kuinka voisit vahvistaa työssäsi innostavia asioita, rajata työssäsi energiaa vieviä asioita tai niiden vaikutusta, löytää vaihtoehtoisia suhtautumistapoja tai etsiä tai ehdottaa ratkaisuja energiaa vieviin asioihin, edistää ydinkysymysten ratkaisua, huomioida työn kehittämiseen vaikuttavia faktoja, jalostaa ratkaisuideoita kokeiluiksi, jatkaa tai kehittää aloittamaasi tai toteuttamaasi kokeilua tai tuunata työssäsi jotain muuta?

Yhteensovittamisen pajaprosessi

Pajatyöskentelyn aiheeksi valittiin sidosryhmähaastattelujen ja ohjausryhmän keskustelun pohjalta moniammatillinen yhteistyö palliatiivisen hoidon alueella. Ennen Y-pajaproessin aloittamista yhden anonymisoidun potilastapauksen tiedoista tehtiin pajaa varten peiliaineistoksi karkea prosessikuvaus, jossa oli tuotu rinnakkain näkyviin palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan ja hoitavan tahon näkökulmat. Pajaprosesseja päätettiin järjestää vain yksi yhteinen kaikille kolmen sairaalan ammattilaisille. Tämän ajateltiin lisäävän syöpäkeskusyhteistyön kehittämistä.

Osallistujille mahdollistettiin kolmen tapaamisen kehittämisprosessi, minkä lisäksi he osallistuisivat kahteen kehittävän arvioinnin tapaamiseen. Syynä muutokseen oli se, että sidosryhmähaastattelujen perusteella oli saatu kuva siitä, että yhtä lailla syöpäkeskuksen yhteinen toiminta kuin palliatiivisen hoidon organisointi olivat vielä monilta osin muotoutumisvaiheessa. Näin ollen arveltiin kaikille yhteisen pajaproessin tuottavan suurimman hyödyn osallistujille.

Työstä kertovaa aineistoa tulkiten kehittämiseen kiinni

Tapaamisia oli vain kolme, jolloin kahden ensimmäisen kokoontumisen tärkein tavoite oli paitsi saada kuvaa palliatiivisen hoidon toteutuksen ja organisoinnin nykytilasta myös auttaa osallistujia kyseenalaistamaan vallitsevia totuttuja ratkaisuja ja toimintatapoja. (Taulukko 1). Kyseenalaistamista pidetään ekspansiivisessa oppimisessa keskeisenä oppimistekona, joka synnyttää tarpeen luoda löytää uusi näkökulma ja ymmärrys työhön. Keskeistä on myös se, että pajoissa ei jäädä vain ”hyvän keskustelun tasolle”, vaan muotoillaan konkreettisia kehittämiskokeiluja, joiden avulla voidaan testata pajas-
sa syntyneitä ideoita ja kehittää työtä haluttuun suuntaan.

Kussakin pajatapaamisessa hyödynnettiin Vygotskyn (Engeström 2014) kahden virikkeen menetelmää: pajaan tuotiin työstä kertovaa peiliaineistoa yhteisesti tarkasteltavaksi ja analysoitavaksi, ja analyysin tueksi osallistujille tarjottiin erilaisia teoriaperusteisia jäsennysvälineitä. Toinen keskeinen työskentelyssä hyödynnetty periaate oli moniäänisyyteen pyrkiminen. Pajaosallistujat koottiin eri ammattiryhmistä ja sairaalaorganisaatioista, jolloin oli mahdollista saavuttaa rikas kuva palliatiivisen hoidon nykytilasta yksiköissä.

Ensimmäinen tapaaminen

Y-pajan ensimmäisen tapaamisen alussa osallistujia pyydettiin esittäytymään siten, että he kirjoittivat keltaisille post-it-lapuille nimensä ja kiinnittivät lapun seinällä olevalle, hoitopolkua kuvaavalle janalle sen mukaan, missä vaiheessa he tyypillisesti kohtaavat uuden potilaan (ks. kuva 1). Osallistujia pyydettiin keskustelemaan ryhmissä ”Sakariksi” nimetyn haastavan potilaan polusta: Mitkä olivat keskeiset siirtymät prosessissa? Keitä siirtymässä oli mukana? Mihin siirtymällä pyrittiin ja mitä tai kenen tarvetta sillä yritettiin ratkaista? Mitä siirtymästä seurasi?



KUVA 1.

Ammattilaisten sijoittuminen potilaan hoitopolun varrelle.

Vihreät A4-paperit edustivat syövän hoidon vaihetta, keltainen paperi siirtymävaihetta ja sininen palliatiivista hoitolinjaa. Tehtävä osoitti, että ammattilaiset kohtaavat potilaat hyvinkin eri vaiheissa tämän polkua. Tehtävä toistettiin pajan lopulla siten, että kukin sai pinkin post-it-lapun, joka tuli kiinnittää janalla kohtaan, jossa toivoisi pääsevänsä mukaan potilaan polulle. Kaikki pinkit laput sijoitettiin selvästi aiempaan vaiheeseen hoitopolkua kuin keltaiset; ammattilaisilla oli siis vahva toive ja tarve päästä osaksi potilaan hoitopolkua varhaisemmassa vaiheessa kuin mitä pajan toteutushetkellä todellisuudessa tapahtui.

Yleisesti ottaen todettiin parantavan hoitolinjan päättymisvaiheen olevan se hetki, jolloin potilaan kanssa tulisi keskustella hoitolinjauksista ja hoidon rajoituksista.

Toinen tapaaminen

Toisessa tapaamisessa pureuduttiin avaamaan tarkemmin, mikä on kussakin osallistuvassa organisaatiossa palliatiivisen hoidon senhetkinen toteutusmalli ja ammattilaisten työn kokonaisuus: miten toiminta on organisoitu ja mitkä ovat työn keskeiset sisällöt. Työskentelyssä käytettiin Ahosen (2020) kehityskarttamenetelmää (Kuva 2). Kunkin osallistujaorganisaation osallistujat tekivät omat kehityskarttansa palliatiivisen hoidon näkökulmasta. Alla on koonti kehityskarttojen tuotoksista ja esimerkki kartasta.

Seuraavassa on esitelty kolmen organisaation kehityskarttoihinsa kirjaamia havaintoja kootusti:

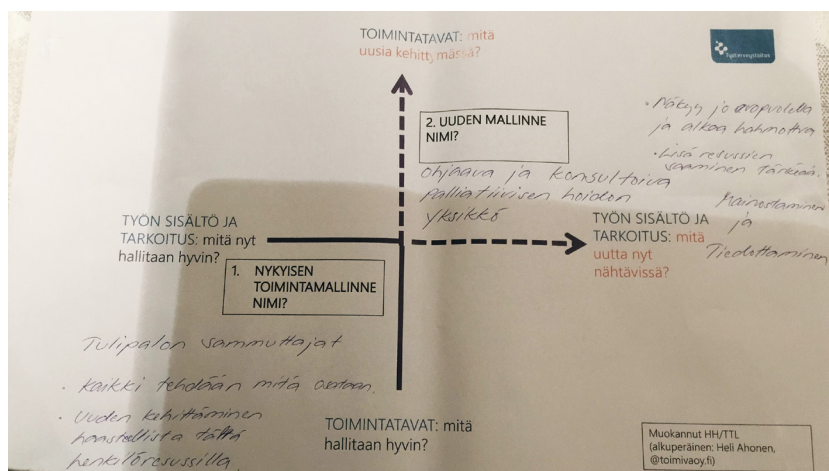
1. Potilaat ja potilaiden tarpeet sekä työn sisällöt (kartan vaaka-akseli)

a. Nykytila: Osa potilaista saa asianmukaista palliatiivista hoitoa, osalla taas ei tunnisteta ko. hoidon tarvetta. Paras palliatiivinen hoito usein nimenomaan syöpäpotilaiden kohdalla.

2. Toimintatavat, välineet, säännöt (kartan pystyakseli)

a. Nykytila: Osalle ammattilaisista epäselvää, keneen tulisi olla yhteydessä potilaan hoidon jatkoon suhteen; verkostoituminen kuntien ja perusterveydenhuollon suuntaan tärkeää. Joissain yksiköissä palliatiivinen hoitaja tulee potilaan hoitoon mukaan jo varhaisessa vaiheessa, mikä on hyvä asia. Haasteena kuitenkin paikkakuntaakohtaisesti pienet resurssit; hoito paljon yksittäisten ammattilaisten venymisen varassa. Lääkäriresurssi pieni ja osassa vaihtuva; hoitajia osassa kokoaikaisesti palliatiivisen toiminnan yksiköissä, osassa taas vakituinen palliatiivinen hoitaja puuttuu. Osassa sairaaloita linjattu esim. tiettyjen huonoennusteisten syöpätautien potilaat alkuvaiheesta asti erityisen tarkkailun alle.

b. Lähtötila: Tarvitaan selkeä järjestelmä siihen, mihin kulloinkin otetaan yhteyttä. Toiveena saada säännöllisesti kokoontuva palliatiivisen yhteistyön verkosto. Toiveena lääkäreiden erityispätevyyskoulutusyksikkö sekä erikoistumisopinnot myös hoitajille.



KUVA 2.

Esimerkki kehityskartasta.

Kolmas tapaaminen

Kolmannessa tapaamisessa pajaa fasilitoinut tutkija kertoi esimerkinomaisesti toisesta kehittämishankkeesta, jossa eri toimialalla oli havaittu samantapaisia yleishaasteita kuin mitä palliatiivisen hoidon ammattilaiset olivat Y-pajan toisessa tapaamisessa tuoneet esille. Kyseisessä esimerkissä työyhteisö oli havainnut asiakasmäärän kasvaneen ja asiakkaiden kysymysten muuttuneen yhä monimutkaisemmiksi; samalla oli nähtävissä, että yksikön toimintatavat olivat edelleen hyvin asiantuntijakohtaiset, eivätkä niin jaetut. Konkreettisenä haasteena yksikössä oli etenkin asiakasjonon kasvu: asiakkaiden alkujaan mutkikas tilanne ehti kärjistyä, ennen kuin he saivat ensimmäisen varsinaisen aikansa yksikköön.

Kehittämisosiossa saatiin ideoitua uudentyyppinen alkuarviokokeilu, joka takasi asiakkaalle nopean ensikontaktin ammattilaisten kanssa tilanteen kartoittamiseksi. Tästä saatiin yksikössä hyviä kokemuksia, ja myös jono alkoi purkautua. Kyseinen esimerkki on kuvattu tarkemmin teoksessa Launis ym. (2010, s.107). Esimerkki kirvoitti Y-pajan osallistujissa joitakin huomioita siitä, että vastaavanlaista nopeampaa tavoitettavuutta voitaisiin soveltaa myös palliatiivisen hoidon osalta.

Paikkakuntakohtaiset ryhmät veivät valitsemiaan aiheita eteenpäin marraskuun 2018 ja huhtikuun 2019 välisenä aikana. Pajaprosessin fasilitoija sopi kunkin ryhmän kanssa vastuuhenkilön, johon oli yhteydessä alkuvuodesta 2019 kuulumisia kysellen; tavoitteena oli näin samalla tukea sitä, että ryhmät alkavat aktiivisesti viedä ideoitaan käytäntöön heti kolmannen pajatapaamisen jälkeen.

Kehittävän arvioinnin pajaprosessi

Kehittävän arvioinnin pajoja järjestettiin kolme. Ensimmäinen oli yhteinen Yhteensovittamisen ja Työn tuunaamisen pajaprosessien osallistujille. Sen tarkoituksena oli etenkin tukea ja kannustaa kehittämiskokeilujen eteenpäin viemistä sekä tarjota kahden erilaisen pajaprosessin osallistujille mahdollisuus ideoiden ja ajatusten vaihtamiseen. Paja toteutettiin videoyhteyksin eri sairaaloiden välillä.

Kokeiluryhmille annettiin tehtäväksi kuvata kokeilunsa senhetkistä tilaa matkapäiväkirjan muodossa: he mm. arvioivat, missä vaiheessa polkua olivat kokeilunsa kanssa menossa, ja mikä oli ollut tärkeä matkatavara. Muiden osallistujien rooliksi annettiin kuunnella ja kannustaa kysymyksin ja vinkein kokeiluryhmiä.

Kaksi seuraava arviointipajaa olivat käsikirjoituksiltaan lähes identtiset; niistä toinen oli vain T-pajan osallistujille, toinen Y-pajan. Tapaamiseen kutsuttiin mukaan myös johtoa, esimiehiä ja kehittäjiä, jotta nämä voisivat osaltaan tukea kokeilujen juurruttamista, edelleen kehittämistä ja levittämistä. Pääpaino keskustelussa oli kokeiluryhmien omassa arviointipuheenvuorossa, jossa he kuvasivat, miten kokeilulle oli tapahtunut, mikä oli onnistunut, mitä pitäisi vielä tehdä ja mitä ylipäättään olivat matkan varrella oppineet. Lopuksi jokainen osallistuja sai myös arvioida omasta näkökulmastaan, missä määrin kokeiluun osallistuminen oli edistänyt moniammatillista yhteistyötä, missä määrin taas tukenut ammatillista voimaantumista.

Liite 4. Moniammatillinen yhteistyö ja johtaminen MONAMI (@ Sulosaari V, Pelttonen J, Stolt ja Leino-Kilpi H) -osiokohtaiset tunnusluvut 2018 ja 2019

(Huom. kaksi eri kohorttia, vain osin samat vastaajat).

Väittämien sisältö	Tunnusluvut 2018 (n=350)					Tunnusluvut 2019 (n=175)				
	ka	s	Min	Max	Md	ka	s	Min	Max	Md
Yhteistyön säännöllisyys eri ammattiryhmien kanssa	3,80	0,54	1	4	4,00	3,70	0,73	1	4	4,00
Moniammatillisen yhteistyön osaaminen	3,69	0,54	1	4	4,00	3,62	0,72	1	4	4,00
Oman toiminnan joustavuus moniammatillisessa ryhmässä	3,68	0,53	1	4	4,00	3,60	0,71	1	4	4,00
Tietojen ajantasaisuus moniammatillisesta yhteistyöstä	3,18	0,69	1	4	3,00	3,18	0,74	1	4	3,00

Toimintayksikön strategian tuntemus	3,14	0,68	1	4	3,00	3,11	0,75	1	4	3,00
Toimintayksikön strategian tuki moniammatilliseen toimintatapaan	3,06	0,67	1	4	3,00	3,09	0,63	1	4	3,00
Toimintayksikön strategia tuki hierarkkisen organisaatiokulttuurin vähentämiselle	2,67	0,70	1	4	3,00	2,64	0,70	1	4	3,00
Toimintayksikössä määritellyt tavoitteet moniammatilliselle yhteistyölle	2,73	0,71	1	4	3,00	2,70	0,70	1	4	3,00

Moniammatillisen yhteistyön arvostaminen omassa työssä	3,91	0,32	1	4	4,00	3,92	0,27	3	4	4,00
Moniammatillinen toiminta potilaalle parhaan mahdollisen hoitotuloksen tuottamisessa	3,93	0,29	1	4	4,00	3,93	0,25	3	4	4,00
Moniammatillisen toiminnan tärkeys oman ammatikunnan parhaan mahdollisen hoitotuloksen saavuttamisessa	3,90	0,34	1	4	4,00	3,86	0,38	2	4	4,00
Moniammatillisen toiminnan taloudellisuus	3,61	0,58	1	4	4,00	3,51	0,60	2	4	4,00
Moniammatillisen toiminnan aikaavievuus	2,46	0,83	1	4	2,00	2,57	0,81	1	4	2,00

Väittämien sisältö	Tunnusluvut 2018 (n=350)					Tunnusluvut 2019 (n=175)				
	ka	s	Min	Max	Md	ka	s	Min	Max	Md
Moniammatillinen toiminta toisten ammattilaisten kunnioituksen edistämisessä	3,70	0,49	1	4	4,00	3,64	0,52	2	4	4,00
Moniammatillinen toiminta toisten ammattilaisten työn tuntemisen edistämisessä	3,76	0,48	1	4	4,00	3,71	0,48	2	4	4,00
Moniammatillinen toiminta eettisesti korkeatasoisen hoidon edistämisessä	3,72	0,50	1	4	4,00	3,73	0,48	2	4	4,00
Moniammatillinen yhteistyö sekaannuksen aiheuttajana aiheuttaa eri ammattiryhmien toiminnassa	1,95	0,78	1	4	2,00	1,90	0,80	1	4	2,00
Moniammatillinen toiminta oman työhyvinvoinnin edistäjänä	3,37	0,61	1	4	3,00	3,34	0,62	2	4	3,00
Moniammatillinen toiminta työyhteisön työhyvinvoinnin edistäjänä	3,41	0,59	1	4	3,00	3,40	0,60	2	4	3,00
Moniammatillinen toiminta työyhteisön toiminnan mielekkääksi tekijänä	3,59	0,55	1	4	4,00	3,55	0,53	2	4	4,00
Moniammatillinen toiminta työhyvinvointia heikentäjänä	1,42	0,72	1	4	1,00	1,35	0,62	1	4	1,00

Moniammatillisen toiminnan toteutuminen hyvin	3,09	0,67	1	4	3,00	3,13	0,62	1	4	3,00
Eri ammattiryhmien yhteisen tavoite ja päämäärä	3,26	0,66	1	4	3,00	3,29	0,66	1	4	3,00
Toisten ammattiryhmien työn vaatimuksien tunteminen	2,72	0,74	1	4	3,00	2,77	0,69	1	4	3,00
Toiminnan tavoitteiden määrittely yhdessä	2,62	0,78	1	4	3,00	2,67	0,76	1	4	3,00
Jokaisen työ tärkeys tavoitteen saavuttamiseksi	3,72	0,52	1	4	4,00	3,72	0,50	2	4	4,00
Kaikkien ammattiryhmien osallistuminen yhteistä toimintaa koskevaan päätöksentekoon	2,73	0,77	1	4	3,00	2,69	0,73	1	4	3,00
Kaikkien ammattiryhmien äänen kuuluminen	2,72	0,78	1	4	3,00	2,72	0,71	1	4	3,00
Kaikkien ammattiryhmien vastualueiden selkeys	3,03	0,74	1	4	3,00	3,07	0,71	1	4	3,00

Väittämien sisältö	Tunnusluvut 2018 (n=350)					Tunnusluvut 2019 (n=175)				
	ka	s	Min	Max	Md	ka	s	Min	Max	Md
Kaikkien ammattiryhmien tasapuolinen osallistumismahdollisuus moniammatilliseen toimintaan	2,84	0,74	1	4	3,00	2,91	0,72	1	4	3,00
Kaikkien ammattiryhmien ajan tasalla oleminen yksikön toimintaa koskevista uusista asioista	2,50	0,77	1	4	3,00	2,55	0,73	1	4	3,00
Tiedon välittäminen toisille kaikkien ammattiryhmien vastuulla	3,40	0,73	1	4	4,00	3,42	0,73	1	4	4,00
Kaikkien ammattiryhmien velvollisuus pitää omat tietonsa ajan tasalla	3,68	0,57	1	4	4,00	3,67	0,51	2	4	4,00
Eri ammattiryhmien yhteistä toimintaa tukevat tietojärjestelmät	2,93	0,81	1	4	3,00	2,88	0,77	1	4	3,00
Yhdessä tekeminen toimiminen hyvin	3,10	0,67	1	4	3,00	3,15	0,64	1	4	3,00
Yhdessä tekeminen sisällytetty perehdytykseen	2,68	0,79	1	4	3,00	2,64	0,81	1	4	3,00
Eri ammattiryhmät ottavat toisensa mukaan omaan tekemiseensä	2,73	0,71	1	4	3,00	2,70	0,70	1	4	3,00
Yhdessä tekeminen eri ammattiryhmien kanssa hauskaa	3,35	0,66	1	4	3,00	3,36	0,59	1	4	3,00
Eri ammattiryhmät arvioivat yhdessä toiminnan onnistumista	2,61	0,80	1	4	3,00	2,58	0,76	1	4	3,00
Moniammatillisen toiminnan onnistumisen arvioinnille selkeät kriteerit	2,40	0,79	1	4	2,00	2,33	0,75	1	4	2,00
Moniammatillisen toiminnan arviointi systemaattista ja jatkuvaa	2,26	0,81	1	4	2,00	2,27	0,76	1	4	2,00
Moniammatillisen toiminnan arvioinnin perusteella toimintatapoja muutetaan	2,55	0,80	1	4	3,00	2,65	0,77	1	4	3,00
Moniammatillisuus perusta potilaslähtöiselle toiminnalle	3,54	0,63	1	4	4,00	3,54	0,58	1	4	4,00
Moniammatillisuus potilaan yksilöllisen hoitoonsa osallistumisen edistäjänä	3,39	0,66	1	4	3,00	3,33	0,69	1	4	3,00

Väittämien sisältö	Tunnusluvut 2018 (n=350)					Tunnusluvut 2019 (n=175)				
	ka	s	Min	Max	Md	ka	s	Min	Max	Md
Moniammatillisuus näyt- töön perustuvan toiminnan edistäjänä	3,36	0,69	1	4	3,00	3,48	0,60	2	4	4,00
Moniammatillisuus potilaan turvallisuuden tunteen li- sääjänä	3,57	0,59	1	4	4,00	3,57	0,54	2	4	4,00
Moniammatillinen toiminta hyvin johdettua	2,66	0,71	1	4	3,00	2,66	0,66	1	4	3,00
Moniammatillinen toimin- ta hyvän työilmapiirin edis- täjänä	3,32	0,66	1	4	3,00	3,28	0,63	1	4	3,00
Esimiehet palkitsevat mo- niammatillisesta toimin- nasta	2,17	0,80	1	4	2,00	2,18	0,82	1	4	2,00
Esimiehet ottavat huomioon kehityskeskusteluissa mo- niammatillisuuden	2,44	0,87	1	4	2,00	2,46	0,89	1	4	2,00
Esimiehet tukevat osallis- tumista moniammatillisiin koulutustilaisuuksiin	2,87	0,89	1	4	3,00	2,95	0,81	1	4	3,00
Moniammatillisen toimin- nan kehittäminen keskei- nen tavoite	2,80	0,85	1	4	3,00	2,80	0,82	1	4	3,00
Esimiehet osoittavat monia- matillisen toiminnan ke- hittämiseen resursseja	2,41	0,80	1	4	2,00	2,44	0,82	1	4	2,00
Eri ammattiryhmien johtaji- en yhteinen päätöksenteko	2,69	0,77	1	4	3,00	2,69	0,72	1	4	3,00
Eri ammattiryhmien johtaji- en yhteiset koulutukset	2,64	0,81	1	4	3,00	2,58	0,76	1	4	3,00
Moniammatillisesta toimin- nasta annetaan tunnustusta	2,41	0,81	1	4	2,00	2,44	0,77	1	4	2,00
Moniammatillinen yhteistyö kriteerinä, kun arvioidaan toiminnan tuloksia	2,48	0,80	1	4	2,00	2,54	0,77	1	4	2,00
Esimiehet edellyttävät eri ammattiryhmien osallistu- mista toiminnan arviointiin	2,48	0,82	1	4	2,50	2,55	0,85	1	4	2,00
Esimiehet tuovat tasapuoli- sesti esille eri ammattiryh- mien toiminnan tuloksia	2,44	0,79	1	4	2,00	2,46	0,80	1	4	2,00
Moniammatillinen toiminta hyvin johdettua	2,57	0,72	1	4	3,00	2,73	0,67	1	4	3,00
Moniammatillisen toimin- nan kehittäminen keskei- nen tavoite	2,78	0,77	1	4	3,00	2,90	0,73	1	4	3,00

Väittämien sisältö	Tunnusluvut 2018 (n=350)					Tunnusluvut 2019 (n=175)				
	ka	s	Min	Max	Md	ka	s	Min	Max	Md
Resursseja osoitetaan moniammatillisen toiminnan kehittämiseen	2,42	0,76	1	4	2,00	2,51	0,76	1	4	2,00
Moniammatillisen yhteistyön kehittämistä eri toimintayksiköiden välillä tuetaan	2,55	0,82	1	4	3,00	2,75	0,71	1	4	3,00
Toimintayksiköiden välillä moniammatillista yhteistyötä tukevat tietojärjestelmät	2,65	0,77	1	4	3,00	2,74	0,75	1	4	3,00

Asteikko: 1 täysin eri mieltä – 4 täysin samaa mieltä

Liite 5. Valtaistuneen ammattihenkilön toiminta (PEN) ja valtaistumista edistävät tekijät (WEP) (Kuokkanen 2003) -osiokohtaiset tunnusluvut 2018 ja 2019.

Väittämien sisältö	Tunnusluvut 2018 (n=350)					Tunnusluvut 2019 (n=175)				
PEN (Performance of an Empowered Personnel)	ka	s	Min	Max	Md	ka	s	Min	Max	Md
Toisten kunnioittava kohtelu olosuhteista riippumatta	4,77	0,43	3	5	5,0	4,71	0,50	2	5	5,0
Asioiden rehellisesti ja avoimesti esittäminen sekä työtovereille että potilaille	4,51	0,61	2	5	5,0	4,48	0,60	2	5	5,0
Epäoikeudenmukaiseen toimintaan ja hoitoon puuttuminen välittömästi	3,96	0,80	2	5	4,0	4,01	0,71	2	5	4,0

Omasta työssä jaksamisesta huolehtiminen	4,01	0,90	1	5	4,0	4,00	0,91	1	5	4,0
Työhön ja työyhteisöön liittyvien ongelmallistenkin asioiden esiin nostaminen ja selvittäminen	3,89	0,87	1	5	4,0	3,86	0,89	1	5	4,0
Tehokas toiminta paineen alla	4,32	0,68	2	5	4,0	4,42	0,63	3	5	4,0
Omien toimintatapojen joustava muutos, jos huomaa olevansa väärässä	4,37	0,65	1	5	4,0	4,38	0,65	3	5	4,0

Taitava ja ripeä selviytymisen käytännön hoitamisen tehtävistä	4,34	0,73	1	5	4,0	4,38	0,68	2	5	4,0
Kyky tehdä potilaan/asiakkaan hoitoon liittyviä päätöksiä tarvittaessa	4,38	0,72	1	5	5,0	4,47	0,58	3	5	5,0
Itsenäinen työ ja toiminta	3,80	1,03	1	5	4,0	3,87	1,00	1	5	4,0
Kollegoiden konsultointi säännöllisesti potilaiden hoitoon liittyvissä asioissa	4,43	0,84	1	5	5,0	4,38	0,80	2	5	5,0
Toisten opettaminen ja ohjaaminen työssä	4,15	0,91	1	5	4,0	4,27	0,83	2	5	4,0

Väittämien sisältö	Tunnusluvut 2018 (n=350)					Tunnusluvut 2019 (n=175)				
PEN (Performance of an Empowered Personnel)	ka	s	Min	Max	Md	ka	s	Min	Max	Md
Myönteinen suhtautuminen kriittiseenkin arviointiin	4,01	0,85	1	5	4,0	4,02	0,71	2	5	4,0
Luontainen toiminta uusien ideoiden eteenpäin viennissä työssä	3,86	0,93	1	5	4,0	3,84	1,03	1	5	4,0
Uusien tapojen tehdä töitä helppo löytäminen	3,66	0,84	2	5	4,0	3,73	0,84	1	5	4,0
Suunnitelmallisesti toimiminen ja oman toiminnan vaikutusten arvioiminen	4,06	0,73	2	5	4,0	4,06	0,76	1	5	4,0

Avoin keskustelu työtovereitteni kanssa kaikenlaisista asioista	4,37	0,74	1	5	4,0	4,39	0,75	2	5	5,0
Työyksikköä tai organisaatiota koskevissa luottamus- tai/ ja erikoistehtävissä toimiminen	2,65	1,56	1	5	2,0	2,75	1,61	1	5	2,5
Aktiivinen toiminta työyhteisön ongelmien ratkaisemiseksi	3,56	1,09	1	5	4,0	3,56	1,13	1	5	4,0

Asteikko: 1 Ei vastaa lainkaan – 5 Vastaa täysin

WEP Work Empowerment Promoting Factors	ka	sd	Min	Max	Md	ka	sd	Min	Max	Md
Organisaation yhteiset arvot ja niihin perustuva käytännön toiminnan ohjaus	4,02	0,90	1	5	4,0	4,12	0,80	1	5	4,0
Toimiminen yhteisten hoitolinjojen mukaisesti työyksikössä	4,09	0,84	1	5	4,0	4,30	0,71	1	5	4,0
Toisten arvostaminen työyksikössä keskinäisessä kanssakäymisessä	3,82	0,92	1	5	4,0	3,89	0,79	1	5	4,0

Mahdollisuus käyttää työnsään monipuolisesti tietojaan ja taitojaan	4,37	0,80	1	5	5,0	4,54	0,63	1	5	5,0
Esimiehen luottamus itsenäiseen työskentelyyn	4,41	0,80	1	5	5,0	4,57	0,68	2	5	5,0

WEP Work Empowerment Promoting Factors	ka	sd	Min	Max	Md	ka	sd	Min	Max	Md
Palaute esimieheltä siitä missä on onnistunut ja missä täytyy parantaa	3,41	1,26	1	5	4,0	3,39	1,34	1	5	4,0
Työn arviointia ja kehittämistä tehdään yhteisesti työyksikössä	3,65	1,03	1	5	4,0	3,80	1,00	1	5	4,0
Oman ammattiryhmän kesken tehdään yhteistyötä	4,36	0,82	1	5	5,0	4,49	0,74	1	5	5,0
Yhteistyötä tehdään eri ammattiryhmien kesken työyksikössä/organisaatiossa	4,27	0,86	1	5	4,0	4,27	0,81	2	5	4,0
Mahdollisuus hakeutua haluamaansa koulutukseen	4,04	1,00	1	5	4,0	4,24	0,95	1	5	4,0
Työtovereiden tuki jatkuvaan, työhön liittyvään kouluttautumiseen	3,97	0,94	1	5	4,0	3,96	0,87	1	5	4,0

Työsuhteiden jatkuvuutta ylläpitäminen työpaikassa	3,98	1,01	1	5	4,0	4,07	0,89	1	5	4,0
Tilaisuuksia osallistua koko työyksikön tai organisaation toimintaan liittyvään suunnitteluun ja kehittämiseen	3,44	1,14	1	5	4,0	3,76	1,15	1	5	4,0
Riittävästi tiedon saaminen työyksikön ja organisaation toiminnan tavoitteista ja tuloksista	3,40	1,13	1	5	4,0	3,73	0,96	1	5	4,0
Riittävän tiedon saaminen työyksikön ja organisaation toimintaa koskevista muutoksista	3,42	1,10	1	5	4,0	3,73	0,92	1	5	4,0

Avun saaminen tarvittaessa omilta työtovereilta	4,61	0,66	1	5	5,0	4,70	0,56	3	5	5,0
Työyhteisön ongelmia ratkotaan yhdessä työyksikössä	3,89	1,04	1	5	4,0	4,05	0,81	1	5	4,0
Työyksikössä keskustellaan avoimesti kaikista asioista	3,60	1,08	1	5	4,0	3,67	1,08	1	5	4,0

Asteikko: 1 Täysin eri mieltä – 5 täysin samaa mieltä

Liite 6. VETÄVÄ-hankkeen projekti- ja ohjausryhmän jäsenet

Projektiryhmä

Turun ammattikorkeakoulu

Hankejohtaja Virpi Sulosaari, puheenjohtaja

Yliopettaja Leena Walta

Controller Laura Harikkala, sihteeri

Hallinnollinen projektipäällikkö Ritva Salminiitty

Turun yliopisto

Yliopistonlehtori Minna Stolt

Työterveyslaitos

Tutkija Heli Heikkilä

Psykologi Elisa Valtanen (30.6.2019 asti)

Tutkija Inka Koskela (1.4.2019 lähtien)

Turun yliopistollinen keskussairaala

Kehittämispäällikkö Mervi Siekkinen (Läntinen Syöpäkeskus)

Ylilääkäri Päivi Rautava

Tutkimuskoordinaattori Maijastiina Rekunen

Ohjausryhmän jäsenet

Turun ammattikorkeakoulu

Hankejohtaja Virpi Sulosaari, ohjausryhmän esittelijä ja puheenjohtaja

Koulutus- ja tutkimuspäällikkö Pia Ahonen, (2019 alkaen Senior Advisor, yliopettaja)

Hallinnollinen projektipäällikkö Ritva Salminiitty, ohjausryhmän sihteeri

Työsuojelurahasto

Toimitusjohtaja Kenneth Johansson

Turun yliopisto

Professori Helena Leino-Kilpi, Turun yliopisto, hoitotieteen laitos

Työterveyslaitos

Johtava tutkija Laura Seppänen

Muut

Ylilääkäri Antti Jekunen, Vaasan sairaanhoitopiiri

(varalla Sirkku Jyrkkiö, VSSH, FICAN kansallinen syöpäkeskus)

Ylihoitaja Ritva Koskin, TYKS operatiivinen ja syöpätaudit toimiala,

(varalla ylihoitaja Tuula Huuonen, Satakunnan sairaanhoitopiiri)

TtT Liisa Kuokkanen



Syöpäpotilaan hoitoa toteuttava yksikkö on työympäristönä haastava työhyvinvoinnille ja hoidon toteuttaminen edellyttää erityisosaamista. Työhyvinvointia ja työhön sitoutumista voidaan edistää moniammatillisen yhteistyön ja ammatillisen voimaantumisen kehittämisen kautta. Onnistuessaan moniammatillinen yhteistyö vahvistaa sekä työntekijän että yhteistä asiantuntijuutta ja edistää työntekijän ja koko työyhteisön voimaantumista, joka taas välittyy hoidon toteuttamiseen ja tuloksiin.

Kansallisen syöpäkeskuksen ja sen alueellisten keskusten perustaminen on tuonut uusia vaatimuksia henkilöstölle palvelujen yhteensovittamiseksi, yhdenmukaistamiseksi sekä verkostomaisen työotteen ja toimintamallin omaksumiseksi.

Tulevaisuuden vetovoimainen syöpäkeskus -tutkimushankkeen (VETÄVÄ) tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa moniammatillisen yhteistyön ja ammatillisen voimaantumisen välisistä suhteista sekä niiden edistämisestä. Hanke on toteutettu Turun ammattikorkeakoulun, Turun yliopiston, Työterveyslaitoksen ja Läntisen Syöpäkeskuksen yhteistyönä. Hankkeessa ovat olleet mukana syöpäpotilaan hoitoa toteuttavat yksiköt, joiden toimintaa Läntinen Syöpäkeskus koordinoi. Tässä raportissa kuvataan tutkimushankkeen toteutus ja keskeiset tulokset.

Tulosten perusteella moniammatillisuus hitsaa toimijoita yhteen, mutta sen kehittäminen vaatii pitkäjänteistä ja -kestoista työskentelyä. Tulevaisuudessa on tärkeää etsiä johtamisen keinoja tukea, edistää ja kehittää moniammatillista yhteistyötä ja ammatillista voimaantumista yksilö- ja yhteisötasolla. Myös tiedonkulkuun ja eri ammattilaisten osaamisen hyödyntämiseen sekä näkemysten kuulemiseen tulisi kiinnittää huomiota toimintaja työyksikköjä koskevassa päätöksenteossa.