

Opinnäytetyö (YAMK)

Hoitotyön kliininen asiantuntija

2018

Heli Korkeakoski

KOTISAIRAALAN JA  
SAATTOHOITOKODIN  
MONIAMMATILLISEN  
YHTEISTYÖN KEHITTÄMINEN  
SUULLISEN VIESTINNÄN  
NÄKÖKULMASTA

Heli Korkeakoski

# KOTISAIRAALAN JA SAATTOHOITOKODIN MONIAMMATILLISEN YHTEISTYÖN KEHITTÄMINEN SUULLISEN VIESTINNÄN NÄKÖKULMASTA

Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen kotisairaalan ja saattohoitokodin välillä mahdollistaa alueellisen saattohoidon kehittämisen. Tehokkaan suullisen viestinnän avulla voidaan parantaa potilasturvallisuutta ja hoidon jatkuvuutta potilassiirroissa. Porin perusturva ostaa vaativan saattohoidon palveluita Länsi-Suomen Diakonialaitoksen saattohoitokodista. Potilaita siirtyy kotisairaalaan saattohoitokotiin sekä päivittäin. Yhteistä sähköistä tietojärjestelmää ei ole.

Tavoitteena oli kehittää moniammatillista yhteistyötä yksiköiden välillä suullisen viestinnän näkökulmasta. Tarkoituksena oli tuottaa ISBAR-menetelmän mukainen runko suulliselle viestinnälle ja viedä se käytäntöön. Kehittämisprojektiin sisältyvän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää molempien yksiköiden hoitohenkilökunnan mielipiteitä saattohoitopotilaiden hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden takaavasta suullisesta viestinnästä sekä sen edellytyksistä. Aineiston avulla muodostettiin sisältörunko suulliselle viestinnälle ISBAR -mallin mukaisesti.

Tutkimusaineisto kerättiin määrällisellä, sähköisellä kyselyllä (N=36). Vastausprosentti oli 58 (n=21). Määrällisten väittämien tulokset on esitetty prosentuaalisesti sekä mediaanein taulukoissa. Avoimet kysymykset on ryhmitelty teemoittain ja niistä on esitetty suoria lainauksia tuloksissa. Tutkimuksen tulosten mukaan potilaan hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden takaavan viestinnän tulee sisältää ensisijaisesti tiedot saattohoito-, ER- ja DNR -päätöksistä sekä potilaan diagnoosista, sairauden vaiheesta, onkologisten hoitojen tilanteesta, oireista, psyykkisestä tilanteesta ja lääkityksestä. Lisäksi keskeisiä asioita olivat lähiomaiset, alaikäiset lapset, heidän tukemisensa, siirron syy sekä potilaan toivomukset hoidon ja hoitopaikan suhteen.

## ASIASANAT:

Saattohoito, potilasturvallisuus, hoidon jatkuvuus, moniammatillinen yhteistyö, suullinen viestintä, ISBAR.

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Advanced Nursing Practice Degree programme

May 2018 | number of pages 65, number of pages in appendices 9

Heli Korkeakoski

## DEVELOPMENT OF MULTIPROFESSIONAL COLLABORATION IN HOME-BASED HOSPITAL CARE AND HOSPICE HOME FROM THE POINT OF VIEW ORAL COMMUNICATION

Development of multiprofessional collaboration between home based hospital care and hospice home makes regional hospice care possible. Effective oral communication provides tools for improvement of the patient safety and for the continuity of care in any case of patient transfers. Porin perusturva purchases these demanding services of hospice care from Länsi-Suomen Diakoniatilaitos hospice home section. Patients are transferred between hospital-based home care and hospice home. There is no shared electronic information system for communication.

The objective was to develop multiprofessional collaboration between units from oral communication's viewpoint. The objective was to provide a standard method by using ISBAR model for oral communication and implement it in practice. The development project contains a study aiming to clarify opinions from staff in hospice home and hospital-based home care, trying to determine that oral communication was stable between the units. Research data was used to determine a model for oral communication by using ISBAR model as a foundation.

Research data was collected by quantitative electronic inquiry (N=36). The response rate was 58% (n=21). The results of the study are presented in the thesis as percentages and median charts. Responses to the open questions are grouped under themes and they are presented as direct quotes in the results. According to the results of the study the communication which guarantees the continuity and safety of the patient's care has to include primarily the information about the hospice care, ER and DNR decisions and the patient's diagnosis since, the stage of illness, the stage of oncological treatment, symptoms, psychic condition and medication. Additionally, crucial things were family members, underaged children, supporting family members, reason for patient transfer and patient's wishes for treatment and place of care.

### KEYWORDS:

Hospice care, patient safety, continuity of care, multiprofessional collaboration, oral communication, ISBAR communication tool.

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>6</b>
<b>2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT</b>	<b>8</b>
2.1 Tavoite ja tarkoitus	8
2.2 Tarve	8
2.3 Organisaatiot	10
<b>3 SAATTOHOITO MONIAMMATILLISENA YHTEISTYÖNÄ</b>	<b>13</b>
3.1 Saattohoito	14
3.2 Moniammatillinen yhteistyö	15
3.3 Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen saattohoidossa	17
<b>4 TIEDONVÄLITYS POTILASSIIROISSA</b>	<b>20</b>
4.1 Tiedon kokoaminen moniammatillisessa yhteistyössä	21
4.2 Tiedon välittyminen moniammatillisessa yhteistyössä	21
4.3 ISBAR hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden mahdollistajana	23
4.3.1 Hoidon jatkuvuus ja turvallisuus	23
4.3.2 ISBAR	24
<b>5 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUS</b>	<b>27</b>
5.1 Eteneminen	27
5.2 Projektiorganisaatio	28
<b>6 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUS</b>	<b>30</b>
6.1 Tavoite, tarkoitus ja tutkimusongelmat	30
6.2 Empiirinen toteutus	30
6.2.1 Kysely	31
6.2.2 Aineiston keruu	32
6.2.3 Aineiston analysointi	32
<b>7 TUTKIMUSTULOKSET</b>	<b>34</b>
7.1 Hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden takaava viestintä saattohoitopotilaan siirtovaiheessa tällä hetkellä	35
7.2 Mitä hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden takaavan viestinnän tulisi sisältää henkilökunnan mielestä saattohoitopotilaan siirtovaiheessa?	38

7.3 Toimintamuutokset ja resurssit moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen viestinnän näkökulmasta yksiköiden välillä	40
7.4 Johtopäätökset ja pohdinta	43
7.5 Eettisyys ja luotettavuus	49
<b>8 ISBAR-VIESTINTÄRUNKO RAPORTOINNISSA</b>	<b>53</b>
8.1 ISBAR-viestintärunko	53
8.2 ISBAR-viestintärungon käyttöönotto	57
<b>9 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI</b>	<b>58</b>
<b>LÄHTEET</b>	<b>61</b>

## **LIITTEET**

- Liite 1. Sähköinen kyselylomake.
- Liite 2. Tutkimustiedote.
- Liite 3. Saatekirje.

## **KUVIOT**

Kuvio 1. Kehittämiprojektin aikataulu.	27
Kuvio 2. Työpaikka (n=21).	34
Kuvio 3. Työkokemus nykyisessä työpaikassa (n=21).	34
Kuvio 4. ISBAR viestintärunko.	56

## **TAULUKOT**

Taulukko 1. Viestinnän nykytila.	36
Taulukko 2. Hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden takaava viestintä.	39
Taulukko 3. Moniammatillisen yhteistyön edellytykset viestinnän näkökulmasta.	42

# 1 JOHDANTO

Kehittämistyöstä on tullut yhteiskunnassa, organisaatioissa ja työyhteisöissä tärkeä asia, josta puhutaan paljon ja johon panostetaan. Työyhteisötasolla kehittämistyöllä pyritään luomaan uudenlaista asennoitumista työhön sekä edistämään työssäoppimista, luovaa työskentelyä, kokeiluita ja innovaatioita. Siirtyminen tiukasti normitetuista työtehtävistä kohti luovuutta, oma-aloitteisuutta ja uusia ajatusmalleja edistää yhteistyön kehittymistä sekä kehitysajatusten hyödyntämistä. Kehittäminen luo mahdollisuuden hallita omaa työtään kiivastahtisten muutosten aikakautena. (Anttila 2007, 11-12.)

Porin kotisairaala ja Länsi-Suomen Diakonialaitoksen saattohoitokoti tekevät yhteistyötä saattohoitopotilaiden hoidossa. Porin perusturvalla on Diakonialaitoksen saattohoitokodissa paikkoja vaativaa saattohoitoa tarvitseville potilaille. Potilaita siirretään saattohoitokotiin kotisairaalan hoidonarvion mukaan. Heitä siirtyy myös Diakonialaitoksen saattohoitokodista kotisairaalan turvin omaan kotiinsa. Yksiköiden välillä ei ole toistaiseksi mahdollisuutta sähköiseen tiedonvälitykseen, vaan viestintä tapahtuu puhelimitse, faksilla tai hoitokertomuksen tulosteiden välityksellä.

Kotisairaala toimii Porin, Ulvilan ja Merikarvian kuntien yhteistoiminta-alueella, mahdollistaen palliatiivisten ja saattohoitopotilaiden hoidon kotona tai kodinomaisessa laitoksessa. Vaativuutta potilaan hoitoon saattaa tuoda esimerkiksi oireiden heikko hallittavuus tai sosiaaliset syyt, joista esimerkkinä läheisten uupumus tai kotona olevat pienet lapset. Diakonialaitoksen saattohoitokoti toimii yksityisenä palveluntuottajana, jossa kotisairaalan vaativaa saattohoitoa tarvitsevia potilaita hoidetaan maksusitoumuksella. Diakonialaitoksen saattohoitokotiin palliatiivisia- ja saattohoitopotilaita ohjautuu säännöllisesti myös Satakunnan keskussairaalaan. Diakonialaitoksen saattohoitokodista heistä osa ohjautuu omaan kotiinsa sekä kotisairaalan hoitoon tilanteen vakiinnuttua.

Projekti lähtee liikkeelle tarpeesta (Mäntyneva 2016, 11). Tämän projektin tavoitteena oli kehittää moniammatillista yhteistyötä kotisairaalan ja saattohoitokodin välillä suullisen viestinnän näkökulmasta. Tarkoituksena oli tuottaa ISBAR-menetelmän mukainen runko suulliselle viestinnälle sekä ottaa se käyttöön molemmissa yksiköissä. Sisältö siihen luotiin molempien yksiköiden hoitohenkilökunnille kohdennetun tutkimuksen tulosten perusteella.

Suullisen viestinnän sisällön tulee varmistaa saattohoitopotilaan hoidon jatkuvuus ja turvallisuus hänen siirtyessä hoitoyksiköstä toiseen. Strukturoitu viestintä ja viestintätyökalun käyttö edistävät hoidon jatkuvuutta ja turvallisuutta. ISBAR (SBAR) on viestintätyökalu, jonka strukturoidun rakenteen avulla voidaan potilaan tilanteesta raportoida suullisesti, järjestelmällisesti ja hallitusti (Kinnunen & Helovuori 2014).

Moniammatillisen yhteistyön lisäämisellä yksiköiden välillä voidaan saavuttaa useita etuja. Potilaan hoidon laatu paranee, hoitohenkilökunnan yhteistyö tiivistyy toisen osapuolen henkilökohtaisen tuntemisen myötä ja yhteinen kasvu jaetun tiedon sekä oppimisen myötä tukee ammatillista kehittymistä kohti saattohoidon edistyksellisempää asian-  
tuntijuutta.

## 2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

Kehittämistyön tavoitteena on tuottaa uutta tai parantaa jo olemassa olevaa. Joka tapauksessa kehittämistyö nousee tarpeesta tai ongelmasta. (Mäntyneva 2016, 11; Anttila 2007, 14, 39.) Toiminnallisessa kehittämisprojektissa on tärkeää perehdyttää sekä sitouttaa henkilökunta uuden toimintatavan tai -menetelmän käyttöön (Mäntyneva 2016, 12).

Riittävä näyttöön perustuva tieto, jota tiedemaailma tuottaa, on lähtökohta kehittämistyölle ja sen tiedon jakamista tulisi tehostaa muutospyrkimysten eteenpäin viemisessä (Isoherranen 2012, 160). Selkeä päämäärä ja uudistuneen toiminnan positiivinen vaikutus omaan työhön motivoivat muutokseen. Koettu hyöty määrittelee sitoutumisen asteen. (Paane-Tiainen 2013, 235; Leonard, Graham & Bonacum 2004, 89-90.)

### 2.1 Tavoite ja tarkoitus

**Kehittämisprojektin tavoitteena** oli kehittää moniammatillista yhteistyötä Porin kotisairaalan ja Länsi-Suomen Diakonialaitoksen saattohoitokodin välillä suullisen viestinnän näkökulmasta.

**Kehittämisprojektin tarkoituksena** oli tuottaa ISBAR-menetelmän mukainen runko suulliselle viestinnälle sekä ottaa se käyttöön molemmissa yksiköissä. Sisältö suullisen viestinnän ISBAR-menetelmän mukaiseen runkoon luotiin molempien yksiköiden hoitohenkilökunnille kohdennetulla tutkimuksella.

### 2.2 Tarve

Porin kotisairaala (jatkossa kotisairaala) tuottaa kotisairaalapalvelut terveydenhuollon yhteistoiminta-alueella, johon kuuluvat Ulvilan, Merikarvian ja Porin kunnat. Suurin potilasryhmä kotisairaalassa on palliatiivisessa hoidossa olevat syöpäpotilaat ja erityisesti edellä mainittuun potilasryhmään liittyen tehdään yhteistyötä Länsi-Suomen Diakonialaitoksen saattohoitokodin (jatkossa saattohoitokoti) kanssa.

Kotisairaalan ja saattohoitokodin yhteistyö tiivistyi, kun kotisairaala aloitti sopimuksen mukaisen ostopalvelupaikkojen käytön saattohoitokodissa. Potilaksi kotisairaala-



saattohoitokotiin valikoituvat vaativaa saattohoitoa tarvitsevat potilaat kotisairaalan moniammatillisen tiimin arvioinnin mukaan. Vaativuutta potilaan hoitoon saattaa tuoda esimerkiksi oireiden heikko hallittavuus tai sosiaaliset syyt, joista esimerkkinä läheisten uupumus tai kotona olevat pienet lapset. Päätös siirtymisestä saattohoitokotiin tehdään aina yhteistyössä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Vaihtoehtoisesti saattohoitopotilas voidaan hoitaa Porin perusturvan sairaalan osastolla T3.

Potilaita siirtyy sekä kotisairaalaan saattohoitokotiin, että toisinpäin. Satakunnan keskussairaalan osastot ja poliklinikat lähettävät potilaita saattohoitokotiin, josta tilanteen tasaantumisen jälkeen potilaat palaavat usein omaan kotiinsa ja kotisairaalan hoitoon. Tarpeen mukaan potilailla on mahdollisuus vaikeissa tilanteissa esimerkiksi sopivan lääkityksen löytämiseksi tai omaisen voimaannuttamiseksi saada intervallityyppinen hoitojakso saattohoitokodista. Toisaalta hän voi saada intervallityyppisen hoitojakson myös kotisairaalaan halutessaan olla joitakin päiviä kotona kesken saattohoitokodin hoidon. Saattohoitokodissa tapahtuvaa hoitoa varten potilas tarvitsee maksusitoumuksen tai vaihtoehtoisesti hän voi kustantaa hoidon itse, ellei vaativan saattohoidon kriteereitä ole.

Kotisairaalaan on käytössä Effic- ja saattohoitokodissa Hilikka-potilastietojärjestelmä. Työyksiköillä ei ole yhteistä sähköistä potilastietojärjestelmää, eikä sitä ole tällä hetkellä mahdollisuutta saada. Tietoja yksiköstä toiseen siirtyvistä potilaista välitetään puhelimitse, faxilla ja viemällä tulosteita hoitokertomuksesta. Mitään systemaattista raportointi väylää ei ole ollut, vaan jokainen toimii parhaaksi näkemällään tavalla.

Moniammatillisen yhteistyön näkökulmasta viestinnän kehittämällä voidaan edistää hoidon jatkuvuutta, turvallisuutta ja tuottaa yhteistyössä laadukkaampaa hoitoa terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen syöpäpotilaille. Yhteistyön myötä on mahdollista myös kehittää molempien yksiköiden moniammatillisen henkilökunnan tiedollista ja taidollista osaamista jakamalla tietotaitoa. Sen jakaminen eri toimijoiden välillä on sosiaali- ja terveysalalla vielä vähäistä (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 13).

Perinteisesti terveydenhuollossa eri sektorit ovat kehittäneet itsenäisesti omaa toimintaansa tuotanto- ja järjestelmälähtöisesti. Asiakslähtöiseen hoitotyöhön suuntautuminen ja sen kehittäminen madaltavat sektorirajoja ja edistävät julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoiden yhteistyötä. Usein yhteistyö on vieläkin aidon kumppanuuden ja yhteisen toimintastrategian sijasta ostopalvelusopimus, kuten tämänkin kehittämistyön osapuolilla tällä hetkellä. Asiakslähtöinen kehitystyö yli sektorirajojen integroi

palveluita toisiinsa ja on kokonaisvaltaista huomioiden asiakaslähtöisyyden eri ulottuvuudet ja merkityksen. (Virtanen ym. 2011, 9-10.)

### 2.3 Organisaatiot

**Kotisairaala** kuuluu Porin perusturvan terveys- ja sairaalapalveluihin. Toiminta-aika on päivittäin 6.45 – 23.00. Kotisairaala on osa Akuuttia kotikeskusta yhdessä mobiilitoiminnan, kotiuttamistiimin ja turvapuhelinpalveluiden sekä osaston T3 kanssa, josta potilailla ja omaisilla on mahdollisuus saada puhelimitse apua yöllä. (R. Miinalainen henkilökohtainen tiedonanto 15.2.2017.)

Porin perusturvan toiminta-ajatukseen on kirjattu toiminnan pohjautuvan alueelliseen ja moniammatilliseen yhteistyöhön sekä kumppanuuteen. Määrätietoisella, asiakkaita kunnioittavalla ja osaavalla johtamisella turvataan asiakkaille / potilaille hyvä hoito sekä hoitohenkilökunnalle mahdollisuus asiantuntijuuteen, hyvinvointiin ja motivoituminen tehtäväänsä. Peruspalvelut suunnitellaan yhteistyössä oikea-aikaisiksi. (Kotisairaalan toimintasuunnitelma, 2014.)

Kotisairaalan toiminta-ajatuksena on tuottaa hoitokulttuuri, jossa potilas voi valitessaan tulla hoidetuksi kotona sairaalan vuodeosaston sijaan, silloin kun hänellä on sairaalahoitoa vaativa sairaus (Kotisairaalan toimintasuunnitelma 2014). Kotisairaalan hoitotyön arvoja ovat turvallisuus, yksilöllisyys, kokonaishoito ja itsehoidonperiaate sekä yhteisöllisyys. Turvallisuus merkitsee toiminnan vastuullisuutta, luottamuksellisuutta, ammattitaitoisuutta, potilaskeskeisyyttä, nopeaa tavoitettavuutta sekä hoidon jatkuvuutta, johon kuuluvat jatkohoidon järjestäminen ja saumaton tiedonsiirto. Turvallisuus on myös teknologian hallintaa ja sen toimivuutta potilaan hoidossa. Yksilöllisyydellä tarkoitetaan potilaan ainutkertaisuutta sekä hänen kokemuksensa, tahtonsa, toiveidensa ja kotinsa omaleimaisuuden kunnioittamista.

Kotisairaala tarjoaa potilaalle mahdollisuuden olla kotona sairauden edellyttämästä hoidosta huolimatta. Kokonaishoito merkitsee potilaan huomioimista osana ympäristöään ja kulttuuriperimäänsä sekä hänen henkilökohtaisten fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja hengellisten tarpeidensa ymmärtämistä. Kokonaishoito turvataan kiinteällä yhteistyöllä, ohjaamalla sekä tukemalla potilasta ja hänen läheisiään sekä moniammatillisella yhteistyöllä tarvittavien kumppanien kanssa. Saattohoitopotilaille halutaan mahdollistaa arvokas kuolema omassa kodissa. Itsehoidon periaatteen mukaan potilaan

omatoimisuutta tuetaan ja vahvistetaan voimavaroja korostamalla. (Kotisairaalan toiminta-ajatus 2011.)

Kotisairaalan toiminta perustuu ihmisläheisyyteen ja palveluhenkisyteen sekä omien voimavarojen hahmottamiseen. Kollegiaalisella vastuunkannolla, yhteisellä päätöksenteolla ja päätösten noudattamisella turvataan potilaan hyvä hoito. Potilaan hoito suunnitellaan ja toteutetaan moniammatillisena tiimityönä, jossa arvostetaan jokaisen ammattitaitoa ja osaamista sekä mahdollistetaan jokaisen vaikutusmahdollisuus. Toiminta on tavoitteellista ja kustannustehokasta. Opiskelijoita ohjataan vastuullisesti kotisairaalan arvojen ja hoitoideologian mukaan. (Kotisairaalan toiminta-ajatus 2011.)

Kotisairaalan moniammatilliseen työryhmään kuuluu lääkäri, fysioterapeutti, osastonhoitaja, osastonsihtööri ja 12 sairaanhoitajaa. Lisäksi on 13 kotisairaalaan koulutettua vapaaehtoista. Potilaiden tarpeiden mukaan tiimiä vahvistetaan myös sairaalapastorilla, sosiaalityöntekijällä ja ravitsemusterapeutilla. Hoitotarvikejakelu, apuvälinelainaamo sekä kuljetusmiehet ovat käytettävissä, kun potilaan arkea helpotetaan apuvälineiden ja hoitotarvikkeiden avulla. Aktiivista yhteistyötä tehdään eri alueiden kotihoidon sekä niin kunnallisten kuin yksityisten hoitolaitosten ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. (R. Miinalainen henkilökohtainen tiedonanto 15.2.2017.)

**Länsi-Suomen Diakonialaitos** on yksityinen sosiaali- ja terveysalan toimija, joka tuottaa palveluita kristillisellä arvopohjalla Diakonialaitoksen säätiön ja PDL-palvelut Oy:n toimintana. Palvelut kattavat monipuolisesti eri väestöryhmien tarpeita hyvinvointipalveluissa sekä tukevat alan koulutusta Diakonia-ammattikorkeakoulun kautta. Länsi-Suomen Diakonialaitos pyrkii kehittämään sosiaali- ja terveysalaa myös käytännön työn kautta etsimällä uusia avuntarvitsijaryhmiä ja räätälöimällä heille palveluita sekä edistämällä tietoisuutta heidän tarpeistaan. (Länsi-Suomen Diakonialaitos.)

Saattohoitokoti on toiminut vuodesta 2012 alkaen. Saattohoitokodissa on kuudesta kymmeneen potilaspaikkaa tarpeen mukaan. Toiminta on ympärivuorokautista. (S-M. Pudas-Tähkä henkilökohtainen tiedonanto 21.3.2018.) Diakonialaitoksen arvot ovat ihmisyyden arvostaminen, henkilöstön hyvinvointi ja kokonaistaloudellisuus. Ihmisyyden arvostamisella tarkoitetaan ihmisyyden kunnioitusta ja lähimmäisen rakkauteen perustuvaa suhtautumista niin potilaisiin, työyhteisön jäseniin kuin yhteistyökumppaneihinkin. Se näkyy toiminnassa palveluhalukkuutena, asiakaskeskeisyytenä ja luotettavuutena.

Henkilöstön hyvinvointi perustuu ajatteluun henkilöstöstä arvostettuna ja tärkeimpänä pääomana. Hyvinvoinnista ja jaksamisesta pidetään huolta erilaisilla työkykyä

ylläpitävillä toimilla, työehtosopimusten noudattamisella sekä työsuojelun ja työterveys-  
huollon kehittämistoimilla. Asiakkaan edun mukaisesti toiminta on kokonaistaloudellista  
ja kestävän kehityksen turvaavaa. (Länsi-Suomen Diakonialaitos.)

Diakonialaitoksen saattohoitokodin moniammatilliseen työryhmään kuuluu palliatiivisen  
erityispätevyyden omaava lääkäri sekä lähes aina myös yksi palliatiivista erityispäte-  
vyyttä opiskeleva lääkäri, hoitovastaava, sairaanhoitajia, perushoitajia ja sosiaaliohjaaja.  
Potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan tiimiä täydennetään fysioterapeutilla, toimintate-  
rapeutilla, psykologilla ja papilla (S-M. Pudas-Tähkä henkilökohtainen tiedonanto  
21.3.2018.) Syöpäyhdistyksen sairaanhoitajien kanssa tehtävä yhteistyö on tiivistä. (A.  
Peltomäki henkilökohtainen tiedonanto 15.2.2017.)

### 3 SAATTOHOITO MONIAMMATILLISENA YHTEISTYÖNÄ

Saattohoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaalle ihmiselle annettua hoitoa, joka ei johda paranemiseen eikä vaikuta sairauden etenemiseen vaan hoitaa oireita. Päämääränä on mahdollisimman kivuton ja hyvä olo loppuelämän ajan. (Surakka, Mattila, Åstedt-Kurki, Kylmä & Kaunonen 2015, 173.) Saattohoidosta päätettäessä potilaan elinajan odotus arvioidaan lyhyeksi (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 20). Parhaimmillaan saattohoito on moniammatillisella yhteistyöllä toteutettua yksilöllistä ja kokonaisvaltaista hoitoa, jota antaa riittävän erikoiskoulutuksen saanut hoitohenkilökunta (Pihlainen 2010, 17; Heikkinen ym. 2004, 20). Omaisten huomioiminen, tukeminen ja opastaminen ovat tärkeä osa kuolevan potilaan hoitoa (Pihlainen 2010, 17).

Katajamäki (2010, 158-159) määrittelee moniammatillisuuden useaan eri profession kuuluvan ammattilaisen muodostaman tiimin toiminnaksi. Keskeistä on konkreettinen ja monimuotoinen vuorovaikutus. Energiaa toimintaan ammennetaan yhteisöllisyydestä. Päämäärätietoista ongelmien ratkaisua työestetään toinen toisensa asiantuntijuutta täydentäen oman profession näkökulmasta.

Moniammatillisuus voidaan määritellä myös tiimiin kuuluvan asiantuntijan ominaisuutena, sosiaali- ja terveysalan yleisinä taitoina eli työelämäosaamisena, joka ilmenee moniammatillisuuteen liittyvänä asiantuntijuutena. Sen edellyttämiä taitoja ovat ongelmanratkaisukyky, ryhmätyö- ja projektiosaaminen, sujuva kanssakäyminen muiden kanssa sekä johtamisen, kehittämisen, asiantuntijuuden hyödyntämisen ja ohjauksen osaaminen. Vuorovaikutustaidot, asenteet ja tunteet ovat kiinteässä yhteydessä edellä mainittujen kanssa. (Katajamäki 2010, 159.)

”Moniammatillista yhteistyötä voidaan kuvata sosiaali- ja terveysalalla asiakas- / potilaslähtöisenä työskentelyinä, jossa pyritään huomioimaan potilaan elämän kokonaisuus ja hänen hoito- ja hoivapolkunsu. Yhteisessä tiedonkäsittelyssä eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot kootaan yhteen. Vuorovaikutusprosessissa rakennetaan tapauskohtainen tavoite ja yhteinen käsitys (jaettu sosiaalinen kognitio) potilaan tilanteesta, tarvittavista toimenpiteistä ja ongelmien ratkaisusta. Tiedon kokoaminen yhteen tapahtuu joustavasti, sovituilla välineillä ja/tai foorumeilla sovituin toimintaperiaattein. Asiakas/potilas ja/tai hänen läheisensä ovat tarvittaessa mukana keskustelussa.” (Isoherranen 2012, 22.)

### 3.1 Saattohoito

Saattohoito alkaa saattohoitopäätöksen tekemisestä. Sen tekee hoitava lääkäri yhteisymmärryksessä potilaan ja / tai hänen läheistensä / edustajansa kanssa. Saattohoitopäätös kirjataan hoitosuunnitelmaan yksityiskohtaisesti ja selkeästi perusteluineen. (Pihlainen 2010, 17, 30; ETENE 2003, 6, 10.) Potilas siirtyy usein nopeasti saattohoitopäätöksen jälkeen erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon, tässä kehittämisprojektissa joko saattohoitokotiin tai kotisairaalaan (Pihlainen 2010, 25-26). Silloin vastaanottavan yksikön tulisi heti siirron jälkeisessä hoitoneuvottelussa selvittää potilaan toiveet ja tarpeet saattohoitonsa suhteen (ETENE 2003, 10).

Potilaalla on oikeus saada tietoa terveydentilaansa koskevista asioista, jotta hänellä on mahdollisuus tehdä itseään koskevia päätöksiä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992 / 785). Hoitolinjauskeskustelut lääkärin kanssa ovat erittäin tärkeitä sekä potilaan että hoitohenkilökunnan kannalta. Potilas saa mahdollisuuden hallita elämäänsä ja hoitohenkilökunta kykenee tukemaan häntä sairauden vaiheeseen sopivalla tavalla. Siten syntyy laadukas moniammatillinen saattohoito. (Anttonen 2016, 125, 136; ETENE 2003, 10-11.)

Saattohoito perustuu eettisiin arvoihin, joita ovat hyvä hoito, oikeudenmukaisuus, ihmisarvon kunnioittaminen ja itsemääräämisoikeus. Saattohoidossa potilasta hoidetaan kokonaisvaltaisesti fyysisenä, psyykkisenä, sosiaalisena, henkisenä ja hengellisenä kokonaisuutena. Hyvän saattohoidon lähtökohtana ovat potilaan tarpeet ja toiveet oman hoitonsa suhteen sekä hänen vakaumuksensa kunnioittaminen. Hyvän elämänlaadun kokemus saattohoidossa mahdollistuu, kun potilas kokee turvallisuutta, saa osakseen huolenpitoa, itsemääräämisoikeus toteutuu sekä ihmisarvo ja oma elämäntapa säilyvät. (Pihlainen 2010, 13, 17.) Subjektiivisuutensa vuoksi hyvä hoito edellyttää potilaan mielihyvyyden selvittämistä edellä mainituista asioista (ETENE 2003, 7-8).

Inhimillisen kohtaamisen puuttuminen saattohoitopotilaan hoidosta johtaa Anttonen (2016, 123) mukaan kuolemaan ajautumiseen, jossa potilaalla ei ole ymmärrystä kuoleman lähestymisestä eikä siten mahdollisuutta myöskään valita hoitolinjaansa tai valmistautua tulevaan. Anttonen kuvasi tilannetta potilaan hylkäämisinä, jolloin hänen tarpeensa jäävät tyydyttämättä.

Riittävän aikainen saattohoidon kytkeminen potilaan hoitoprosessiin valmistaa tulevaan etenkin silloin, jos kuolemaan liittyvät vaiheet seuraavat nopeasti toisiaan (Anttonen

2016, 137). Potilaan sairauden tilanteeseen nähden myöhään tehty saattohoitopäätös haittaa saattohoitoyksikön ja potilaan sekä omaisten välisen luottamuksen kehittymistä. Ajoissa tehty saattohoitopäätös edistää oireiden hoitoa ja vähentää potilasta kuormittavia siirtymisiä paikasta toiseen sekä rasittavia toimenpiteitä. Moniammatillisen tiimin tehtävä on varmistaa tietämys hoitolinjauksista, saattohoitopäätöksestä sekä niiden selkeä ja yksiselitteinen kirjaaminen. Epäselvyydet vaarantavat potilaan hoidon jatkuvuuden. (Vaarala 2016, 28).

Vaaralan (2016, 29) tutkimuksen mukaan potilaiden saattohoito toteutui useimmiten siinä yksikössä, jossa potilaalla oli ollut ensimmäinen hoitokontakti. Potilaan ja omaisen tehdessä valintaa merkittäviä kriteereitä olivat turvallisuus ja tunne välittämisestä. Toisaalta Anttonen (2016, 138) kritisoi sitä, että alkuperäisestä hoitopaikasta pidetään kiinni, vaikka potilaan tarpeet tulisivat paremmin tyydytetyiksi jossain toisaalla. Potilaan ja omaisten toiveiden ja tarpeiden tulisi olla ensisijaisia määritettäessä hoitopaikkaa. Potilaan siirtymiset erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja yksityisten hoitolaitosten välillä tulisi hoitaa sujuvasti sekä rajattomasti potilaan hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden vaarantumatta (Pihlainen 2010, 24).

Kotisaattohoidossa omaisen ja potilaan tulee olla tietoisia vastuutahosta ja heillä tulee olla mahdollisuus avun saantiin puhelimitse kaikkina vuorokaudenaikoina (Pihlainen 2010, 25). Kotona olevat potilaat arvostivat mahdollisuutta saada apua puhelimitse ympäri vuorokauden, tukiosaston ja laitospaikan olemassaoloa sekä avunsaannin mahdollisuutta kotihoidolta. Tarvetta potilaan lyhytaikaiseen laitoshoitoon oli omaisen jaksamisen turvaamiseksi. Silloin toivottiin paikkaa hoitolaitoksesta: saattohoitokodista, jossa olisi erityisosaamista lääkäri- ja hoitopalveluineen. (Vaarala 2016, 29, 32.)

Vaarala (2016, 28) havaitsi tutkimuksessaan, ettei potilaalla aina ollut tarvittavaa maksusitoumusta tai lähetettä tehtynä hänen siirtyessään toiseen organisaatioon saattohoitoon. Potilas saattoi joutua ikävään tilanteeseen, kun jälkikäteen selviteltiin hänen sairautensa vaihetta ja pyydettiin maksusitoumusta jo alkaneelle hoitajaksoille.

### 3.2 Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillinen tiimi koostuu asiantuntijoista, jotka edustavat eri viitekehyksiä kulloisenkin tarpeen mukaan. Asiantuntijat toimivat yhdessä tavoitteenaan yhteisesti määriteltä päämäärä. (Pohjolainen & Mikkelsson 2015.) Parhaimmillaan syntyy yhteisöllisyys,

jossa eri ammattiryhmien asiantuntijuudet ja erityisosaamiset ovat sulautuneet uudeksi me hengen mukaiseksi näkökulmaksi, yhteiseksi hoitoideologiaksi, jossa korostuvat potilaslähtöisyys ja potilaan yksilöllisyys. Me henki näkyy moniammatillisen tiimin tiedollisena synergiana ja jäsenien toisilleen antamana luotettavana tukena sekä luottamuksena, joihin liittyy muun muassa henkilökohtaista kemiaa ja sympatiaa. Me hengellä on positiivinen vaikutus myös asiantuntijuuden ohjaamiseen ja tehokkuuteen. (Isoherranen 2012, 160-161, 163; Kvarnström & Cedersund 2006, 244, 249, 251.) Hyvin toimiva tiimi tukee ja edistää työhyvinvointia eikä halua työyhteisön vaihtamiseen ole (Isoherranen 2012, 160-161; Jalonen, Manninen, Rautio & Savinainen 2009, 4237).

O'Donoghuen (2011, 114) mukaan hyvät vuorovaikutustaidot, vahvat ihmissuhteet ja keskinäinen ammatillinen kunnioitus ovat lähtökohta onnistuneelle moniammatilliselle yhteistyölle. Kettunen ja Gerlander (2013, 305) toteavat vuorovaikutus- ja viestintätaitojen olevan paljon enemmän kuin vain tiedonvälitystä ja toimintojen koordinoitua. Viestintä on myös väline keskinäisen luottamuksen rakentamiseen, tuen ilmaisuun, ilmapiirin luomiseen ja luontevien vuorovaikutuskäytäntöjen aikaansaamiseen moniammatillisessa yhteistyössä. Viestinnän keinoin varmistetaan myös kaikkien tietoisuus tilanteesta ja yhteisestä päämäärästä potilaan hoidossa (Weller, Boyd & Cumin 2014, 153).

Vastuun jakamista helpottaa luottamus toiseen osapuoleen. Luottamuksen syntyminen edellytys on toisen osapuolen tunteminen ja suhteen muodostuminen. Vastuun jakamisen ja keskinäisen luottamuksen saavuttaminen edellyttävät potilaan kokonaisuhoitoisuuden tuntemista, joka on mahdollista vain tutustumalla potilaan hoitoon osallistuviin ammattilaisiin ja selvittämällä kunkin osuus yhteisessä työssä. Asiantuntijoiden valta muuttuu rajoittavasta mahdollistavaksi. (Kettunen & Gerlander 2013, 305-306; Saaren-Sepälä 2004, 121-122, 125, 148.)

Yhteisöllisyyttä, luottamusta ja arvostusta toisen työtä kohtaan voidaan lisätä mahdollisuudella työkiertoon tai erilaisilla tutustumiskäyneillä toiseen yksikköön sekä yhteisillä tapaamisilla (Niemi 2016, 79). Valmius ristiriitojen rakentavaan ratkomiseen ja tehokkaaseen asiantuntijatyöhön edellyttää tiimiltä ryhmäytymistä ja ajallisesti pidempää yhteistyötä (Pohjolainen & Mikkelsson, 2015) sekä vakiintuneita ja sujuvia vuorovaikutuskäytäntöjä (Kettunen & Gerlander 2013, 309). Moniammatillista yhteistyötä pidetään erityisen tärkeänä syöpäpotilaan hoitotyössä etenkin palliatiivisessa vaiheessa (Aubin ym. 2012, 49). Laadukas asiakaslähtöinen hoito ei ole yksittäisen ammattilaisen toteutettavissa vaan tarvitaan moniammatillista yhteistyötä (Gibson 2009, 328).



### 3.3 Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen saattohoidossa

Moniammatillisen yhteistyön merkitys hyvän hoidon mahdollistajana tunnustetaan. Pitäisi kuitenkin olla määriteltynä, mitä laadukas hoito pitää sisällään. Tieto sen tunnuspiirteistä on edellytys kehittämistyölle. Hyvä hoito voi olla toimintaa organisaation näkökulmasta ajateltuna, mutta se voi olla myös palvelua potilaan yksilöllisestä näkökulmasta suunniteltuna. (Niemi 2016, 78.) Potilaan kokemus hyvästä hoidosta ei välttämättä ole sama kuin palvelun tuottajan (Niemi 2016, 80; Pihlainen 2010, 16). Potilaan tulee olla osallisena hoidon suunnittelussa ja hänet tulisi tunnustaa tasavertaiseksi päätöksentekijäksi terveydenhuollon ammattilaisten kanssa (Niemi 2016, 80; Virtanen ym. 2011, 19).

Kotisaattohoidossa omaishoitajat toivoivat pääsevänsä mukaan moniammatilliseen yhteistyöhön, suunnittelemaan, toteuttamaan ja arvioimaan hoitotyön toiminnan tuloksia saattohoidettavan ohella ja että koko heidän perheensä huomioitaisiin. Riittävä tuki hoitohenkilökunnalta koettiin kotihoidon mahdollistajaksi, samoin eri tahojen hyvin toimiva moniammatillinen yhteistyö. (Leppäaho 2016, 82, 91-93, 99.) Anttosen (2016, 136-137) mukaan saattohoidon ainutkertaisessa vuorovaikutuksellisessa suhteessa potilas, omaiset ja hoitohenkilökunta ovat kaikki sekä auttajia että autettavia oman roolinsa rajoitteet huomioiden.

Moniammatillisen yhteistyön haasteita ovat eri tieteenalojen toisistaan poikkeavat koulutukset, psykologiset tekijät sekä terveydenhuollon toimijoiden erilaiset organisaatiokulttuurit ja hallintotavat (Weller ym. 2014, 153). Lisäksi ylhäältä alaspäin annetut ohjeet ja perinteinen ammattien välinen tehtävien jako toimivat moniammatillisen yhteistyön esteinä. Yhteiset käsitteet ja sitoutuminen yhteisen näkökulman mukaiseen muutokseen ovat potilaslähtöisen moniammatillisen yhteistyön edellytyksiä. Hyvin toimivassa tiimissä toteutui oman toiminnan herkeämätön arviointi ja sen perusteella myös toiminnan kehittäminen. (Isoherranen 2012, 156-157, 159-160.) Niemi (2016, 82) tulkitsee tiedon ja asiantuntijuuden olevan yhä enemmän työntekijöiden pääomaa ja korostaa siksi dialogin merkitystä kehittämistoiminnassa, jotta koko henkilökunnan motivaatio, osaaminen ja luovuus saadaan hyötykäyttöön.

Saaren-Seppälä (2004, 150) totesi hoitokulttuurin kehityksen, niin toimijoiden kanssa käymisen kuin palvelujärjestelmänkin suhteen, olleen vahvasti historiasidonnaista ja vaativan muuttuakseen organisaatorajoja ylittäviä työvälineitä ja -käytäntöjä. Toisaalta organisaatorajat ylittävän toiminnan tulisi olla strukturoitua mutta toisaalta yhteistyön

tulisi mahdollistaa yksilölliset ratkaisut hoidettaessa potilasta moniammatillisesti. Anttonen (2016, 138) mukaan palvelujärjestelmän kehittämisen tulee olla potilaan tarpeista lähtevää. Isoherranen (2012, 157, 159) lisää potilaslähtöisen toiminnan edellytykseksi organisaation muuttumisen rakenteellisesti, johtamiskulttuurisesti sekä prosessien osalta.

Jalonen ym. (2009, 4237) arvelivat terveysalan työntekijöiden asiantuntija-aseman olevan niin jäykkä ja tiukasti professioiden vaalima, ettei asiantuntijuutta välttämättä haluta jakaa. On vaikea luopua asiantuntijuuden tuomasta vallasta ja sosiaalisesta statuksesta (Virtanen ym. 2011, 12). Tärkeää olisikin tehdä niin työpaikoilla kuin koulutuksessakin näkyväksi toisen ammattilaisen rinnalla tehtävän työn hyöty (Jalonen ym. 2009, 4237).

Vaaralan (2016, 32) tutkimuksen mukaan saattohoidon ammattilaiset konsultoivat toisinaan yli ammattirajojen ja konsultaatioihin suhtauduttiin myönteisesti. Toisaalta Saaren-Seppälän (2014, 98, 100, 148) tutkimuksessa tuli ilmi, että konsultaatioita tekivät vain saman erikoisalalan lääkärit keskenään. Tieto haettiin joko potilaskertomuksesta tai kuultiin potilaalta. Tiedon välitystä ei tulisi jättää potilaan huolehdittavaksi etenkin, ellei sitä ole erikseen sovittu. Paane-Tiaisen (2013, 227, 230-231) mukaan lääkärien yhteistyön muuttaminen neuvottelevammaksi eri organisaatioiden välillä vaatii potilaslähtöisen näkökulman ja potilaan roolin vahvistumisen tunnustamista. Yhteistyön esteeksi nähtiin myös hoidon porrastuksen luoma valta-asema, jolla on historiallisesti pitkät juuret.

O'Donoghue (2011, 114) totesi kroonista munuaissairautta sairastavien potilaiden hoidon olevan laadukkaampaa, kun se tuotettiin moniammatillisena yhteistyönä. Potilaat otettiin mukaan päätöksentekoon ja heille annettiin näyttöön perustuvaa tietoa päätöksien tueksi. Kvarnström ja Cedersund (2006, 249) päättelivät, että tarvittaessa moniammatillisen tiimin tulee tilapäisesti laajentaa asiantuntijuutta ulkopuolisilla jäsenillä potilaan tarpeen mukaan. Se parantaa hoidon tuloksellisuutta ja edistää moniammatillisen yhteistyön käyttöä potilaiden hoidossa.

Bellamy, Fiddian ja Nixon (2006, 158-159, 162) kehittivät ammatillista kasvua ja saattohoitoa potilastapausten käsittelyn avulla moniammatillisissa ryhmissä. Tutkimuksen tulosten mukaan työyksiköiden potilastapausten yhteinen pohdinta edisti oppimista, lisäsi keskinäistä kunnioitusta ja moniammatillista yhteistyötä. Lisäksi keskinäinen luottamus lisääntyi ja vuorovaikutuksesta yksiköiden välillä tuli avoimempaa ja rehellisempää. Tietoisuus omasta itsestä kasvoi ja ammattilaisuuden rajat sekä roolit selkiytyivät. Edellä

esitettyjen edistysaskelien, ammattimaisen yhteenkuuluvuuden ja yhteistyön lisääntymisen sekä sujuvoittamisen todettiin parantavan saattohoidon laatua.

## 4 TIEDONVÄLITYS POTILASSIIRROISSA

Jotta potilaalle voidaan tarjota hyvää ja luottamusta herättävää hoitoa, tulee viestinnän olla tehokasta ja tukea moniammatillista yhteistyötä eri toimijoiden välillä terveydenhuollon monimutkaistuvassa ja erikoisaloihin painottuvassa työssä (Weller ym. 2014, 153). Moniammatillisen yhteistyön tueksi tulee luoda viestintää ohjaavia käytäntöjä. Viestintämallien ja -ohjeiden merkitys korostuu toiminnoissa, joissa prosessi edellyttää tehtävien ajallista lomittumista toisiinsa. (Kettunen & Gerlander 2013, 310.) Potilaan siirto toiseen hoitopaikkaan kuormittaa potilasta ja omaisia vähemmän henkisesti, jos lähtöpaikan henkilökunta kykenee kertomaan tulevasta yksiköstä ja sen toiminnasta sekä siirron vaikutuksista potilaan hoitoon positiivisesti. Siirron valmistelu potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan edistää hoitosuhteen muodostumista jatkohoitopaikassa ja helpottaa hoitotyötä siellä. (Jauhiainen 2009, 47.)

Toimiva yhteistyö ja hyvä vuorovaikutus siirtoyksiköiden kesken myötävaikuttivat siirron onnistumiseen Jauhaisen (2009, 48-49) tutkimuksessa. Joustavan potilassiirron edellytyksiä ovat riittävä määrä henkilökuntaa ja ajallisia resursseja, koordinoitu ja oikea-aikainen tiedonsiirto, hyvä suunnitelma sekä siirron sovittaminen potilaan voinnin kannalta optimaaliseen hetkeen. Lisäksi olisi hyvä olla tietoinen yksikkökohtaisten toimintatapojen eroavaisuuksista. Rauhallinen, häiriötön ja meluton paikka edistivät yksityiskohtaista tiedonvälitystä suullisessa raportoinnissa (Scovell 2010, 38).

On todettu (Kuusisto 2018, 86), ettei sähköinen hoitotyön yhteenveto välitä riittävästi tietoa potilaan hoidon jatkuvuuden takaamiseksi potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen. Rinnalla tarvittiin edelleen perinteistä tiedonvälitystä puhelimitse tai paperilla. Ongelmana olivat puutteet kirjauksissa ja ristiriitaisuudet eri dokumenttien kesken. Suullinen viestintä mahdollistaa tiedon välittymisen ohella myös opetuksen ja henkilökohtaisen tuen (Scovell 2010, 38). Smeulers, Lucas ja Vermeulen (2014, 10) eivät pystyneet systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan osoittamaan minkään tietyn potilaan luovutustavan olevan toistaan parempi tiedonvälityksen osalta. Heidän mukaansa edelleen hyviä keinoja ovat suullinen viestintä, standardoitu kirjaaminen, potilaan osallistaminen ja tietotekniikka.

#### 4.1 Tiedon kokoaminen moniammatillisessa yhteistyössä

Moniammatillisessa yhteistyössä yksi keskeisempiä asioita on kaikkien osallisten tiedon kokoaminen ja sen pohjalta yhteisen näkemyksen hiominen. Sen saavuttamisessa tarvitaan hyviä kommunikaatiotaitoja sekä ymmärrystä eri asiantuntijoiden osaamisen ja tietämisen merkityksestä. Lisäksi tulisi tuntee muiden ammattilaisten tietoperusta ja mahdollisesti oman ammattialan arvomaailmasta poikkeavat arvot, jotta ne olisivat hyödynnettävissä potilaan hoidossa. (Isoherranen 2012, 155-156). Salmelainen (2008, 169) totesi tutkimuksessaan, että terminologian eroavuus eri organisaatioissa aiheuttaa ongelmia tiedonkulkuun ja tiedon tulkitsemiseen sekä edelleen potilaan hoitoon. Edellä mainitut asiat vaikuttavan olennaisesti potilasturvallisuuteen. (Kettunen & Gerlander 2013, 312).

Moniammatillisessa yhteistyössä tiedon kirjaaminen tapahtuu eri tavalla eri ammattiryhmien sisällä. Sillä on merkitystä paitsi tiedon ymmärrettävyyteen ja hyödynnettävyyteen hoitoprosessissa sekä sitä kautta potilaan hoidon laadun heikentymiseen. Standardoitu kirjaaminen edistää kirjaamisen yhtenäistymistä ja helpottaa tiedon käyttöä eri tarkoituksiin. (Kettunen & Gerlander 2013, 307; Häyrynen 2011, 56, 60.)

Yksiköiden tulisi asiakaspohjansa ja osaamisalansa mukaan määritellä raportin olennainen sisältö. Se tehostaisi tiedonsiirtoa ja mahdollistaisi potilaille optimaalisen hoidon jatkuvuuden. Huolimatta viitekehyksestä raportointi voi silti sisältää tarvittaessa potilaan hoidon ja sen päämäärän kannalta tärkeää tietoa ohi viitekehysten. (Scovell 2010, 39.)

#### 4.2 Tiedon välittyminen moniammatillisessa yhteistyössä

Moniammatillisessa yhteistyössä on voitava luottaa välittyvän tiedon ajantasaisuuteen ja sen kulkemiseen yhteisesti sovitulla tavalla. Tiedon tulee olla yksiselitteisesti ymmärrettävissä ja sisältää sovitut asiat sopimuksen mukaisesti. (Kettunen & Gerlander 2013, 312.) Epäolennaisiin asioihin keskittyvä raportointikulttuuri saattaa olla este tehokkaalle tiedonvälitykselle (Scovell 2010, 39).

Salmelainen (2008, 175-177) tutki tiedon kulun toteutumista ikäihmisten laitospotilaiden hoitopolussa. Hän totesi, ettei täydellistä tietoa ollut saatavissa kirjallisista dokumenteista vaan informatiivisin tieto esimerkiksi asiakkaan liikuntakyvystä tai kotona selviytymisestä tuli verkostoyhteistyössä tai yhteisillä työskentelyfoorumeilla. Tiedon

kulkua edisti tiedonvaihtajien henkilökohtainen suhde ja matala yhteydenottokynnys kuten Paane-Tiaisen (2013, 240) tutkimuksessakin. Yhteistyöverkostossa tieto oli enemmän ihmiskeskeistä asiakaskeisyyden sijaan ja siihen sisältyi potilaan henkilökohtaiseen tuntemiseen liittyvää hiljaista tietoa. Kirjallisella tuotoksella ei ole mahdollista tuoda tiedoksi kaikkea potilaan kotona koettua, nähtyä ja kuultua. Jauhiaisen (2009, 50) tutkimuksen mukaan suullista tiedonsiirtoa pidettiin potilaan osastosiirron yhteydessä tärkeimpänä tiedonlähteenä.

Saaren-Seppälän (2014, 103-104) tutkimuksen mukaan potilaan hoidon ja sen jatkuvuuden kokonaishallinta edellyttää vastavuoroista tiedonvälitystä hoitoyksiköiden välillä. Jotta vastavuoroinen tietojen vaihto toteutuu, tulee kaikilla toimijoilla olla käsitys potilaan hoitoverkostosta. Potilaalla on oikeus olettaa, että tieto hänen sairaudestaan ja sen vaiheista välittyy rutiininomaisesti organisaatiosta toiseen. Ajantasaisen tiedon saatavilla olo mahdollistaa potilasta koskevan päätöksenteon kunkin toimijan asiantuntijuuden rajoissa. Parhaimmillaan tiedon vastaanottaja tuo raportointivaiheessa uuden tuoreen näkökulman potilaan hoitoon (Duckworth 2016, 44).

Mikkonen (2014, 15, 43, 45) tutki hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta potilaan siirtyessä ensihoidosta ensiapupoliklinikalle. Tutkimustulosten mukaan hoitohenkilökunnan oli vaikea hahmottaa ja tunnistaa ongelmia hoidon jatkuvuudessa ja potilasturvallisuudessa, vaikka niitä tutkimuksen tulosten mukaan oli runsaasti. Vaikeus saattaa johtua tutkijan mielestä käsitteiden yhtenäisen määrittelyn puuttumisesta tai toimintaan vakiintuneesta kulttuurista, joka estää ongelmien havaitsemisen. Tutkijan mukaan yhtenäisten käsitteiden luomista voisi edistää yhteisellä koulutustapaamisella sekä mahdollistamalla ammatillinen vuoropuhelu potilaan hoitoketjun kohdissa, joissa hoitoyksikkö vaihtuu toiseksi. Potilassiirron edellyttämä tiedonvälitys ei onnistu myöskään ilman sujuvaa yhteistyötä siirrossa osallisena olevien työyksiköiden välillä (Jauhainen 2009, 46, 49).

Mikkosen (2014, 42-44) mukaan strukturoitu raportointi potilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen edistää hoidon laadukkuutta ja potilaan hoidon jatkuvuutta. Raportoinnin laadukkuuteen vaikuttavat myös sekä sen antajan, että vastaanottajan asenne esimerkiksi keskinäistä käynnissä olevaa viestintää kohtaan. Lisäksi kiire, melu, keskeytykset ja muut mahdolliset häiriötekijät vaikuttavat tiedon antoon ja sen omaksumiseen suullisessa raportoinnissa heikentäen hoidon jatkuvuutta ja turvallisuutta (Smeulers ym. 2014, 10).

Saattohoidon eri toimijoiden keskinäisessä tiedonvaihdossa todettiin Vaaralan (2016, 27, 32) tutkimuksen mukaan olevan puutteita. Heillä ei ollut tietoa esimerkiksi toistensa

toimintatavoista, hoitokriteereistä tai toiminnan perusteista, koska yhteistä rajapintaa keskustelulle ei ollut aikaisemmin ollut. Suuri puute oli yhteisen sähköisen tietojärjestelmän puuttuminen. Tiedonvälitykselle ei ollut standardoitua kanavaa ja sen vuoksi tieto saattoi hukkaa matkalla tai käydä jopa niin, että tieto potilaasta tuli muttei potilasta.

#### 4.3 ISBAR hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden mahdollistajana

Tarkistuslista on todettu tarpeelliseksi viestinnässä muun muassa potilaan siirtyessä hoitoyksiköstä toiseen tai hänen kotiutuessaan (Kinnunen & Helovuori 2014; Blomgren & Pauniahon 2013, 287). Hoitotyön kehittymisen myötä henkilökunnalla on yhä enemmän osaamisvaatimuksia, joiden ei tulisi perustua pelkästään muistamiseen. Joissain tilanteissa pelkästään muistin varassa toiminen voi aiheuttaa potilasturvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden vaarantumista. Erilaisia tarkistuslistoja on kehitetty hoitotyöhön ja niistä on todettu olevan hyötyä. (Kinnunen & Helovuori 2014; Blomgren & Pauniahon 2013, 274-276; Leonard ym. 2004, 90.) Tutkimuksissa ei ole kuitenkaan pystytty osoittamaan mitään strukturoidun viestintätyökalun paremmuutta suhteessa toisiin (Duckworth 2016, 42).

##### 4.3.1 Hoidon jatkuvuus ja turvallisuus

Strukturoitujen viestintätyökalujen on todettu parantavan sekä hoidon jatkuvuutta että turvallisuutta. Erilaisia malleja on saatavilla useita. Tärkeintä on valita malli, joka joustaa potilaiden tarpeiden mukaan. Lisäksi mallin tulee mukautua kyseisten yksiköiden ja käyttäjien tarpeisiin. (Corley & Spooner 2016, 24.)

Long (2016) määritteli Joanna Briggs Instituten hyvä käytäntö -suosituksissa potilassiirrossa sairaalan osastolta toiselle käytettäväksi virallistettua suunnitelmaa. Sen tulisi sisältää tutkimusten mukaan seuraavat asiat: henkilökunta ja heidän roolinsa siirrossa, tarvittavat siirtovälineet, yleiskuva nykyisen sairauden historiasta, siirron syy, lääketieteellinen diagnoosi, potilaan tiedolliset ja toiminnalliset kyvyt, lääketieteellinen hoito ja lääkitysohjeet, allergiat, ongelmat elintoiminnoissa, hengitystoiminnan kuvaus sekä turvallisuus. Hoidon jatkuvuuden edistämiseksi suunnitelmaa tulisi arvioida ja kehittää moniammatillisen työryhmän toimesta säännöllisesti.

Aubin ym. (2012, 2, 49) eivät löytäneet selkeää näyttöä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan siitä, että moniammatillisella yhteistyöllä olisi ollut erityisesti hoidon jatkuvuutta edistävää vaikutusta syöpäpotilaiden hoidossa. Tosin tutkimukset oli tehty tiedollisen ja hallinnollisen jatkuvuuden näkökulmasta potilaan hoidon jatkuvuuden sijaan.

Hoidon turvallisuuden lähtökohta on henkilökunnan riittävä osaaminen, tiedot ja taidot (Haavisto 2013, 316). Toisaalta korkea koulutus tai pitkä työkokemus eivät estä muistin varassa olevien asioiden unohtamista. Unohdukset voivat johtaa potilasturvallisuuden vaarantumiseen ja potilaan kannalta vakavaan haittatapahtumaan. (Kinnunen & Helovuori 2014; Blomgren & Pauniahon 2013, 284-285.)

Potilasturvallisuutta vaarantavat haittatapahtumat moniammatillisessa yhteistyössä aiheutuvat tavallisesti juuri viestinnästä tai asiantuntijoiden keskinäisistä suhteista johtuvista syistä. Sen vuoksi moniammatillisen yhteistyön kehittäminen koetaan tärkeäksi. (Kettunen & Gerlander 2013, 293, 304.) Moniammatillisen yhteistyön kehittämisen on todettu vaikuttavan potilasturvallisuuden kasvuun (Weller ym. 2014, 149).

#### 4.3.2 ISBAR

ISBAR (SBAR) on viestintätyökalu, jonka strukturoidun rakenteen avulla voidaan potilaan tilanteesta raportoida suullisesti, järjestelmällisesti ja hallitusti. ISBAR-menetelmän mukaiseen runkoon viestinnän sisältö muodostetaan kulloisenkin tarpeen mukaan. (Kinnunen & Helovuori 2014.) Hoitohenkilökunnalle suunnatun tutkimuksen mukaan ISBAR on hyvä menetelmä suullisen viestinnän tehostamisessa potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen (Blom, Petersson, Hagell & Westergren 2015, 532).

ISBARin käyttö edistää suullisen raportoinnin tasalaatuisuutta potilassiirrossa (Stewart & Hand 2017, 302; Kitney ym. 2016, 33) sekä vähentää virheitä viestinnässä (Randmaa, Mårtensson, Leo Swenne & Engström 2014, 7). Siten sen avulla voidaan parantaa potilasturvallisuutta ja hoidon tuloksia (Stewart & Hand 2017, 297; Blom ym. 2015, 535; Randmaa ym. 2014, 7; Beckett & Kipnis 2009, 26-27; Leonard ym. 2004, 89-90) sekä edistää tiedon yksiselitteistä ymmärtämistä eri ammattiryhmien välillä (Stewart & Hand 2017, 302; Randmaa ym. 2014, 7; Leonard ym. 2004, 89-90). Lisäksi sillä on positiivinen vaikutus moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen (O'Hanrahan & Molloy 2013, 47; Beckett & Kipnis 2009, 27) ja työtyytyväisyyteen (Beckett & Kipnis 2009, 27).



Ammattiryhmien erilaiset tavat viestiä saattavat johtaa väärinymmärryksiin ja sitä kautta potilasturvallisuuden vaarantumiseen. ISBAR harmonisoi viestinnän tehokkaaksi yhteiseksi, kokonaisvaltaiseksi ymmärrykseksi potilaan tilanteesta kaventaen samalla hierarkkisia eroja. (Stewart & Hand 2017, 302; Randmaa ym. 2014, 7). Hierarkkisten erojen loiveneminen johti tehokkaampaan viestintään ja raportoijan itseluottamuksen lisääntymiseen (Stewart & Hand 2017, 302).

ISBARin käyttö raportointityökaluna auttoi viestinnän puutteiden huomioimisessa ja helpotti siten tietojen täydentämistä. Raportin systemaattisuus lyhensi viestintään käytettyä aikaa ja samalla tehosti tiedon välitystä. Pitkällä aikavälillä ISBAR-menetelmä vahvisti vaihdettujen tietojen tarkkuutta, selkeyttä, merkityksellisyyttä ja asiallisuutta. (Stewart & Hand 2017, 303.) ISBARin käytön myötä raportointi sisälsi kattavasti kaikki tarvittavat asiat (Blom ym. 2015, 532; O'Hanrahan & Molloy 2013, 47).

Tutkimusten mukaan sairaanhoitajat ja lääkärit pitivät ISBARin mukaan organisoitua raportointia tehokkaana potilaan siirtyessä paikasta toiseen. ISBAR todettiin hyödylliseksi paitsi viestinnän tehostamisessa niin sisällöllisesti kuin ajallisestikin myös hoitohenkilökunnan keskinäisen yhteistyön kannalta. Se lisäsi käyttäjien luottamusta toisiinsa, tiivisti moniammatillista yhteistyötä, paransi työyhteisön yhteishenkeä ja yleistä tyytyväisyyttä. (Stewart & Hand 2017, 303; Beckett & Kipnis 2009, 26-27.)

ISBAR (SBAR) sana muodostuu englanninkielisten sanojen Identify/Introduction/Identification, Situation, Background, Assessment ja Request/Recommendation alkukirjaimista (Kitney ym. 2016, 30-31; Kinnunen & Helovu 2014; Marshall, Harrison & Flanagan 2012, 2). Viestinnän sisältö muodostuu sanojen viisiportaisen jaottelun mukaisesti. Suomeksi sanat on käännetty seuraavasti: tunnista, tilanne, tausta, nykytila ja ehdota. (Kinnunen & Helovu 2014.)

**Identify = tunnista.** Soittaja/raportoija esittelee sekä itsensä että potilaan. **Situation = tilanne.** Kerrotaan syy soittoon/raportointiin. **Background = tausta.** Selvitetään potilaan nykyinen ongelma sekä aikaisemmat oleelliset sairaudet, niiden hoidot ja ongelmat. Kerrotaan myös mahdollisista allergioista sekä mahdollisesta tartuntavaarasta tai potilaan eristämisestä. **Assessment = nykytila.** Käydään läpi potilaan vitaalielintoiminnot ja muut nykytilanteeseen oleellisesti vaikuttavat seikat. **Request = ehdota.** Soittaja/raportoija ehdottaa näkemyksensä mukaista toimintaa potilaan tilanteen helpottamiseksi tai parantamiseksi. (Kinnunen & Helovu 2014.)

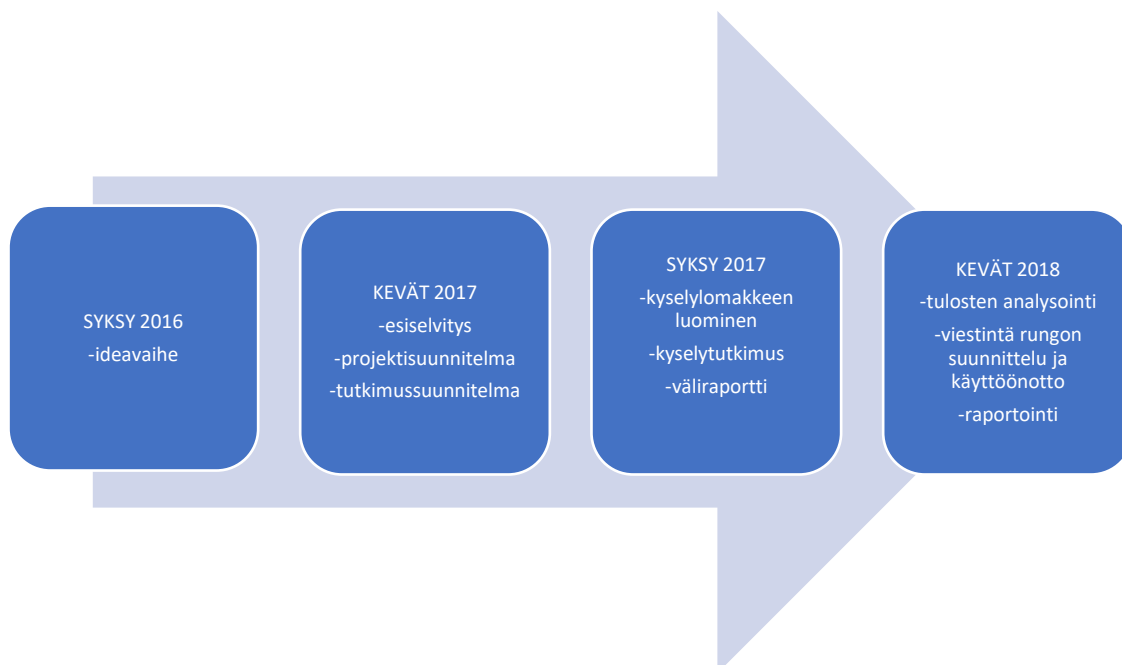
Alolayanin ym. (2017, 1,4) tutkimuksessa onkologisten potilaiden hoidon laatu ja turvallisuus paranivat ja mahdollisesti myös hoitajaksojen pituudet lyhenivät ISBAR-menetelmän käytön laajentuessa sairaanhoitajien lisäksi lääkäreihin. Konsultaatiot lääkäreiden välillä helpottuivat ja he olivat tyytyväisiä alun vastustuksesta huolimatta. ISBARin avulla keventyi viestinnän ohella myös hoitosuunnitelman laatiminen ja siten syöpäpotilaan tiedot olivat äkillisessä tilanteessa paremmin hyödynnettävissä. ISBARin on todettu sopivan sekä kiireellisiin että kiireettömiin raportointeihin (Boaro, Fancott, Baker, Velji & Andreoli 2010, 114).

## 5 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUS

### 5.1 Eteneminen

Projektisuunnitelman avulla varmistetaan niin ajallinen kuin toiminnallinenkin hallinta. Projektin jakaminen osiin selkiyttää kokonaisuutta ja edistää lopputuloksen saavuttamista. (Mäntyneva 2016, 59.) Kehittämiskoje (Kuvio 1) alkoi ideavaiheesta syksyllä 2016 ja jatkui keväällä 2017 teoreettiseen taustaan perehtymisellä sekä projekti- ja tutkimussuunnitelmien laatimisella. Samaan aikaan rakennettiin myös projektiorganisaatiota, jonka projektipäällikkönä toimi opinnäytetyön tekijä, sekä koostettiin ohjaus- ja projektiryhmää.

Projekti- ja tutkimussuunnitelmat hyväksyttiin toukokuussa 2017. Toimeksiantosopimukset allekirjoitettiin marraskuussa 2017 sekä Länsi-Suomen Diakonialaitoksen että Porin perusturvan kanssa. Samaan aikaan saatiin myös lupa aineiston kokoamiseen tutkimusta varten molemmista organisaatioista. Kyselylomake (Liite 1) luotiin tätä tutkimusta varten syksyn 2017 aikana.



Kuvio 1. Kehittämiskojein aikataulu.

Tutkimus suoritettiin sähköisesti määrällisenä Webropol-kyselynä (N=36) molemmissa yksiköissä samanaikaisesti. Kysely oli avoinna vastaamista varten kahden viikon ajan. Aineiston analysointi suoritettiin helmikuussa 2018. Aineistosta saatujen tulosten avulla luotiin projektiryhmässä hoitohenkilökunnan näkemyksen ja kokemuksen mukainen sisältö yksiköiden väliselle suulliselle viestinnälle ISBAR-menetelmän mukaiseen runkoon.

Viestintärunko valmistui maaliskuussa 2018 ja sen kokeilu alkoi molemmissa yksiköissä toukokuussa 2018. Yksiköiden henkilökuntaa perehdytettiin ja motivoitiin viestintärungon käyttämiseen osastotunneilla molemmissa yksiköissä ennen kokeilun alkua. Opinnäytetyön loppuraportti valmistui toukokuussa 2018, jonka jälkeen sekä sähköiset että tutkijan käyttöön tulostetut tutkimusaineistot hävitettiin kokonaisuudessaan. Käyttökokemuksia kerätään suullisesti molempien yksiköiden henkilökunnalta syksyllä 2018.

## 5.2 Projektiorganisaatio

Projektipäällikön roolit ovat moninaisia ja keskeisiä. Hän toimii projektin organisoijana, mutta myös asiantuntijana, neuvottelijana, asiakassuhteidenhoitajana ja tilaajana sekä tiedottajana. Oleellisin tehtävä on projektin toteuttaminen. Siihen kuuluvat suunnittelu, organisointi, etenemisen tarkkailu, erilaisten ongelmien ratkominen, niiden hallinta ja tarvittaessa suunnitelmien muokkaaminen sekä kirjallisten tuotosten luominen ja tiedottaminen. (Mäntyneva 2016, 33-34.) Tässä opinnäytteenä tehtävässä kehittämissuunnitelmassa projektipäällikkö toimi samalla tavalla, mutta tilanne oli erilainen harjoitusnäkökulmansa vuoksi. Projektipäällikkö oli tämän projektin ainoa aito toimija, koska sekä ohjausryhmässä että projektiryhmässä olevilla ei ollut todellisen kaltaista yhteyttä projektiin. Sen vuoksi heitä voitiin sitouttaa siihen, kuten aidossa projektissa. Lähtökohtana oli kuitenkin tuloksellinen työelämän kehittäminen.

Ohjausryhmän tehtävänä on hyväksyä projektisuunnitelma ja sen mahdolliset muutokset, seurata projektin kulkua ja projektipäällikön toimintaa sekä tukea häntä. Ohjausryhmä myös hyväksyy tarvittavat hankinnat ja tulokset sekä päättää projektin. Lisäksi sillä on merkittävä rooli mahdollistajana toimintaympäristön ja projektin välillä. Projektin mukaan vaihtuva rooli määrittää ohjausryhmän tehtävät kussakin projektissa. (Mäntyneva 2016, 22-24.) Tässä kehittämistehtävässä sen rooli oli olla asiantuntija. Ohjausryhmään kuuluivat tutoropettaja, työelämämentori, kotisairaalan osastonhoitaja, Diakonialaitoksen yksikönjohtaja sekä projektipäällikkö.

Projektiryhmän kokoonpano koostuu projektin työntekijöistä, joiden johtaminen parhaaseen mahdolliseen moniammatilliseen saavutukseen on projektipäällikön motivoinnin ja sitouttamisen saavutus. Projektiryhmää on harvoin mahdollista koota täysin optimaaliseksi, (Mäntyneva 2016, 21, 26) kuten tässä kehittämistehtävässä, jossa harjoitusnäkökulma esti projektiryhmän todellisen työllistämisen. Projektiryhmään kuuluivat työelämämentori, kotisairaalan osastonhoitaja, Diakonialaitoksen yksikönjohtaja sekä projektipäällikkö. Keväällä 2018 kotisairaalan osastonhoitaja jäi pois sekä ohjaus- että projektiryhmästä ja saattohoitokodin hoitovastaava tuli Diakonialaitoksen yksikönjohtajan ohella edustamaan saattohoitokotia

## 6 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUS

### 6.1 Tavoite, tarkoitus ja tutkimusongelmat

**Tutkimuksen tavoitteena** oli selvittää molempien yksiköiden hoitohenkilökunnan mielipiteitä saattohoitopotilaiden hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden takaavasta suullisesta viestinnästä sekä sen edellytyksistä.

**Tutkimuksen tarkoituksena** oli saadun aineiston avulla muodostaa sisältörunko suulliselle viestinnälle ISBAR-menetelmän mukaisesti.

#### **Tutkimusongelmat:**

1. Minkälaista hoitohenkilökunnan mielestä on saattohoitopotilaan hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden takaava viestintä potilaan siirtovaiheessa tällä hetkellä?
2. Mitä asioita suullisen viestinnän tulisi hoitohenkilökunnan mielestä sisältää saattohoitopotilaan terveydentilasta hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden takaamiseksi potilaan siirtovaiheessa?
3. Minkälaisia toimintamuutoksia ja resursseja moniammatillisen yhteistyön kehittäminen viestinnän näkökulmasta yksiköiden välillä hoitohenkilökunnan mielestä edellyttää?

### 6.2 Empiirinen toteutus

Tutkimusmenetelmänä käytettiin määrällistä eli kvantitatiivista menetelmää. Viestintä, hoidon jatkuvuus ja turvallisuus hoitotyössä sekä moniammatillisuus ovat ilmiöinä tutkittuja, määriteltyjä ja täsmentyneitä, joten niitä voidaan mitata numeraalisesti. (Kananen 2011, 18, 27-28; Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Yläne & Paavilainen 2011, 85.) Numeraalinen mittaaminen on perusteltua, kun halutaan tietoa mielipiteistä (Kananen 2012, 121).

### 6.2.1 Kysely

Aineisto kerättiin tätä tutkimusta varten suunnitellulla sähköisellä Webropol-kyselylomakkeella (Liite 1). Kysely on kvantitatiivisen aineiston keskeinen keruumenetelmä (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1994, 69) ja se takaa menetelmänä vastaajien tunnistamattomuuden (Vilkkä 2015, 94). Kyselylomake sisälsi sekä avoimia että strukturoituja kysymyksiä. Pääasiassa kysymykset olivat strukturoituja ja Likert-asteikollisia. Likert-asteikot olivat viisiportaisia. Avoimilla kysymyksillä mahdollistettiin tutkittavalle mielipiteensä ilmaisu vapaasti ilman strukturoinnin linjaamaa rajausta vastausvaihtoehtoihin (Kananen 2011, 31). Taustatietoina kysyttiin työyksikköä ja työuran pituutta kyseisessä yksikössä. Ammattia ei kysytty, koska se olisi voinut yhdistettynä työyksikköön paljastaa vastaajan henkilöllisyyden.

Kysymykset oli jaoteltu tutkimusongelmien mukaisesti kolmeen osa-alueeseen. Ensimmäiseen tutkimusongelmaan, minkälaista hoitohenkilökunnan mielestä on saattohoitopotilaan hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden takaava viestintä potilaan siirtovaiheessa tällä hetkellä, etsittiin vastausta Likert-asteikollisilla, viisiportaisilla väittämillä sekä yhdellä avoimella kysymyksellä. Ensimmäiseen tutkimusongelmaan kohdistuivat kysymyspatteristo kolme ja avoin kysymys numero neljä. Kysymyspatteristossa oli 18 väittämää. Vastausvaihtoehdot väittämiin olivat: täysin samaa mieltä, lähes samaa mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, lähes eri mieltä ja täysin eri mieltä.

Toisen tutkimusongelman, mitä asioita suullisen viestinnän tulisi sisältää saattohoitopotilaan terveydentilasta hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden takaamiseksi potilaan siirtovaiheessa, ratkaisuun pyrittiin viisiportaisilla, Likert-asteikollisilla väittämillä ja yhdellä avoimella kysymyksellä numero kuusi. Väittämiä kysymyspatteristossa viisi oli 40 kappaletta. Niiden vastausvaihtoehdot olivat: erittäin tärkeä, melko tärkeä, siltä väliltä, melko tarpeeton, täysin tarpeeton.

Kolmannen tutkimusongelman, minkälaisia toimintamuutoksia ja resursseja moniammatillisen yhteistyön kehittäminen viestinnän näkökulmasta yksiköiden välillä hoitohenkilökunnan mielestä edellyttää, ratkaisuun pyrittiin väittämillä ja kahdella avoimella kysymyksellä numeroilla kahdeksan ja yhdeksän. Väittämiä kysymyspatteristossa seitsemän oli 18 kappaletta ja ne olivat viisiportaisia, Likert-asteikollisia. Vastausvaihtoehdot olivat: erittäin tärkeä, melko tärkeä, siltä väliltä, melko tarpeeton, täysin tarpeeton.

Kyselyn esitetaus on välttämätöntä, jotta voidaan tarkistaa muun muassa sen selkeys, kysymysten yksiselitteisyys ja vastaamisen kesto aika (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2009, 202-204). Kysymykset testattiin kahdella sairaanhoitajalla, joiden toimenkuvaan saattohoito kuuluu osana työtehtäviä. Kysymyksiä ei esitetauksen perusteella muutettu.

### 6.2.2 Aineiston keruu

Sähköinen kysely oli avoinna kaksi viikkoa 13.11.-26.11.2017. Siitä tiedotettiin tutkimustiedotteella (Liite 2) osallistujille kotisairaalan osastonhoitajan ja saattohoitokodin hoitovastaavan välityksellä. He saivat informaation sähköpostitse ja jakoivat sitä osastotunneilla / -kokouksissa.

Jokainen tutkimukseen osallistuva (N=36) sai sähköpostin välityksellä tutkimusjakson ensimmäisenä päivänä linkin kyselyyn, johon oli liitetty saatekirje (Liite 3). Tutkimuksen kohdejoukkona oli molempien yksiköiden koko hoitohenkilökunta. Osastosihteerit, sairaala-apulaiset, sosiaaliohjaaja ja fysioterapeutti rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle, koska he eivät osallistu aktiivisesti saattohoitopotilaan terveydentilan raportointiin hänen siirtyessään yksiköstä toiseen. Tutkimus suoritettiin kokonaistutkimuksena tutkittavien joukon ollessa pieni (N=36). Sillä tarkoitetaan aineiston keräämistä koko perusjoukosta (Kankunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 79).

Kysymyksiin oli mahdollista vastata useammassa osassa ja jo antamia vastauksia pystyi muuttamaan siihen asti, kunnes vastaukset oli lähetetty. Vastaamisen vapaaehtoisuus ja nimettömyys tuotiin vastaajien tiedoksi saatekirjeen välityksellä, kuten myös tutkimuksen tavoite ja tarkoitus sekä yhteystiedot lisätietojen saamiseksi. Erillistä suostumusta ei allekirjoitettu, vaan osallistuminen kyselyyn tulkittiin suostumukseksi.

### 6.2.3 Aineiston analysointi

Aineiston analysointi suoritettiin helmikuussa 2018. Väittämien osalta tulokset on esitetty taulukoissa prosentuaalisina osuuksina ja mediaanein. Taustakysymyksiä on havainnollistettu kuvioin. Suppeasta määrällisestä tutkimusaineistosta ei ole mahdollista esittää tuloksia tilastollisin analyysin (Kananen 2012, 121, 135, 192). Tuloksia on avattu tekstissä sanallisesti ja nostettu esiin pääpiirteittäin kunkin tutkimusongelman mukaan

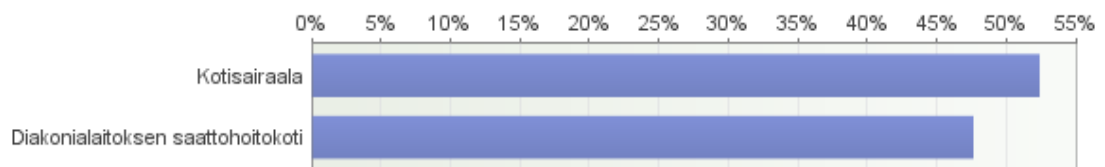


ryhmiteltynä. Avointen kysymysten vastaukset on ryhmitelty teemoittain ja esitetty tekstissä suorina lainauksina soveltuvien osien.

Mediaani on sijaintia kuvaava tunnusluku, keskiluku, keskimäinen arvo. Sitä käytetään osoittamaan havaintojen keskimmäiseksi sijoittuvaa muuttujan arvoa. Mediaanin ala- ja yläpuolelle sijoittuu yhtä paljon havaintoja. (Tähtinen, Laakkonen & Broberg 2011, 72.) Likert-asteikko on järjestysasteikollinen eikä siitä suositella laskettavaksi keskiarvoja (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 130). Tässä tutkimuksessa keskiarvot kuitenkin laskettiin, mutta jätettiin esittämättä tuloksissa niiden vinon jakauman vuoksi. Mediaani toimi väittämien keskilukuna kuvaavammin.

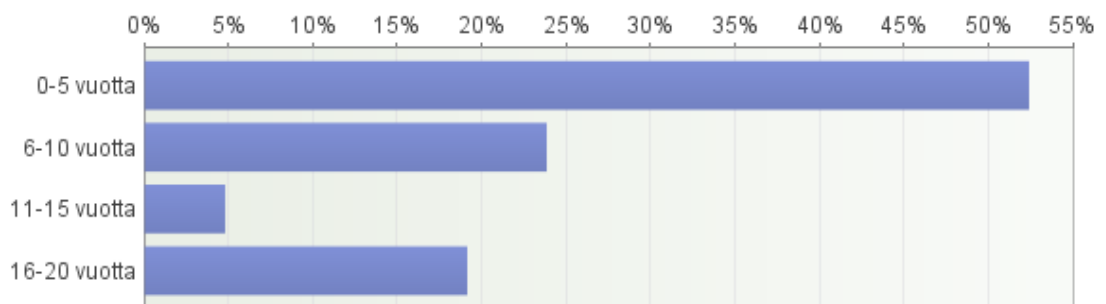
## 7 TUTKIMUSTULOKSET

Saattohoitokotiin jaettiin kyselylinkkejä 21 kappaletta ja kotisairaalaan 15 (N=36). Kyselyyn vastanneita oli molemmista yksiköistä yhteensä 21, jolloin vastausprosentiksi tuli 58. Kotisairaalaan vastauksia tuli 11 kappaletta (52%). Saattohoitokodista palautui 10 vastausta (48%). Taustakysymyksiä oli kaksi. Ne koskivat vastaajien työpaikkaa ja -kokemusta kyseisessä työyhteisössä. (Kuvio 2)



Kuvio 2. Työpaikka (n=21).

Työkokemus nykyisessä työpaikassa (Kuvio 3) oli yli puolella vastaajista viisi vuotta tai vähemmän (n=11). Kymmenen vuotta tai sen alle työkokemusta omaavia kotisairaalaan tai saattohoitokodissa oli kolme neljästä vastaajasta (n=16). Lähes neljännes vastaajista (n=5) oli tehnyt työtä yli kymmenen vuotta nykyisessä työpaikassaan ja vajaalla viidenneksellä (n=4) työkokemus oli yli 16 vuotta.



Kuvio 3. Työkokemus nykyisessä työpaikassa (n=21).

## 7.1 Hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden takaava viestintä saattohoitopotilaan siirtovaiheessa tällä hetkellä

Viestinnän tämän hetkistä tilannetta vastaajat arvioivat seuraavan taulukon (Taulukko 1) mukaisesti. Vastaajien mukaan viestintä tällä hetkellä yksiköiden välillä on selkeää, ymmärrettävää, informatiivista, ajantasaista, ammattitaitoista, potilaan yksilöllisyyttä korostavaa, potilaan kokonaisvaltaisen hoidon mahdollistavaa, välittää / ottaa huomioon potilaan toiveet hoitonsa suhteen, huomioi omaisten osuuden moniammatillisessa yhteistyössä, huomioi omaisten toiveet potilaan hoidon suhteen sekä omaisten jaksamisen. Vastaajista yli 70% oli joko täysin samaa mieltä tai lähes täysin samaa mieltä kyseisten väittämien kanssa.

Vastaajista kolmannes oli täysin samaa mieltä siitä, että viestintä oli sujuvaa, viidennes lähes täysin samaa mieltä. Lähes neljännes (23,81%) vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että viestintä oli tiedollisesti ja taidollisesti opettavaa. Yhtä suuri osuus oli lähes täysin samaa mieltä. Vastaajista 28,57% oli täysin samaa mieltä sen väittämän kanssa, että yksiköiden välinen viestintä välitti näyttöön perustuvaa tietoa. Viestinnän sujuvuudesta (33,33%), tiedollisesta ja taidollisesta opettavuudesta (38,1%) sekä tutkimuksellisen näyttöön perustuvan tiedon välittämisestä (42,86%) yli kolmannes vastaajista valitsi neutraalin vaihtoehdon eli ei samaa eikä eri mieltä. Viestinnän sujuvuuden sekä tiedollisen ja taidollisen opettavuuden mediaani oli kolme eli ei samaa eikä eri mieltä. Kaikissa muissa kysymyspatteriston kohdissa mediaani sijoittuu kohtaan kaksi eli lähes täysin samaa mieltä.

Reilu neljännes vastaajista (28,57%) oli täysin samaa mieltä ja yli puolet (52,38%) lähes täysin samaa mieltä siitä, että viestinnässä otetaan huomioon potilaan toiveet ja niistä raportoidaan potilaan tulevaan hoitoyksikköön. Omaisten toiveiden huomioinnissa koki lähes kaksi viidesosaa (38,1%) sen toteutuvan täydellisesti ja lähes täysin samaa mieltä oli yli kaksi viidesosaa (42,86%) vastaajista. Omaisten ottamisesta mukaan moniammatilliseen yhteistyöhön täysin samaa mieltä oli reilu neljännes (28,57%) ja lähes täysin samaa mieltä oli yli kaksi viidesosaa (42,86%) vastaajista. Omaisten ottaminen mukaan moniammatilliseen yhteistyöhön merkitsee tässä tutkimuksessa tiedon antoa potilaan hoitoa koskevan päätöksenteon tueksi.

Hieman enemmän kuin kaksi viidestä vastaajasta (42,86%) piti yksiköiden välistä viestintää potilaan yksilöllisyyttä korostavana ja kolmasosa (33,33%) oli lähes täysin samaa

mieltä. Kolmannes vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että nykyinen viestintä oli potilaan kokonaisvaltaisen hoidon mahdollistavaa, ja melkein puolet (47,62%) lähes täysin samaa mieltä. Potilaan yksilöllisyyttä korostavasta viestinnästä yksiköiden välillä oli lähes täysin (4,76%) tai täysin eri mieltäkin (4,76%). Toisaalta reilu seitsemäsosa (14,29%) vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä viestinnästä kokonaisvaltaisen hoidon mahdollistajana tai potilaan yksilöllisyyden korostajana.

Taulukko 1. Viestinnän nykytila.

	5=täysin samaa mieltä	2=lähes samaa mieltä	3=ei samaa eikä eri mieltä	4=lähes eri mieltä	5=täysin eri mieltä	Yhteensä	Mediaani
selkeää	33,33%	52,38%	4,76%	9,52%	0%	21	2
ymmärrettävää	33,33%	57,14%	9,52%	0%	0%	21	2
informatiivista	42,86%	52,38%	0%	4,76%	0%	21	2
kattavaa	33,33%	33,33%	19,05%	14,29%	0%	21	2
kiireetöntä	19,05%	47,62%	14,29%	19,05%	0%	21	2
sujuvaa	33,33%	19,05%	33,33%	14,29%	0%	21	2
ajantasaista	40%	35%	15%	10%	0%	20	2
ammattitaitoista	47,62%	42,86%	4,76%	4,76%	0%	21	2
opettavaa (tiedollisesti ja taidollisesti)	23,81%	23,81%	38,1%	14,29%	0%	21	3
vuorovaikutuksellista	38,1%	19,05%	23,81%	19,05%	0%	21	2
välittää tutkimukselliseen näyttöön perustuvaa tietoa	28,57%	4,76%	42,86%	14,29%	9,52%	21	3
potilaan yksilöllisyyttä korostavaa	42,86%	33,33%	14,29%	4,76%	4,76%	21	2
potilaan kokonaisvaltaisen hoidon mahdollistavaa	33,33%	47,62%	14,29%	4,76%	0%	21	2
välittää/ottaa huomioon potilaan toiveet hoitonsa suhteen	28,57%	52,38%	9,52%	4,76%	4,76%	21	2
huomioi omaisten osuuden moniammatillisessa yhteistyössä (esim: päätöksenteko ja siihen tarvittavan tiedon saanti)	28,57%	42,86%	14,29%	14,29%	0%	21	2
huomioi omaiset potilaan hoidossa (esim: omaisten valmius saattohoitoon kotona)	33,33%	23,81%	23,81%	19,05%	0%	21	2
huomioi omaisten toiveet potilaan hoidon suhteen	38,1%	42,86%	4,76%	14,29%	0%	21	2
huomioi omaisten jaksamisen	42,86%	28,57%	19,05%	9,52%	0%	21	2
<b>Yhteensä</b>	<b>34,48%</b>	<b>36,6%</b>	<b>16,98%</b>	<b>10,88%</b>	<b>1,06%</b>	<b>377</b>	<b>2</b>

Tämän hetkistä viestintää koskevaan avoimeen kysymykseen tuli 11 vastausta. Niistä kuvastui tiedon jakaminen etenkin lääkärien toimesta.

*”Lääkäri .. puheluista olen saanut hyvän kokonaiskuvan potilaan ja perheen tilanteesta sekä merkittävät vinkit koskien tälle potilaalle sopivia ja sopimattomia lääkityksiä.”*

Epäselvien asioiden selvittämistä pidettiin joutuisana ja luontevana varsinaisen raportoinnin jälkeenkin.

*”Teille on kiva soittaa, kun tietää että aina voi soittaa, jos on kysyttävää.”  
 ”Hyvin toiminut, helppo kysyä ja kertoa.”*

Avoimissa kysymyksissä tuli esille toivomus sairaanhoitajien välisen raportoinnin lisäämisestä ja tehostamisesta.

*”Toivoisin enemmän puhelimen välityksellä tapahtuvaa raportointia suoraan sairaanhoitajille.”*

*”Hoitajien välillä viestintää ei juurikaan ole. Viestintä tapahtuu puhelimitse (raportti) ainoastaan potilaan siirtyessä kodin/laitoksen välillä. Lääkärit viestivät keskenään enemmänkin.”*

Sosiaalityöntekijän osuuden raportointia tulevaan hoitoyksikköön toivottiin. Haetuista / hakemusvaiheessa / saatuna olevista etuuksista, potilaan ja omaisen kanssa sovituista asioista sekä potilaan fyysisestä jaksamisesta toivottiin enemmän informaatiota yksiköiden keskinäisessä viestinnässä potilaan siirtyessä kotisairaalan ja saattohoitokodin välillä.

*”Minun mielestäni yhteistyömme sujuu hyvin. Toivon jatkossa saavani sosiaalityöntekijältä yhteenvedon / suunnitelman potilaan kohdalle”.*

*”Suullinen raportointi on kattavaa, mikäli osaa kysyä oikeita asioita. Sosiaalisten asioiden raportointi on heikompaa. Usein jää epäselväksi mitä asioita potilaan ja omaisen kanssa on keskusteltu, sovittu tai mitkä hakemukset tai lausunnot ovat tekeillä tai lähetetty. Päivittäisten toimintojen suhteen raportointi on heikompaa kuin esim. lääkinnällisiä asioita koskevat.”*

Edellä olevissa vastauksissa kuvastui myös hyvä yhteistyö, mutta vastakkaisiakin mielipiteitä oli. Viestintää yksiköiden välillä pidettiin haasteellisena, koska yhteistä potilastietojärjestelmää ei ole. Aina tieto ei kulje niin, että se olisi käytettävissä silloin kun sitä tarvitaan.

*”Joskus viestintä puutteellista ja epäselvää. Paperit / raportit eivät tule aina hyvissä ajoin perille.”*

*”Reaaliaikainen potilastietojärjestelmä puuttuu.”*

*”Potilaspaperioiden kulkeminen faksilla haasteellista.”*

## 7.2 Mitä hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden takaavan viestinnän tulisi sisältää henkilökunnan mielestä saattohoitopotilaan siirtovaiheessa?

Erittäin tärkeänä pidettiin vastaajista (100%) kaikkien mukaan raportointia oireista ja DNR / ER-sekä saattohoitopäätöksistä. (Taulukko 2) Yli 90% piti erittäin tärkeänä osana viestintää myös diagnoosia, onkologisten hoitojen tilannetta, lääkitystä, potilaan toivomuksia hoidon ja hoitopaikan suhteen sekä tietoa alaikäisten lasten tukiverkostoista. Niin ikään erittäin tärkeänä yli 80% vastaajista piti raportointia siirron syystä, potilaan psyykkisestä tilasta, lähiomaisista ja alaikäisistä lapsista.

Erittäin tärkeänä kotisairaalan ja saattohoitokodin välisessä viestinnässä piti kolme neljäsosaa (76,19%) vastaajista lapsia, potilaan toimintakykyä ja omaisten osallisuutta potilaan hoidossa. Niin ikään heistä vajaa kolme neljäsosaa (71,43%) piti tietoa tehdyistä toimenpiteistä ja kontakteista onkologialle erittäin tärkeänä.

Ei tarpeellisenä muttei tarpeettomanakaan koettiin viestinnässä saattohoitokodin ja kotisairaalan välillä vastaajien näkökulmasta kotieläimet 38,1%, kontakti syöpäyhdistyksen hoitajaan 23,81% ja vapaaehtoinen 23,81%.

Valtaosa väittämistä koettiin erittäin tärkeinä eli mediaani oli 1. Seuraavissa väittämässä mediaani oli 2 eli melko tärkeänä vastaajat pitivät: uskonnollisuutta, monikulttuurisuutta, kodin soveltuvuutta fyysisesti potilaan hoitoon, haettuja tukia (esim: eläkkeensaajan hoitotuki, omaishoidontuki), haussa olevia tukia, c-lausuntoa, korvattavuutta lääkkeisiin, b-lausuntoa, kontaktia syöpäyhdistyksen hoitajaan ja vapaaehtoistyöntekijään. Kotieläimet väittämässä mediaani oli 3 eli sitä ei koettu tarpeelliseksi muttei tarpeettomaksikaan.

Suurin hajonta vastaajien mielipiteissä tuli väittämässä, jotka koskivat sairaalasänkyä, kotieläimiä, haettuja ja haussa olevia tukia, c- ja b-lausuntoja sekä korvattavuutta lääkkeisiin. Hajontaa oli myös väittämässä uskonnollisuus, monikulttuurisuus, kontakti syöpäyhdistyksen hoitajaan ja vapaaehtoinen, mutta kukaan ei pitänyt niitä täysin tarpeettomia viestittäessä potilaasta hänen vaihtaessaan hoitoyksikköä kotisairaalan ja saattohoitokodin välillä.

Taulukko 2. Hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden takaava viestintä.

	1=erittäin tärkeä	2=melko tärkeä	3=siltä väliltä	4=melko tarpeeton	5=täysin tarpeeton	Yhteensä	Mediaani
diagnoosi	90,48%	9,52%	0%	0%	0%	21	1
siirron syy	85,71%	14,29%	0%	0%	0%	21	1
sairauden vaihe	95%	5%	0%	0%	0%	20	1
tehdyt toimenpiteet	71,43%	28,57%	0%	0%	0%	21	1
onkologiset hoidot (jatkuvat, tauko, lopetettu)	90,48%	9,52%	0%	0%	0%	21	1
kontakti onkologialle	71,43%	23,81%	4,76%	0%	0%	21	1
DNR/ER-päätös	100%	0%	0%	0%	0%	21	1
saattohoitopäätös	100%	0%	0%	0%	0%	21	1
oireet	100%	0%	0%	0%	0%	21	1
lääkitys	95,24%	4,76%	0%	0%	0%	21	1
kuka kotona vastaa lääkkeiden ottamisesta	66,67%	28,57%	4,76%	0%	0%	21	1
kuka kotona vastaa lääkkeiden jakamisesta	66,67%	28,57%	4,76%	0%	0%	21	1
psykkinen tila	85,71%	14,29%	0%	0%	0%	21	1
toimintakyky	76,19%	23,81%	0%	0%	0%	21	1
apuvälineet	57,14%	33,33%	9,52%	0%	0%	21	1
sairaalasänky	55%	30%	5%	0%	10%	20	1
uskonnollisuus	38,1%	47,62%	9,52%	4,76%	0%	21	2
monikulttuurisuus	33,33%	47,62%	14,29%	4,76%	0%	21	2
potilaan toivomukset hoidon suhteen	90,48%	9,52%	0%	0%	0%	21	1
potilaan toivomukset hoitopaikan suhteen	95,24%	4,76%	0%	0%	0%	21	1
lähiomaiset	80,95%	19,05%	0%	0%	0%	21	1
omaisten osallistuminen hoitoon	76,19%	19,05%	4,76%	0%	0%	21	1
omaisten toivomukset hoidon suhteen	61,9%	38,1%	0%	0%	0%	21	1
omaisten toivomukset hoitopaikan suhteen	61,9%	33,33%	4,76%	0%	0%	21	1
lapset	76,19%	23,81%	0%	0%	0%	21	1
alaikäiset lapset	85,71%	14,29%	0%	0%	0%	21	1
ala-ikäisten lasten tukeminen	90,48%	4,76%	0%	0%	4,76%	21	1
kotieläimet	9,52%	33,33%	38,1%	9,52%	9,52%	21	3
kodin soveltuvuus fyysisesti potilaan hoitoon	47,62%	38,1%	14,29%	0%	0%	21	2
haetut tuet (esim: eläkkeensaajan hoitotuki, omaishoidontuki)	47,62%	28,57%	9,52%	9,52%	4,76%	21	2
haussa olevat tuet	33,33%	38,1%	14,29%	9,52%	4,76%	21	2
c-lausunto	47,62%	19,05%	19,05%	9,52%	4,76%	21	2
korvattavuus lääkkeisiin	47,62%	19,05%	19,05%	9,52%	4,76%	21	2
b-lausunto	47,62%	19,05%	19,05%	9,52%	4,76%	21	2
maksusitoumus ja sen voimassaolo	66,67%	33,33%	0%	0%	0%	21	1
kontakti syöpäyhdistyksen hoitajaan	33,33%	38,1%	23,81%	4,76%	0%	21	2
vapaaehtoistyöntekijä	28,57%	38,1%	23,81%	9,52%	0%	21	2
kotihoito	61,9%	28,57%	9,52%	0%	0%	21	1
kotihoidon kanssa sovitut tehtävät	61,9%	33,33%	4,76%	0%	0%	21	1
kotihoidon käyntitiheys	57,14%	38,1%	0%	0%	4,76%	21	1
<b>Yhteensä</b>	<b>67,18%</b>	<b>23,03%</b>	<b>6,44%</b>	<b>2,03%</b>	<b>1,31%</b>	<b>838</b>	<b>1</b>

Avoimeen kysymykseen, koskien toista tutkimusongelmaa, tuli viisi vastausta. Niiden mukaan väittämien valikoimaa pidettiin sisällöllisesti kattavana kotisairaalan ja saattohoitokodin väliseen viestintään potilaan siirtovaiheessa. Joissakin vastauksissa toivottiinkin tarkistuslistaa raportoitavista asioista muistin tueksi.

*”Kyllä nuo äskeiset olivat hyvin kattava lista. Suorastaan opettavaisen kattava. Tässä ymmärrys lisääntyy! En keksi muita asioita.”*

*”Tässä on jo todella kattavasti eritelty asioita. On hyvä olla jokin lomake tai tsekkilista, joka on apupaperina viestinnässä. Silloin tulee kerrottua juuri ne oleelliset tiedot, jotka vaikuttavat potilaan saamaan hoitoon ja palveluun.”*

Viestinnän ja raportoitavien asioiden toivottiin olevan potilaan hoidon kannalta oleellisia, mutta kuitenkin koko hoitopolun kattavia mukaan lukien sosiaaliset asiat.

*”Viestinnän ja raporttien tulee sisältää vain oleelliset asiat, mitkä ovat hoidon kannalta oleellisia.”*

Avoimissa vastauksissa toivottiin myös selkeää määrittelyä vastuutahosta ongelmien ilmaantuessa silloin kun potilas on kotilomalla saattohoitokodista ja kotisairaala käy hänen luonaan kotona.

### 7.3 Toimintamuutokset ja resurssit moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen viestinnän näkökulmasta yksiköiden välillä

Vastaajien mukaan erittäin tärkeä (90,48%) moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä viestinnän näkökulmasta yksiköiden välillä oli keskinäinen luottamus. (Taulukko 3) Toiseksi tärkeimmäksi asiaksi nousi esimiesten tuki yhteistyölle. Sitä piti erittäin tärkeänä yli kolme neljäsosaa (76,19%) vastaajista. Avointa ilmapiiriä moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä piti erittäin tärkeänä melkein kolme neljäsosaa (71,43%) ja melko tärkeänä lähes neljännes (23,81%) vastaajista. Vastaajista kaksi kolmasosaa (66,67%) koki erittäin tärkeänä ja yli viidennes (28,57%) melko tärkeänä johdon tuen moniammatillisen yhteistyön kehittämiselle saattohoitokodin ja kotisairaalan välillä.

Mediaanin mukaan arvolla yksi arvioituna eli erittäin tärkeänä moniammatillisen yhteistyön kehittämisen kannalta pidettiin edellisten lisäksi mahdollisuutta konsultoida toisen yksikön henkilökuntaa, pyrkimystä saattohoidon alueelliseen kehittämiseen, pyrkimystä



henkilökohtaiseen oppimiseen, palautteen saamista ja antamista, raportin systematisointia / strukturointia, ammatillista yhteenkuuluvuuden tunnetta sekä moniammatillisen yhteistyön mallin luomista yksiköiden välille.

Palautteen saamista ja antamista pidettiin moniammatillisen yhteistyön edellytyksenä viestinnän näkökulmasta lähes kolmen viidesosan (57,14%) mielestä erittäin tärkeänä, ja melko tärkeänä lähes kahden viidesosan (38,1%) mielestä. Mahdollisuutta konsultoida toisen yksikön henkilökuntaa sekä pyrkimystä saattohoidon alueelliseen kehittämiseen piti yli puolet vastaajista (52,38%) erittäin ja lähes kaksi viidesosaa (38,1%) melko tärkeänä. Pyrkimyksen henkilökohtaiseen oppimiseen koki vastaajista lähes kolme viidesosaa (57,14%) erittäin ja kolmannes (33,33%) melko tärkeänä.

Melko tarpeettomana (23,81%) tai täysin tarpeettomana (33,33%) pidettiin toisen osapuolen tuntemista henkilökohtaisesti. Toisaalta noin viidennes (19,05%) koki toisen yksikön henkilökunnan tuntemisen henkilökohtaisesti melko tärkeäksi. Mediaani oli 4 eli melko tarpeeton. Toisen osapuolen tunteminen kasvojen perusteella koettiin kolmasosan (33,33%) mielestä melko tarpeettomaksi ja 14,29%:n mielestä täysin tarpeettomaksi. Mediaani oli 3 eli sitä ei pidetty tärkeänä muttei tarpeettomanakaan.

Yksiköiden välistä työkiertoa tai työnvaihtotoimintaa, jolla tarkoitetaan määräaikaista vaihtoa toisen yksikön työntekijän kanssa ei kukaan vastaajista pitänyt erittäin tärkeänä. Melko tärkeänä yksiköiden välisen työkierron koki kuitenkin lähes kaksi viidesosaa (38,1%) ja työnvaihtotoiminnan kolmannes (33,33%) vastaajista. Toisaalta reilu neljäsosa vastaajista piti molempia melko tarpeettomina (28,57%). Mediaani molemmissa oli 3 eli niitä ei koettu tärkeiksi muttei tarpeettomiksikaan.

Toisen organisaation toimintatavan tunteminen, yksiköiden väliset tutustumispäivät sekä yhteiset koulutustilaisuudet tai tapaamiset koettiin melko tärkeiksi. Mediaani niissä kaikissa oli 2. Kukaan vastaajista ei pitänyt niistä mitään täysin tarpeettomana. Erittäin tärkeänä niitä piti yli neljäsosa (28,57%) vastaajista. Melko tärkeinä yhteisiä tutustumispäiviä piti lähes puolet vastaajista (47,62%) ja yhteisiä koulutuspäiviä piti melko tärkeinä lähes kolme viidesosaa (57,14%) vastaajista. Toisen organisaation toimintatavan tuntemista piti erittäin tärkeänä 38,1% ja melko tärkeänä 42,86% vastaajista.

Taulukko 3. Moniammatillisen yhteistyön edellytykset viestinnän näkökulmasta.

	1=erittäin tärkeä	2=melko tärkeä	3=siltä väliltä	4=melko tarpeeton	5=täysin tarpeeton	Yhteensä	Mediaani
toisen osapuolen tunteminen kasvojen perusteella	9,52%	9,52%	33,33%	33,33%	14,29%	21	3
toisen osapuolen tunteminen henkilökohtaisesti	4,76%	19,05%	19,05%	23,81%	33,33%	21	4
toisen organisaation toimintatavan tunteminen	38,1%	42,86%	14,29%	4,76%	0%	21	2
yksiköiden väliset tutustumispäivät	28,57%	47,62%	14,29%	9,52%	0%	21	2
yhteiset koulutustilaisuudet tai tapaamiset	28,57%	57,14%	4,76%	9,52%	0%	21	2
mahdollisuus konsultoida toisen yksikön henkilökuntaa	52,38%	38,1%	9,52%	0%	0%	21	1
yksiköiden välinen työkierto	0%	38,1%	28,57%	28,57%	4,76%	21	3
työn vaihtotoiminta (määräaikainen vaihto toisen työyksikön työntekijän kanssa)	0%	33,33%	38,1%	28,57%	0%	21	3
pyrkimys saattohoidon alueelliseen kehittämiseen	52,38%	38,1%	4,76%	4,76%	0%	21	1
pyrkimys henkilökohtaiseen oppimiseen	57,14%	33,33%	4,76%	4,76%	0%	21	1
palautteen saaminen ja antaminen	57,14%	38,1%	4,76%	0%	0%	21	1
raportoinnin systematisoiminen/strukturointi	52,38%	42,86%	4,76%	0%	0%	21	1
avoin ilmapiiri	71,43%	23,81%	4,76%	0%	0%	21	1
osapuolten keskinäinen luottamus	90,48%	9,52%	0%	0%	0%	21	1
ammattillinen yhteenkuuluvuuden tunne	55%	45%	0%	0%	0%	20	1
moniammatillisen yhteistyön mallin luominen yksiköiden välille	60%	25%	15%	0%	0%	20	1
esimiesten tuki yhteistyön kehittämiselle	76,19%	9,52%	14,29%	0%	0%	21	1
johdon tuki yhteistyön kehittämiselle	66,67%	28,57%	4,76%	0%	0%	21	1
<b>Yhteensä</b>	<b>44,41%</b>	<b>32,18%</b>	<b>12,23%</b>	<b>8,24%</b>	<b>2,93%</b>	<b>376</b>	<b>1</b>

Avoimella kysymyksellä kysyttiin muita mahdollisia keinoja moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen kotisairaalan ja saattohoitokodin välillä. Vastauksia saatiin viisi. Niissä toivottiin yhteisiä kehittämispäiviä, palavereja, tutustumiskäyntejä ja yhteistyötä.

*”Kehittämällä saattohoitoa yhteistyössä potilaan parhaaksi.”*

*”Henkilökunnan yhteiset palaverit pari kertaa vuodessa, tutustumiskäynnit.”*

*”Yhteinen ponnistus sen hyväksi, että luottamus toistemme toimiin syntyisi ja säilyisi toiminnan jokaisella tasolla.”*

Toivomuksena oli lisäksi selkeät pelisäännöt ja toimintaohjeet potilaan hoitopaikan vallinnan suhteen.

*”Selkeät pelisäännöt siihen, kuinka vaativan tason saattohoitopotilas siirretään Diakonialaitokselle.”*

*”Selkeät pelisäännöt siihen, kuinka perustason saattohoitopotilas siirretään Diakonialaitokselle silloin kun potilas tai perhe sitä kovasti toivoo. Perustason saattohoitopotilaan vrk-hinta on luonnollisesti matalampi kuin vaativan tason.”*

Kyselylomakkeen viimeiseen avoimeen kysymykseen, mitä muita resursseja kehittämistoimenpiteet edellyttävät, tuli kaksi vastausta. Niissä toivottiin tiedotustilaisuutta yhteistoiminta-alueen väestölle.

*”Tiedotustilaisuus paneelimuotoisena suurelle yleisölle saattohoidosta. Paneeliin edustajat sekä Porin perusturvasta että Diakonialaitokselta.”*

Niissä myös korostettiin kotia hoitopaikkana, toivottiin säännöllisiä keskinäisiä tapaamisia lääkäreille, potilastietojärjestelmää ja selkeitä ohjeita siitä, minkä kuntoinen potilas voidaan siirtää saattohoitokotiin.

*”Pääseekö jatkossa myös ei-vaativa syöpäpotilas saattohoitokotiin.”*

#### 7.4 Johtopäätökset ja pohdinta

Kotisairaalasta kyselyyn vastasi suhteellisesti suurempi määrä vastaajia kuin saattohoitokodista. Todennäköisesti tämä johtuu siitä, että saattohoitokodin lähihoitajat kokivat jäävänsä todellisuudessa sivuun potilaan siirtovaiheen raportoinnista ja siksi heillä ei ollut mielipidettä asiasta. Käytännössä raportointi tapahtunee lääkäriltä lääkärille tai sairaanhoitajalta sairaanhoitajalle sekä hoitajien ja lääkärien välillä. Toisaalta lähihoitajilla on merkittävää tietoa potilaan toimintakyvystä, itsenäisen selviytymisen asteesta ja hänen avuntarpeistaan sekä arkipäivän toimintoihin liittyvistä oireista. Sen tiedon hyväksikäyttö potilaan siirtovaiheen raportoinnissa olisi hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden edistämisen kannalta järkevää ottaa käyttöön. Sen käyttöönotto voisi olla oman kehittämistehtävän aihe toiminnan muutoksineen. Moniammatillisessa yhteistyössä on tärkeää kerätä kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien ammattilaisten omaava tieto yhteiseen päätöksentekoon (Isoherranen 2012, 155-156).

Kotisairaala on toiminut tällä hetkellä 18,5 vuotta ja saattohoitokoti kuusi vuotta. Sen vuoksi työkokemukset painottunevat alle 10 vuoteen. Toisaalta saattohoito on työnä raskasta ja vaativaa eikä kaikilla ole siihen voimavaroja. Lyhyet työkokemukset voivat kieliä uupumisesta työhön ja tämän perusteella on hyvä pohtia henkilökunnan jaksamista sekä tukemista vaativassa työssä. Pitkän työkokemuksen tuoman osaamisen on tärkeää pysyä työyhteisössä ja mahdollistaa saattohoidon kehittyminen sekä tietotaidon jakaminen nuoremmille hoitajille. Moniammatillisen yhteistyön hyvin toimivalla ja tiiviillä tiimillä voidaan motivoida työntekoon, nostaa työn merkityksellisyyttä tiimin jäsenen kokemuksessa sekä tukea ja edistää työntekijän työhyvinvointia (Isoherranen 2012, 160-161; Jalonen ym. 2009, 4237).

Tuloksia tarkastellaan seuraavaksi kuhunkin tutkimusongelmaan liittyen.

### **Minkälaista on hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden takaava viestintä saattohoitopotilaan siirtovaiheessa tällä hetkellä?**

Ristiriitaa tämän hetkisen viestinnän osalta on mielipiteissä ammattitaitoisuudesta ja tutkittuun näyttöön perustuvan tiedon välittämisestä. Vastaajista 90% piti viestintää yksiköiden välillä ammattitaitoisena. Silti vain vajaa kolmannes vastaajista koki sen välittävän tutkimukselliseen näyttöön perustuvaa tietoa potilaan hoidosta. Tutkittuun näyttöön perustuva hoitotyö ei välttämättä ole terminä tunnettu, vaikka hoito siihen perustuisikin. Käsitteenä tunnetumpi lienee käypähoito-suositus tai hoitosuositus. Niistä haetaan tietoa pulmatilanteissa, muttei välttämättä mielletä tietoa tutkittuun näyttöön perustuvaksi. Siihen perustuva tieto on lähtökohta kehittämistyölle ja muutoksen edistämiseksi sen laaja jakaminen on välttämätöntä (Isoherranen 2012, 160).

Subjektiviisuutensa vuoksi hyvä hoito edellyttää potilaan mielipiteen selvittämistä (ETENE 2003, 7-8). Potilaan ja omaisten hoitoa koskevien toiveiden välittyminen yksiköiden välisessä viestinnässä ei ollut aukotonta. Jos toiveet eivät välity hoitohenkilökunnalle, eivät potilas ja omainen voi kokea tullessaan autetuiksi kokemassaan ongelmassa. Saattohoitopotilaan ollessa kyseessä voidaan olettaa hoitohenkilökunnan tärkeimmäksi hoitoa ohjaavaksi periaatteeksi potilaan toiveet hoitonsa suhteen. Sen perusteella niiden välittäminen yksiköstä toiseen pitäisi olla raportoinnin keskiössä, mikäli hoito on potilaslähtöistä organisaatiolähtöisyyden sijaan. Potilaslähtöiseen hoitoon pyrittäessä potilaan tulee olla osallisena hyvän hoidon kriteerien määrittelyssä ja oman hoitonsa suunnittelussa tasavertaisena päätöksentekijänä. Hänen kokemuksensa hyvästä hoidosta ei välttämättä ole sama kuin hoidon tuottajan. (Niemi 2016, 80; Virtanen ym. 2011, 19.)

Jatkotutkimusaiheena voisi tutkia toiveiden / potilaslähtöisen hoidon toteutumista saattohoitopotilaan ja hänen lähiomaisensa näkökulmasta sekä kotisairaалassa että saattohoitokodissa. Tulosten ei olisi tarkoitus asettaa yksiköitä kilpailutilanteeseen keskenään vaan niiden avulla mahdollistettaisiin saattohoidon alueellinen kehittäminen ja tasalaatuinen hoito potilaille hoitopaikasta riippumatta.

Moniammatillinen yhteistyö, jossa eri ammattiryhmien asiantuntijuus ja yhteistyö ovat sulautuneet yhteiseksi hoitoideologiaksi, korostaa potilaan yksilöllisyyttä ja potilaslähtöisyyttä (Kvarnström ja Cedersund 2006, 244, 249, 251). Tutkimuksen mukaan potilaan yksilöllisyyden korostus tai kokonaisvaltaisen hoidon mahdollistuminen eivät toteudu täysin yksiköiden välisessä viestinnässä tällä hetkellä. Moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä tulisikin kiinnittää huomiota kotisairaalan ja saattohoitokodin välillä me hengen luomiseen. Se näkyy tiimin tiedollisena synergiana ja tiimiläisten toisilleen antamana luottavana tukena sekä vaikuttaa edullisesti asiantuntijuuden ohjaamiseen ja tiimin tehokkuuteen (Kvarnström ja Cedersund 2006, 244, 249, 251).

Strukturoitu raportointi potilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen edistää hoidon laadukkuutta ja potilaan hoidon jatkuvuutta (Mikkonen 2014, 42-44). Tässä tutkimuksessa yksiköiden välistä tämän hetkistä viestintää koskevissa avoimissa kysymyksissä tuli joitakin vastauksia, joista kuvastui keskinäisen viestinnän strukturoinnin puute. Toisaalta koetaan raportoinnin olevan riittävää, mutta toisaalta pitää itse kysyä oikeita asioita saadaakseen riittävästi tietoa potilaan hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden takaamiseksi. Saaren-Seppälän (2004, 150) mukaan vanha hoitokulttuuri vaatii muuttuakseen organisaatorajoja ylittäviä työvälaineitä ja -käytäntöjä. Toisaalta niiden tulisi olla strukturoituja, mutta toisaalta niiden tulisi joustaa potilaan yksilöllisen tarpeen mukaan.

### **Mitä asioita suullisen viestinnän tulisi sisältää saattohoitopotilaan siirtovaiheessa?**

Tutkimuksen avulla saatiin selkeä kuva siitä, mitä vastaajat pitivät tärkeänä hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden kannalta suullisessa viestinnässä saattohoitokodin ja kotisairaalan välillä potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen. Kysymyspatteristosta pyritään sisällyttämään ISBAR -menetelmän mukaiseen runkoon ne väittämät, joita piti erittäin tai melko tärkeänä yli 70% vastaajista. Lisäksi avoimista kysymyksistä nousee viestintärunkoon vastuutahosta sopiminen silloin kun potilas on kotilomalla saattohoitokodista ja kotisairaala käy hänen luonaan kotona.

Hoitoyksiköiden fyysisen ympäristön erilaisuudesta johtuen tärkeinä pidetyt asiat, jotka eivät liity suoraan potilaan sairauteen tai sen hoitoon, saavat painoarvoltaan erilaisen merkityksen riippuen siitä kumman yksikön näkökulmasta asiaa tarkastellaan. Esimerkiksi kotieläimillä ei ole saattohoitokodille niin suurta merkitystä kuin kotisairaалalle, joka toimii potilaan kodissa. Toisaalta saattohoitokodissa potilaalla on mahdollisuus tavata myös perheenjäsenenä olevaa lemmikkiä. Merkityksen painoarvon ymmärtäminen toisen osapuolen kannalta edistää vastapuolen toimenkuvan selkiytymistä ja helpottaa potilassiirtojen suunnittelua. Samalla varmistetaan potilaan hoidon turvallisuutta, kun voidaan ennakoida siirtovaiheen pulmakohdat. Esimerkiksi siirtoaika saattohoitokotiin voidaan valita niin, että se lomittuu joustavasti päivärytmiin, potilas kokee olevansa odotettu ja hoitajalla on aikaa perehtyä hänen hoitoonsa heti. Jatkossa voisi tutkia miten tämän tutkimuksen tuottama raportointirunko vaikuttaa potilaan siirtoprosessiin ja hoidon jatkuvuuteen.

Lisäksi tarvitaan säännöllistä arviointia raportointirungon sisällön kattavuudesta potilaan hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden takaajana sekä tarvittaessa sen muuttamista paremmin tavoitettavan palvelevaksi. Se olisi yksi aihe yksiköiden välisten koulutuspäivien ohjelmaan ja perustelisi myös niiden tarvetta. Koulutuspäivän järjestäminen raportointirungon käytettävyydestä potilaan hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden kannalta voisi olla toiminnallisen opinnäytetyön aihe.

Uskonnollisuutta ja monikulttuurisuutta pidettiin mediaanin mukaan vastaajien mielestä melko tärkeänä potilaan hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden takaavassa viestinnässä. Potilaslähtöisen saattohoidon voidaan olettaa rakentuvan ainakin osittain uskonnollisuuden ja potilaan kulttuurin varaan. Edellä mainittujen lisäksi melko tärkeinä pidettiin erilaisia potilaan taloudelliseen tilanteeseen vaikuttavia tukia, lausuntoja ja korvattavuuksia, jotka ovat merkityksellisiä potilaalle mutta eivät suoranaisesti vaikuta hoitotyöhön etenkin saattohoitokodissa. Samoin kodin fyysinen soveltuvuus korostuu kotisairaалassa muttei vaikuta saattohoitokodin hoitotyöhön. Edellä kuvatulla tavalla potilaan näkökulmasta sekä hänen selviytymisensä kannalta tärkeitä ovat myös erilaiset tukihenkilöt ja lemmikkieläimet.

**Minkälaisia toimintamuutoksia ja resursseja moniammatillisen yhteistyön kehittäminen viestinnän näkökulmasta yksiköiden välillä hoitohenkilökunnan mielestä edellyttää?**

Vuorovaikutus- ja viestintätaidot ovat kommunikoinnin ja tiedonvälityksen ohella myös keino keskinäisen luottamuksen ja luontevien vuorovaikutuskäytänteiden rakentamiseen, tuen ilmaisuun sekä ilmapiirin luomiseen (Kettunen & Gerlander 2013, 305). Luottamusta toiseen osapuoleen kaikki vastaajat pitivät tässä tutkimuksessa moniammatillisen yhteistyön kehittämisen kannalta tärkeänä. Luottamus toiseen osapuoleen helpottaa vastuun jakamista potilaan hoidosta, mutta edellyttää toisen osapuolen tuntemista ja keskinäisen suhteen muodostumista. Lisäksi tarvitaan tietoa potilaan kokonaisuhoitaisuudesta. Tämä mahdollistuu vain hänen hoitoonsa osallistuviin ammattilaisiin tutustumalla ja heidän osuuteensa hoidossa perehtymällä. (Kettunen & Gerlander 2013, 305-306; Saaren-Seppälä 2004, 121-122, 125, 148.) Myös Isoherrasen (2012, 160-161, 163) tutkimuksessa asiantuntijat kokivat saaneensa hyvin toimivassa tiimissä luottamusta ja tukea sekä tunsivat yhteenkuuluvuutta. Asiantuntijuuden tuoma valta-asema muuttuu sujuvasti toimivassa moniammatillisessa yhteistyössä rajoittavasta mahdollistavaksi (Kettunen & Gerlander 2013, 305-306; Saaren-Seppälä 2004, 121-122, 125, 148).

Mikkosen (2014, 42-44) mukaan raportoinnin laadukkuuteen vaikuttavat myös sekä sen antajan että vastaanottajan asenne keskinäistä käynnissä olevaa viestintää kohtaan. Tässä tutkimuksessa tuli esille halu moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen viestintän näkökulmasta. Moniammatillisuuden toteutumisen yksiköiden välillä voidaan olettaa tutkimuksen tulosten perusteella olevan kehittymässä. Ammatillinen yhteenkuuluvuuden tunne ja henkilökuntien keskinäinen luottamus olivat kaikkien vastaajien mielestä tärkeää kehittämisessä. Vastanneista reilu neljäviidesosaa piti lisäksi moniammatillisen mallin luomista yksiköiden välille niin ikään tärkeänä. Toisaalta alle viidesosa vastaajista eivät kokeneet moniammatillisen mallin luomista merkityksellisenä, ja avoimissa kysymyksissä toivottiin pelkästään lääkärien keskinäisiä tapaamisia. Katajamäen (2010, 158-159) määritelmän mukaan moniammatillisuuteen kuuluu usean eri profession muodostamat tiimit, joissa täydennetään toinen toisensa asiantuntijuutta monimuotoisessa vuorovaikutuksessa oman profession näkökulmasta ammentaen energiaa yhteisöllisyydestä.

Moniammatillisen tiimin asiantuntijuuden edellyttämiä taitoja ovat ongelmanratkaisukyky, ryhmätyö- ja projektiosaaminen, sujuva kanssakäyminen muiden kanssa sekä johtaminen, kehittäminen, asiantuntijuuden hyödyntäminen ja ohjauksen osaaminen. Vuorovaikutustaidot, asenteet ja tunteet ovat kiinteässä yhteydessä edellä mainittujen kanssa. (Katajamäki 2010, 159.) Tässä tutkimuksessa enemmän kuin yhdeksän kymmenestä vastaajasta piti tärkeänä mahdollisuutta toisen yksikön konsultointiin ja

pyrkimystä saattohoitotyön kehittämiseen alueellisesti, henkilökohtaiseen oppimiseen sekä palautteen antamiseen ja saamiseen. Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan olettaa vastaajilla olevan halukkuutta jakaa asiantuntijuuttaan moniammatillisessa yhteistyössä viestiessään potilaan hoidosta hänen siirtyessä yksiköstä toiseen saattohoitokodin ja kotisairaalan välillä. Aina terveysalan työntekijöiden jämäkän ja professioiden vaaliman asiantuntijuuden jakaminen ei ole yksiselitteistä vaan asiantuntijuuden tuomasta vallasta ja sosiaalisesta statuksesta pidetään tiukasti kiinni (Virtanen ym. 2011, 12; Jalonen ym. 2009, 4237), vaikka moniammatillista yhteistyötä pidetään erityisen tärkeänä juuri syöpäpotilaan hoidossa (Aubin ym. 2012, 49). Gibsonin (2009, 328) mukaan laadukas asiakaslähtöinen hoito ei ole toteutettavissa yksittäisen ammattilaisen toimesta.

Katajamäen (2010, 159) mukaan johtamisen hyödyntäminen kuuluu asiantuntijuuden taitoihin. Tässä tutkimuksessa lähes kaikki vastaajat kokivat tärkeänä johdon ja esimiesten tuen. Voidaan olettaa, että merkityksellisenä pidettyä asiaa osataan hyödyntää asiantuntijuuden kehittämisessä. Ja toisaalta yksiköiden johto ja esimiehet saavat vahvistusta asiantuntijuutta tukevan toimintansa tarpeellisuudesta.

O'Donoghue (2011, 114) pitää vahvoja ihmissuhteita, hyviä vuorovaikutustaitoja ja keskinäistä ammatillista kunnioitusta menestyksekkään moniammatillisen yhteistyön perustana. Tässä tutkimuksessa toisen osapuolen henkilökohtaista tuntemista piti tärkeänä alle neljäsosa vastaajista. Toisen yksikön henkilökunnan tunnistamista kasvojen perusteella piti tärkeänä vain alle viidennes vastaajista. Tiedonvaihtajien henkilökohtaista suhdetta on pidetty aikaisemmissa tutkimuksissa (Paane-Tiainen 2013, 240; Salmelainen 2008, 175-177) keskinäistä viestintää edistävänä tekijänä. Saattohoitokodin ja kotisairaalan välinen yhteistyö on vielä nuorta eikä mahdollisuuksia keskinäiseen kanssakäymiseen henkilökohtaisen tutustumisen näkökulmasta ole juurikaan ollut. Perinteisesti yksityisen sektorin ja kunnallisen toimijan välillä vallinnut kilpailuasema potilaista ei ole vielä kehittynyt moniammatilliseksi yhteistyöksi ja ehkä esteenä on vielä hiven organisaatiolähtöistä hoitokulttuuria potilaslähtöisyyden sijasta. Eikä yhteistyö yli organisaatorajojen ole itsestäänselvyys terveydenhuollossa vaan vaatii aikaa ja hallinnollistakin muutosta vakiintuakseen (Weller ym. 2014, 153; Isoherranen 2012, 156-157, 159-160).

Saattohoidon toimijoiden keskinäisessä tiedonvaihdossa on todettu olevan puutteita muun muassa tiedoissa toistensa toimintatavoista, hoitokriteereistä ja toiminnan perusteista (Vaarala 2016, 27, 32). Kolmannes vastaajista piti saattohoitokodin ja kotisairaalan välistä työkiertoa tarpeettomana ja reilu neljännes piti tarpeettomana työnvaihtotoimintaa



moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä viestinnän kannalta. Toisaalta reilu kolmasosa piti yksiköiden välistä työkiertoa ja lähes kaksiviidesosaa työn vaihtotoimintaa, jolla tarkoitetaan määräaikaista vaihtoa toisen yksikön työntekijän kanssa, melko tärkeänä. Saattohoitokodin ja kotisairaalan toimintaympäristöt ovat hyvin erilaiset. Jo se luo toimintoihin tarvetta omanlaiselleen asiantuntijuudelle ja organisoinnille potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen. Lienee perusteltua olettaa, että työnvaihtotoiminta tai työkierto toisivat uudenlaista näkökulmaa moniammatilliseen yhteistyöhön ja viestintään. Toisen osapuolen toiminnan tunteminen edistäisi potilaan hoidon jatkuvuutta ja turvallisuutta, kun jo lähtävä yksikkö kykenisi hahmottamaan, miten potilaan jatkohoito organisoidaan tulevassa hoitopaikassa. Jauhaisen (2009, 47) tutkimuksen mukaan potilaan siirto toiseen hoitopaikkaan kuormittaa potilasta ja omaisia vähemmän henkisesti, jos lähtöpaikan henkilökunta kykenee kertomaan tulevasta yksiköstä ja sen toiminnasta sekä siirron vaikutuksista potilaan hoitoon.

Potilastapausten yhteisen käsittelyn moniammatillisissa ryhmissä työyksiköiden kesken on todettu kehittävän ammatillista kasvua ja saattohoitoa (Bellamy ym. 2006, 158-159, 162). Tässä tutkimuksessa yhteisiä koulutuksia ja tapaamisia sekä keskinäisiä tutustumispäiviä piti reilu neljännes vastaajista erittäin tärkeänä edellytyksenä moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä viestinnän näkökulmasta. Tutustumispäivät saattohoitokodin ja kotisairaalan välillä koki melko tärkeinä melkein puolet vastaajista, kun taas yhteiset koulutustilaisuudet tai tapaamiset olivat melko tärkeitä melkein kolmenviidesosan mielestä. Tästä voitaneen ajatella, että on ainakin aluksi helpompi tavata lyhyesti työyksiköiden kesken, kuin aloittaa työkierto tai työnvaihtotoiminta yksiköiden välillä. Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen kyseisillä tavoilla ja sen tutkiminen voisi olla tulevaisuuden kehittämistyön aiheena.

## 7.5 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuslupa anottiin erikseen Länsi-Suomen Diakonialaitokselta ja Porin perusturvasta. Tutkimus kohdistuu hoitotyöntekijöihin, mutta välillisesti myös saattohoitopotilaisiin. Heidän voidaan ajatella olevan eettisen pohdinnan kannalta erityislaatuista. Hyvän tekemisen ja pahan välttämisen tulee olla Louhialan ja Launiksen (2009, 204) mukaan tutkimustoimintaa ohjaava periaate hoitotyössä.

Tutkimuksen avulla luotiin ISBAR-viestintärunko yksiköiden välille. Raportoinnilla on suora vaikutus potilaan hoidon jatkuvuuteen ja turvallisuuteen. Ohjausryhmän

asiantuntijuuden avulla on varmistettu luodun viestintärungon soveltuvuus saattohoitopotilaiden siirtovaiheen raportointiin saattohoitokodin ja kotisairaalan välillä.

Tutkimukseen vastaajan on saatava riittävästi tietoa osallistumisen vaikutuksista itseensä. Saatekirje ja tutkimustiedote pyritään laatimaan niin, että tutkittavalla on riittävästi tietoa osallistumisensa tai kieltäytymisensä tueksi. (Vilkkä 2015, 190-191; Louhiala & Launis 2009, 213-214.) Tutkimustiedote jaettiin yksiköihin ennen tutkimuksen suorittamista ja saatekirjeen jokainen vastaaja sai kyselyn mukana sähköisesti. Tutkimukseen suostumiseksi tulkittiin tässä tutkimuksessa vastaaminen kyselyyn.

Tulokset tulee raportoida niin, ettei yksittäistä vastaajaa ole mahdollista tunnistaa (Heikkilä 2014, 169). Vastaajien tunnistamattomuuden takaamiseksi kysely toteutettiin sähköisesti eikä ammattinimikkeitä kysytty. Tutkija olisi voinut tunnistaa oman työyksikkönsä vastaajia käsialasta ja esimerkiksi lääkärit heidän harvalukuisuudestaan johtuen.

Aineisto pitää säilyttää tutkimuksen valmistumiseen asti (Vilkkä 2015, 47-48). Tulostetut aineistot ja Webropol-tunnukset ovat olleet tutkijalla lukollisessa säilytyspaikassa, jotta ne eivät päädy ulkopuolisten käsiin. Aineisto hävitetään heti tutkimuksen valmistumisen jälkeen. Sähköinen kyselyaineisto poistetaan Webropol-järjestelmästä ja tutkijan käyttöön tulostetut aineistot poltetaan.

Tutkija on eettisesti vastuussa tutkimuksestaan. Hänen tulee esittää saadut tulokset juuri sellaisina kuin ne ovat. Tuloksia ei saa käyttää oman hyödyn tavoittelemiseen tai muiden aseman heikentämiseen. Raportti tulee laatia niin, että lukijan on mahdollista arvioida prosessia ja saatujen tulosten sekä niistä tehtyjen johtopäätösten pitävyyttä. Tutkimuksen vajavuudet ja rajoitukset tulee kirjata raporttiin ja pohtia niiden vaikutusta lopputulokseen. (Heikkilä 2014, 169.)

Tämän tutkimuksen tutkija on toisen tutkimusyksikön, kotisairaalan työntekijä. Sillä saattaa olla vaikutusta tutkimusprosessissa tehtyihin valintoihin ja raportointiin. Tutkijan tulee pyrkiä objektiivisuuteen tekemiensä ratkaisujen ja kirjoittamansa raportin suhteen niin, että se on toistettavissa toisen tutkijan toimesta. (Kananen 2012, 158; Hirsjärvi ym. 2009, 309-310.) Objektiivisen näkemyksen edistämiseksi tutkija on ollut opintovapaalla työstään tutkimusaineiston keruun, aineiston analysoinnin ja johtopäätösten tekemisen sekä kehittämistehtävän raportin kirjoittamisen aikana.

Luotettavuus jaetaan kvantitatiivisessa tutkimuksessa validiteettiin ja reliabiliteettiin (Kananen 2011, 118; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152; Metsämuuronen 2003,

35). Validiteetti arvioi tutkimuksen pätevyyttä suhteessa sen tarkoitukseen. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen toistettavuutta. Reliaabeli mittari tuottaa toistettaessa lähes samanlaiset tai yhtenevät tulokset samoille vastaajille. Tutkimuksen luotettavuus on verrattavissa suoraan mittarin luotettavuuteen, joka riippuu käsitteiden operationalisoinnin onnistumisesta eli mittaako mittari todella sitä mitä sen piti mitata. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189-190; Metsämuuronen 2003, 23, 35, 37, 42-43, 86.)

Validi mittari ei jätä vastaajille tulkinnanvaraa, vaan antaa vastaukset tarkoituksenmukaisesti tutkimusongelmiin (Heikkilä 2014, 177; Hirsjärvi ym. 2009, 231-232). Tässä tutkimuksessa saatiin mittarin antamien tulosten avulla toteutetuksi ISBAR-menetelmän mukainen runko saattohoitokodin ja kotisairaalan väliseen viestintään, kuten oli tarkoituskin. Avointen kysymysten vastauksista saatiin tukea kysymyspatteristojen väittämille. Tutkimusta voidaan siten pitää mittarin osalta validina, vaikka kyselylomakkeessa oli painovirhe ensimmäisen kysymyspatteriston kohdalla. Väittämässä täysin samaa mieltä oli numero 5 vaikka olisi pitänyt olla 1. Vastauksista kuitenkin voitiin havaita vastaajien ymmärtäneen kysymykset oikein. Ilmeisesti he olivat kiinnittäneet huomionsa sanallisiin selvityksiin ja vastanneet loogisesti niiden mukaan. Lisäksi tuloksia esitettäessä samassa kysymyspatteristossa muutettiin kohtien kaksi ja neljä selitteet lisäämällä niihin sana täysin eli vastausvaihtoehdot olivat 2 = lähes täysin samaa mieltä ja 4 = lähes täysin eri mieltä.

Tutkimuksen luotettavuutta parantaa koko perusjoukon ottaminen mukaan tutkimukseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 105; Alkula ym. 1994, 106). Se sulkee pois otantavirheestä johtuvan luotettavuuden heikkenemisen (Heikkilä 2014, 180). Tässä tutkimuksessa tutkimusjoukko käsitti koko perusjoukon, jolloin voidaan olettaa sen parantaneen tulosten luotettavuutta.

Kehittämistyön luonteeseen kuuluu usein sen sijoittuminen rajalliseen toimintaympäristöön, josta seuraa aineiston pienuus, vaikka kaikki mahdolliset havaintoyksiköt kuuluisivatkin tutkimusjoukkoon kuten tässä tutkimuksessa. Pieni aineisto heikentää luotettavuutta. (Kananen 2012, 121, 135.)

Vastausprosentti oli 58 eli yli kaksiviidesosaa jätti vastaamatta kyselyyn. Silloin voidaan ajatella tutkimustuloksessa olevan kadon aiheuttamaa vääristymää (Heikkilä 2014, 177), koska etenkin saattohoitokodin perushoitajat olivat hoitovastaavan mukaan kokeneet, ettei viestintä ole heidän aluettaan potilassiirroissa. Tämän vuoksi vastaaminen kyselyyn oli saattanut jäädä joiltakin perushoitajilta tekemättä. Saattaa olla, että lähihoitajilla olisi

ollut erilainen painotus tärkeistä asioista viestinnässä potilaan siirtyessä saattohoitokodin ja kotisairaalan välillä. Tämä olisi voinut tuoda erilaista näkökulmaa luotuun viestintärunkoon.

Vastaajien tutkimukseen suhtautumisen vakavuutta ja vastaamisen huolellisuutta ei ole mahdollista varmistaa. Lisäksi ei voida olla varmoja väärinkäsityksistä, joita saattaa syntyä vastaajien tulkitessa kysymyksiä ja vastausvaihtoehtoja. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.) Edellä mainituilla seikoilla saattaa olla luotettavuutta heikentävä vaikutus tässä tutkimuksessa. Sen sijaan vastaajien perehtyneisyyttä tutkimuksen kohteena olevaan keskinäiseen viestintään voidaan pitää hyvänä ja sen voidaan olettaa silloin lisäävän tulosten luotettavuutta (Hirsjärvi ym. 2009, 175).

Sisäistä valideettia arvioitaessa tarkastellaan käytettyjen käsitteiden pohjautumista teoriaan ja niiden operationalisoinnin onnistumista. Lisäksi arvioidaan käsitteiden kattavuutta tutkittavana olevan ilmiön suhteen. (Metsämuuronen 2003, 87.) Tutkimuksen mittarin luomisessa kiinnitetään erityistä huomiota käsitteiden riittävään avaamiseen teoriasta empiriaan, jotta mittari mittaisi tutkimusongelman kannalta oikeita asioita. Erätuuli ym. (1994, 14-15) pitävät mittarin esitestausta välttämättömänä. Esitestausta suoritettiin tässä tutkimuksessa kahdella tutkimusjoukkoon kuulumattomalla sairaanhoitajalla. Esitestauksen jälkeen muutoksia tutkimuslomakkeeseen tai saatekirjeeseen ei tehty. Erityisen tärkeää mittarin esitestaaminen on Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2009, 154) mukaan silloin kun mittari on laadittu juuri kyseistä tutkimusta varten, kuten tässä tutkimuksessa.

## 8 ISBAR-VIESTINTÄRUNKO RAPORTOINNISSA

### 8.1 ISBAR-viestintärunko

Corleyn ja Spoonerin (2016, 23) sekä Scovellin (2010, 39) mukaan raportin olennaisen sisällön määrittely tulisi tapahtua asianomaisissa osaamisyksiköissä, kuten tässä kehittämistehtävässä. Tutkimuksen tulosten perusteella on muodostettu ISBAR-mallin mukainen viestintärunko (Kuvio 4) kotisairaalan ja saattohoitokodin välisen suullisen viestinnän pohjaksi. Siihen on valittu perustaksi ne väittämät, joita vastaajista yli 70% on pitänyt erittäin tai melko tärkeänä. Ohjausryhmän ehdotusten ja avointen kysymysten mukaan on tehty joitakin lisäyksiä. Viestintätyökalun sisältöä suunnitellessa tulee tunnistaa potilaan hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden kannalta keskeiset asiat (Corley & Spooner 2016, 23). Yksiköiden fyysisen toimintaympäristön erilaisuudesta johtuen toiset kohdat koskettavat väkisinikin vastavuoroin enemmän saattohoitokotia tai kotisairaala.

Väittämien sijoittelu ISBAR-viestintärungossa ei noudata täysin alkuperäistä ISBAR-mallia vaan asetelusta on pyritty yhteistyössä ohjausryhmän kanssa muodostamaan loogisia kokonaisuuksia. Diagnoosi, sairauden vaihe, tehdyt toimenpiteet, onkologiset hoidot, kontaktit onkologialle, DNR- / ER- sekä saattohoitopäätös on sijoitettu kohtaan S eli situation / tilanne kohdan B eli background / tausta sijasta. Tämä sen vuoksi, että saattohoitopotilaan hoidossa onkologiset hoidot ja kontaktit syöpätaudeille ovat usein jo loppuneet eikä itse diagnoosikaan ole enää potilaan hoidon keskiössä, vaan sitä määrittävät enemmänkin potilaan oireet ja hänen kokemansa ongelmat sekä (fyysisen, psyykkisen, hengellisen, henkisen ja sosiaalisen) tuen tarpeet jokapäiväisen elämän sujumisessa. Diagnoosilla ja saattohoidolla ei nähdä olevan keskinäistä riippuvuutta (ETENE 2003, 6).

Kohtaan B eli background / tausta on lisätty ohjausryhmän päättämänä sosiaalisia suhteita koskeva kohta, jossa määritellään myös henkilöt, joita potilas ei halua tavata tai kenelle hän ei halua luovutettavan tietoja itsestään. Syöpäyhdistyksen sairaanhoitajan ohelle lisättiin myös terapeutti ja vapaaehtoinen. Potilaalla saattaa olla oman valintansa mukaan tukea useammalta taholta julkiselta, yksityiseltä tai kolmannen sektorin toimijoilta. Lisäksi kotisairaalan vapaaehtoiset käyvät saattohoitokodissa tapaamassa potilasta, jonka rinnalla ovat kulkeneet kotisairaalan hoidon aikana. Kontakti vertaiseen ja koetun jakaminen edistävät potilaan selviytymistä saattohoidossa (Oikarinen ym. 2018, 2).

Uskonnollisuus ja monikulttuurisuus huomioidaan erikseen taustatiedoissa, sillä ne saattavat olla potilaalle merkityksellisiä asioita sairauden kanssa selviytymisen suhteen. Ylipäätään hengellisyys saattaa olla potilaalle se asia, joka auttaa häntä löytämään seesteisyyden ja turvallisuuden tunteen sairaudesta huolimatta (Oikarinen ym. 2018, 2). Potilaan uskontokunta tai kulttuuri saattavat määrittää potilaan hoitoa tai vainajan käsittelyä koskevat tavat. Sen vuoksi tulee saattohoitopäätöksen tekemisen jälkeen selvittää myös potilaan hengelliset tarpeet. (Pihlainen 2010, 18.)

Kodin soveltuvuus fyysisesti potilaan hoitoon on merkityksellinen taustatieto, koska esimerkiksi peseytymismahdollisuudet saattavat olla ulkosaunassa tai kellarissa ja aiheuttaa siksi haasteita potilaan hoitoon kotona. Lisäksi saattohoitopotilaat kokevat lähes poikkeuksetta uupumusta, ovat väsyneitä ja heillä on heikentynyt toiminta- ja liikuntakyky (Pihlainen 2010, 17). Siksi tarvitaan etukäteissuunnittelua, muun muassa tarvittavien apuvälineiden ja avun organisoinnin osalta (Oikarinen ym. 2018 2), jotta kotihoito onnistuu. Taustatiedoissa raportoidaan myös potilaan / lähiomaisen saamista tai haussa olevista tuista sekä maksusitoumuksesta ja sen voimassaolosta. Tuet ovat potilaan ja lähiomaisen selviytymisen kannalta merkityksellisiä ja raportoimalla varmistetaan niiden tulleen huomioituiksi hoitopolussa.

Kohtaan A eli assessment / nykytilanne on sijoitettu oireet, psyykinen tila ja toimintakyky sekä lääkitys. Saattohoitopotilaan kohdalla kolme ensimmäistä ovat hoidon keskiössä ja määrittävät pitkälti potilaan tarpeet hoidon ja avun suhteen sekä käytössä olevan lääkeytyksen.

Kohtaan R eli recommendation / toimintaehdotus lisättiin ohjausryhmän toiveesta kohtaan potilaan ja omaisten toivomukset hoidon suhteen myös toiveet lähestyvää kuolemaa ajatellen (hoitotahto). Samoin lisättiin kohta, jossa määritellään tarvittaessa potilaalle vastuosasto, jonne voi ottaa yhteyttä tai tarvittaessa siirtyä hoitoon, mikäli kotona ilmenee ongelmia silloin kun kotisairaalan lääkäri ei ole työssä. Pihlaisen (2010, 25) mukaan saattohoitopotilaalla ja hänen omaisellaan tulee olla mahdollisuus saada puhelimitse yhteys hoitohenkilökuntaa vuorokaudenajasta riippumatta.

Viestinnässä vastapuoli saattaa tuoda uuden näkökannan potilaan tilanteeseen (Duckworth 2016, 44) ja edistää siten ongelman ratkaisua. Toimintaehdotuskohta viestintärungossa sisältää työyksiköiden välisen moniammatillisen pohdinnan omaisten osallistumismahdollisuudesta potilaan hoitoon sekä heidän tuen ja ohjauksen tarpeestaan. Edelliseen liittyen pohditaan myös kotihoidon tarvetta, tehtäviä ja käyntitiheyttä, lääkkeiden

annosteluun liittyviä asioita sekä apuvälineiden tai sairaalasängyn lainaamista. Omaiselle potilaan hoitoon osallistuminen on usein ainutkertaista. Sen vuoksi hänen on vaikea hahmottaa siihen liittyviä tuen ja avun tarpeita, jotka vielä usein muuttuvat potilaan rinnalla kuljetun matkan aikana. Oikarisen ym. (2018, 2) mukaan saattohoitopotilaat kokevat omaisilta saadun tuen merkitykselliseksi. ISBAR-viestintärungon avulla omaisten osallisuus tulee huomioiduksi säännöllisesti. Se on merkittävä asia, koska omaisten osallisuus potilaan hoidossa edistää selviytymistä kotona sekä antaa hallinnan tunnetta vaikeassa tilanteessa (Oikarinen 2018,2).



Kuvio 4. ISBAR viestintärunko.



## 8.2 ISBAR-viestintärungon käyttöönotto

Viestintärunko tulostettiin paperiseksi versioksi. Sitä voidaan tulostaa eri kokoisina versioina esimerkiksi seinällä tai taskussa pidettäviksi tarkistuslistoiksi. Yksinkertaiset keinot, kuten muistilista tai seinäjuliste raportointia varten varatussa paikassa, edistävät uuden toimintamallin käyttöönottoa ja muistamista (Duckworth 2016, 44).

Muutos tarvitsee aina johdon tuen, jottei synny ristiriitaa muutoksen tarpeellisuudesta. Johdon sitoutuneisuus viestii muutoksen tärkeydestä. (Isola 2008, 71-72.) Tutkimusluvun saaminen on ollut tämän kehittämistehtävän kohdalla johdon tuki molemmista organisaatioista. Viestintärungon vieminen käytäntöön ja sen perustelut hyväksytetään molempien organisaatioiden johdolla tämän raportin myötä.

Uuden toimintatavan juurruttaminen käytäntöön edellyttää muutosmyönteisyyttä (Blom ym. 2015, 535). Muutosvastarinta pitää huomioida uuden toimintatavan käyttöönottoa suunniteltaessa (Corley & Spooner 2016, 23). Työntekijöiden tulee nähdä saavutettava hyöty, jotta he voivat suhtautua muutokseen positiivisesti ja viedä sitä eteenpäin (Isola 2008, 71). Tässä kehittämistehtävässä muutos tapahtuu raportoinnin organisoinnissa lähinnä viestitettävien asioiden uudelleenjärjestelynä tarkistuslistan myötä. Kyseessä ei ole suuri muutos, mutta tarkistuslistan avulla raportin antaja tietää mahdollistaneensa potilaan hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden kiireessäkin. Lisäksi strukturoitu raportointi selkeyttää ja sujuvoittaa yksiköiden välistä viestintää sekä hoitotyötä. Motivoinnin voidaan olettaa olevan tehtävissä osastotunneilla, koska kyse on pienestä muutoksesta toimintatavassa.

Muutoksen aikaansaamiseksi tarvitaan perehdytystä (Mäntyneva 2016, 12; Beckett & Kipnis 2009, 26-27) ja henkilökunnan sitouttamista uuden toimintatavan käyttöön (Mäntyneva 2016, 12). Muutosjohtajalla tulee olla tarkka kuva kokonaisuudesta ja visiosta, jotta hän voi motivoida jakamalla tietoa. Tärkeää on tehdä tiettäväksi tarve ja tavoite sekä huolehtia niiden kirkkaudesta koko muutosprosessin ajan. (Isola 2008, 71). Koettu hyöty edistää sitoutumista. Erityisesti suotuisa vaikutus omaan työhön ja selkeä päämäärä motivoivat. (Paane-Tiainen 2013, 235; Leonard ym. 2004, 89-90.) Työntekijät ovat olleet tässä kehittämistehtävässä tutkimuskyselyn kautta tietoisia tulevasta muutoksesta raportointikäytäntöön. Tarve ja tavoite tuodaan julki vielä uudelleen viestintärungon ohjaustilanteissa.

## 9 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI

Työelämän muutokset ovat tuoneet siihen runsaasti projektiluonteisia töitä, jolloin projektiosaamisesta on tullut tärkeä työelämätaito työtehtävistä riippumatta (Mäntyneva 2016, 9; Virtanen 2009, 66). Useat työelämän projektit liittyvät toiminnan kehittämiseen organisaation strategian mukaisesti ja ovat osa organisaation jatkuvaa toimintaa. Toisinaan projekti ulottuu organisaation ulkopuolelle, (Mäntyneva 2016, 9.) kuten tämäkin kehittämisprojekti.

Kehittämisprojekti sujui ajan käytön suhteen hyvin. Aikataululliset haasteet oli huomioitu riskiarvioinnissa ja ajallisten määräaikojen suhteen suunnitellut rajat ylittyivät. Sillä ei kuitenkaan ollut merkitystä kehittämisprojektin kokonaisuuden kannalta. Vain ISBAR -viestintärungon arviointi jäi kehittämisprojektin päättymisen jälkeen tehtäväksi, koska potilassiirtoja olisi ollut ennen projektin päättymistä liian vähän luotettavien arvioiden saamiseksi.

Ohjaus- ja projektiryhmien jäsenten sitouttaminen olisi pitänyt olla projektipäällikön toimesta tehokkaampaa. Opinnäytetöitä tehdään paljon ja niihin on käytettävissä kiireisessä työrytmässä toimivilla työpaikoilla vähän resursseja. Sen tiedostaminen oli este projektipäällikölle ohjaus- ja projektiryhmäläisten suuremmalle työllistämiseksi tässä kehittämisprojektissa. Varsinaista haittaa asiasta ei kuitenkaan ole ollut, mutta tiheämpi kanssakäyminen olisi tehostanut kehittämisprojektin sisäistä tiedottamista ja antanut enemmän näkökulmia projektipäällikölle kehittämisprojektin eteenpäin viemiseen. Toisaalta opinnäytteen ollessa kyseessä suurin ohjauspanos tulee tutoropettajalta, kuten tässäkin työssä, ja suurin työpanos kuuluu luonnollisesti opiskelijalle.

Kiireisestä työrytmistä johtuen ja toivomuksen mukaisesti ohjaus- ja projektiryhmien kokoukset on pidetty sähköpostitse. Asiat ovat siten sujuneet hyvin, eikä aikataulujen yhdistämisongelmia ole ollut. Toisaalta kokoukset olisivat tuottaneet yhteistä pohdintaa, jolloin kyseessä olevien ongelmien ratkaisut olisivat voineet rikastua jokaisen tuodessa oman asiantuntijuutensa muiden osallisten ulottuville.

Moniammatillisen yhteistyön kehittämisen esteeksi voi tulla yksiköiden välinen kilpailu potilaista. Saattohoitokoti on yksityinen hoitolaitos, jonka toiminnan tulee olla liiketaloudellisesti kannattavaa. Kotisairaaloiminta ei ole lakisääteistä terveydenhuoltoa. Sitä ei kunnan ole pakko tarjota asukkailleen, eikä potilaan ottaa kotiinsa tahtonsa vastaisesti.

Molemmilla yksiköillä on siis omat perinteisestä terveydenhuollosta poikkeavat piirteensä. Saattohoidon tulisi kuitenkin perustua potilaslähtöisyyteen huolimatta organisatorakenteista (Niemi 2016, 80; Isoherranen 2012, 157,159; Pihlainen 2010, 16).

Kehittämiprojektiin sisältyvän tutkimuksen avulla laadittiin kehittämiprojektin tarkoituksen mukainen ISBAR-viestintärunko. Raportoinnissa tärkeinä pidetyt asiat nousivat selkeästi esiin tutkimustuloksista ja pääosin niiden valinnasta runkoon oltiin yksimielisiä ohjausryhmässä. Viestintärunkoa korjattiin ohjausryhmän toimesta muun muassa lisäämällä vastuutahon määrittely potilaan ollessa saattohoitokodin hoidon aikana kotona ja samanaikaisesti myös kotisairaalan potilaana. Sisällön sijoittelu ISBAR-viestintärungossa on alkuperäiseen malliin nähden poikkeava. Yksilöllisellä sijoittelulla on kuitenkin pyritty selkeyttämään raportointia tässä kontekstissa.

Tutkimuksen tulokset ja kehittämiprojektissa luotu ISBAR-viestintärunko ovat sovellettavissa saattohoitopotilaan siirtovaiheen raportoinnissa muidenkin saattohoitopotilaita hoitavien yksiköiden välisessä raportoinnissa, sillä edellytyksellä, että sisältö runkoon muokataan kulloisenkin toimintaympäristön tarpeen mukaiseksi. Tämän kehittämistehävän viestintärunko sisältää juuri Porin kotisairaalan ja Länsi-Suomen Diakonilaitoksen saattohoitokodin välisessä viestinnässä ne asiat, joilla voidaan turvata potilaan hoidon jatkuvuus ja turvallisuus tällä hetkellä.

Isolan (2008, 72-73) tutkimuksen mukaan muutoksen kulkua tulee seurata jatkuvasti koko prosessin ajan. Seuranta voi tapahtua esimerkiksi haastattelemalla tai mittaamalla. Tavallista, ellei jopa säännönmukaista, on muutoksen kulun muuttaminen erilaisilla korjaustoimenpiteillä hyvästä suunnitelmasta huolimatta.

ISBAR-viestintärungon optimaalinen käyttö edellyttää säännöllistä arviointia ja tarvittaessa sisällön muuttamista paremmin tavoitetta, saattohoitopotilaan hoidon jatkuvuutta ja turvallisuutta, edistäväksi. Pientä, tarkkaan rajattua ja selkeän tarkoituksen omaavaa kehittämiskohdetta on yksinkertaisempi arvioida kuin laaja-alalaista vaikuttavuutta, joka käsittää useita intressiryhmiä (Kananen 2012, 156-157). ISBAR-viestintärunko on hyvin rajattu ja pieni kokonaisuus kehittämiskohteen tarkoituksena. Mutta moniammatillisen yhteistyön kehittymisen tavoite on jo laaja-alainen ja koskee useita intressiryhmiä kahdessa erilaisessa toimintayksikössä. Ennen muuta moniammatillisen yhteistyön kehittämällä on vaikutuksia yhdessä hoidettaviin saattohoitopotilaisiin. Viestintärungon vaikutuksista on tarkoitus kerätä haastattelemalla kokemuksia syksyn 2018 aikana. Toivottavaa olisi saada myöhemmin laajempi opinnäytetyö viestintärungon käyttökokemuksista

sekä moniammatillisen yhteistyön vaikuttavuudesta. Moniammatillisen yhteistyön vaikuttavuutta voisi tutkia sekä potilaiden että henkilökunnan näkökulmasta.

Opinnäytetyö on luonut YAMK-opiskelija, projektipäällikölle kattavan oppimiskokemuksen projekteista, projektijohtajuudesta ja niiden edellyttämästä kurinalaisuudesta. Kehittämistehtävä itsessään on tuonut uudenlaista näkökulmaa omaan työhön ja etenkin yhteistyöhön Länsi-Suomen Diakonialaitoksen saattohoitokodin kanssa. Läheinen toiminta kehittämisprojektin yhteydessä on avannut uusia suhteita moniammatillisen yhteistyön sekä ammatillisen kehittymisen ja saattohoidon kehittämisen kannalta.

## LÄHTEET

- Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 1994. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. 1.-4. painos. Helsinki: WSOY.
- Alolayan, A., Alkaiyat, M., Ali, Y., Alshami, M., Al-Surimi, K. & Jazieh, A-R. 2017 Improving physician's hand over among oncology staff using standardized communication tool. *BMJ Quality Improvement Reports*; 6.
- Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. *Artefakta* 19. Hamina: Akatiimi Oy.
- Anttonen, M. S. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Substanttiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tamperensis* 2148. Väitöskirja. Viitattu 12.02.2017 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0066-1>
- Aubin, M., Giguère, A., Martin, M., Verreault, R., Fitch, M. I., Kazanjian, A. & Carmichael, P. H. 2012. Interventions to improve continuity of care in the follow-up of patients with cancer. *Cochrane Library, Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Beckett, C. & Kipnis, G. 2009. Collaborative Communication: Integrating SBAR to Improve Quality / Patient Safety Outcomes. *Journal for Healthcare Quality* 31, 19-28. Viitattu 8.3.2018 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1945-1474.2009.00043.x/epdf>
- Bellamy, A., Fiddian, M. & Nixon, J. 2006. Case reviews: promoting shared learning and collaborative practice. *International Journal of Palliative Nursing* 12, 158-162.
- Blom, L., Petersson, P., Hagell, P. & Westergren, A. 2015. The Situation, Background, Assessment and Recommendation (SBAR) Model for Communication between Health Care Professionals: A Clinical Intervention Pilot Study. *International Journal of Caring Sciences* 8, 530-535.
- Blomgren, K. & Pauniahho, S-L. 2013. Terveysthuollon tarkistuslistat. Teoksessa L-M. Aaltonen & P. Rosenberg (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Duodecim; 274-292.
- Boaro, N., Fancott, C., Baker, R., Velji, K. & Andreoli, A. 2010. Using SBAR to improve communication in interprofessional rehabilitation teams. *Journal of Interprofessional care* 24, 111-114.
- Corley, A. & Spooner, A. 2016. The use of evidence based handover tools to improve communication during nursing handover. *The World of Critical Care Nursing* 10, 23-24.
- Duckworth, R. 2016. Five Ways to Perfect the Patient Handoff. It's a perilous transition for the patient; here's how to help it go smoother. *EMSWORLD.com*, 38-44, 64.
- Erätuuli, M., Leino, J. & Yli-Luoma, P. 1994. Kvantitatiiviset analyysimenetelmät ihmistieteissä. Helsinki: Kirjayhtymä.
- ETENE. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. 2003. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti.
- Gibson, F. 2009. Multiprofessional collaboration in children's cancer care: believed to be a good thing but how do we know when it works well? *European Journal of Cancer Care* 18, 327-329.
- Haavisto, E. 2013. Henkilöstö – turvallisen sairaalan perusta. Teoksessa L-M, Aaltonen & P, Rosenberg (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Duodecim; 316-320.
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita. 9. uudistettu painos.

Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito: haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Häyrinen, K. 2011. Kliininen tieto hoitoprosessissa. Tarkoituksenmukaisen moniammatillisen tietomallin kehittämien. Itä-Suomen yliopisto. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Social Sciences and Business Studies No 27. Väitöskirja.

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteenlaitoksen julkaisuja 2012:18. Väitöskirja.

Isola, M. 2008. Onnistunut muutos. Edellytykset ja osatekijät. Turun kauppakorkeakoulu. Liiketaloustiede. Johtamisen ja organisoinnin pro gradu tutkielma.

Jalonen, P., Manninen, P., Rautio, M. & Savinainen, M. 2009. Moniammatillinen yhteistyö kompastuu asenteisiin. Suomen lääkärilehti 64, 4236-4237.

Jauhiainen, V. 2009. Organisaation sisäiset potilassiirrot teho- ja vuodeosastojen sairaanhoitajien kuvaamana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Kananen, J. 2011. Kvantti: Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 118. Jyväskylä.

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännönopas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 134. Jyväskylä.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY pro Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Katajamäki, E. 2010. Moniammatillisuus ja sen oppiminen. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 1537. Väitöskirja.

Kettunen, T. & Gerlander, M. 2013. Viestintä terveydenhuollon vuorovaikutussuhteissa. Teoksessa L-M, Aaltonen & P, Rosenberg (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Duodecim; 293-314.

Kinnunen, M. & Helovuori, A. 2014. Potilasturvallisuuden varmistaminen. Sairaanhoitajan käsikirja. Terveystieteet: Kustannus Oy Duodecim.

Kitney, P., Tam, R., Bennett, P., Buttigieg, D., Bramley, D. & Wang, W. 2016. Handover between anaesthetists and post-anaesthetic care unit nursing staff using ISBAR principles: A quality improvement study. Journal of Perioperative Nursing in Australia 29, 30-35.

Kotisairaalan toiminta-ajatus. 2011.

Kotisairaalan toiminta suunnitelma. 2014.

Kuusisto, A. 2018. Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen sähköisen hoitotyön yhteenvedon avulla. University of Eastern Finland. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Social Sciences and Business Studies No 165. Väitöskirja.

Kvarnström, S. & Cedersund, E. 2006. Discursive patterns in multiprofessional healthcare teams. Journal of Advanced Nursing 53, 244-252.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992 / 785. 1992. Viitattu 15.11.2017. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi).

- Leonard, M., Graham, S. & Bonacum, D. 2004. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care* 13, 85-90.
- Leppäaho, T. 2016. Omaishoitajien tuen tarpeet ja niihin vastaamista edistävät tekijät syöpäpotilaiden fyysisessä kotisaattohoidossa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Long, K. D. Le. 2016. Evidence Summary: Patient Transfer (Intra-Hospital). The Joanna Briggs Institute. Best Practice Recommendations.
- Louhiala, P. & Launis, V. 2009. Parantamisen ja hoitamisen etiikka. Helsinki: Edita.
- Länsi- Suomen Diakonialaitos. Viitattu 18.02.2012. <http://www.pdl.fi/lansi-suomen-diakonialaitos/>
- Marshall, S.D., Harrison, J.C. & Flanagan, B. 2012. Telephone referral education, and evidence of retention and transfer after six-months. Research article. *BMC Medical education* 12/38.
- Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2. uudistettu painos. Helsinki: International Methelp Ky.
- Miinalainen, R. 2017. Porin kotisairaalan henkilökuntarakenne. Email heli.korkeakoski(at)edu.turkuamk.fi 15.2.2017.
- Mikkonen, S. 2014. Potilaan luovutusprosessi ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan välillä. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu -tutkielma.
- Mäntyneva, M. 2016. Hallittu projekti. Jäntevästä suunnittelusta menestykselliseen toteuttamiseen. Helsinki: Kauppakamari.
- Niemi, P. 2016. Moniammatillinen yhteistyö terveydenhuollossa – strategiana huipputiimit ja mielenrauha. Tampereen yliopisto. Johtamistieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.
- O'Donoghue, D. 2011. Achieving quality: the need for a multiprofessional approach. *Journal of renal nursing* 3, 110-114.
- O'Hanrahan, K. & Molloy, H. 2013. Communication is key. ISBAR stickers may improve communication within multidisciplinary teams, ensuring accurate handover of information between shifts. *WIN* 21, 46-47.
- Oikarinen, A., Hirvonen, L., Saarela, K., Salmensalo, M., Tiuraniemi, S., Kyngäs, H. & Tuomisto, S. 2018. Hoitohenkilökunnan tuki syöpäpotilaille palliatiivisen hoidon aikana. Hoitotyön tutkimussäätiö. Näyttövinkki 4/2018. Viitattu 28.2.2018. [http://www.hotus.fi/system/files/Nayttovinkki-2018-4\\_final.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/Nayttovinkki-2018-4_final.pdf)
- Paane-Tiainen, T. 2013. Murtuuko muuri. Lääkäriverkko pyrkimyksenä muuttaa alueellista yhteistyötä Kymenlaakson sairaanhoitopiirissä. Helsingin yliopisto. Käyttätymistieteiden laitos. Kasvatustieteellisiä tutkimuksia 248. Väitöskirja.
- Peltomäki, A. 2017. Saattohoitokodin henkilökunta. Email heli.korkeakoski(at)edu.turkuamk.fi 15.2.2017.
- Pihlainen A. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. Viitattu 28.3.2018. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3033-9>
- Pohjolainen, T. & Mikkelsen, M. 2015. Moniammatillinen tiimitoiminta. Terveysportti: Kustannus Oy Duodecim.
- Pudas-Tähkä, S-M. 2018. Saattohoitokodin henkilökunta. Email heli.korkeakoski(at)edu.turkuamk.fi. 21.3.2018.

Randmaa, M., Mårtensson, G., Leo Swenne, C. & Engström, M. 2014. SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ Open* 4, 1-8.

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2011. Tutkimuksen voima-  
sanat. Helsinki: WSOYpro Oy.

Saaren-Seppälä, T. 2004. Yhteisen potilaan hoito. Tutkimus organisaatorajat ylittävästä yhteis-  
toiminnasta sairaalan, terveyskeskuksen ja lapsipotilaiden vanhempien suhteissa. Tampereen  
yliopisto, Terveystieteenlaitos; Helsingin yliopisto, Toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuk-  
sen yksikkö. *Acta Universitatis Tamperensis* 1052. Väitöskirja.

Salmelainen, U. 2008. Tiedon välittyminen ja rakentuminen kuntoutuksessa. Moniammatillinen  
asiantuntijayhteistyö ikäihmisten laitosmuotoisessa kuntoutuksessa. Kelan tutkimusosasto. Sosi-  
aali- ja terveysturvan tutkimuksia 98. Väitöskirja.

Scovell, S. 2010. Role of the nurse-to-nurse handover in patient care. *Nursing standard* 24, 35-  
39.

Smeulers, M., Lucas, C. & Vermeulen, H. 2014. Effectiveness of different nursing handover styles  
for ensuring continuity of information in hospitalised patients. *Cochrane Library: Cochrane Data-  
base of Systematic Reviews*.

Stewart, K. & Hand, K. 2017. SBAR, Communication, and Patient Safety: An Integrated Literature  
Review. *Medsurg Nursing* 26, 297-305.

Surakka, T., Mattila, K-P., Åstedt-Kurki, P., Kylmä, J. & Kaunonen, M. 2015. Palliatiivinen hoito-  
työ. Parantumattomasti sairas ja hänen perheensä. Helsinki: Fioca Oy.

Tähtinen, J., Laakkonen, E. & Broberg, M. 2011. Tilastollisen aineiston käsittelyn ja tulkinna-  
n perusteita. Turun yliopiston kasvatustieteiden laitos ja Opettajankoulutuslaitos. Turun yliopiston  
kasvatustieteiden tiedekunnan julkaisu C: 20.

Vaarala, L. 2016. Saattohoidon toimijoiden yhteistyön kehittäminen Turussa. Turun ammattikor-  
keakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Opinnäytetyö (YAMK).

Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Virtanen, P. 2009. Projekti strategian toteuttajana. Helsinki: Tietosanoma.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asia-  
kaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekes. Tekesin katsaus 281/2011.  
Helsinki.

Weller, J., Boyd, M. & Cumin, D. 2014. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to  
effective teamwork in healthcare. *Review. Postgrad Med J* 90, 149-154.



## SÄHKÖINEN KYSELYLOMAKE

### 1. Työyksikkö

- Kotisairaala  
 Diakonialaitoksen saattohoitokoti

### 2. Työkokemus nykyisessä työpaikassa

- 0-5 vuotta  
 6-10 vuotta  
 11-15 vuotta  
 16-20 vuotta

### 3. Suullinen viestintä/raportointi Porin kotisairaalan ja Diakonialaitoksen saattohoitokodin välillä on tällä hetkellä:

	1=täysin samaa mieltä	2=lähes täysin samaa mieltä	3=e samaa eikä eri mieltä	4=lähes täysin eri mieltä	5= täysin eri mieltä
selkeää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ymmärrettävää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
informatiivista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kattavaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

kiireetöntä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sujuvaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ajantasaista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ammattitaitoista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
opettavaa (tiedollisesti ja taidollisesti)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vuorovaikutuksellista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
välittää tutkimukselliseen näyttöön perustuvaa tietoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
potilaan yksilöllisyyttä korostavaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
potilaan kokonaisvaltaisen hoidon mahdollistavaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
välittää/ottaa huomioon potilaan toiveet hoitonsa suhteen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
huomioi omaisten osuuden moniammatillisessa yhteistyössä (esim: päätöksenteko ja siihen tarvittavan tiedon saanti)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
huomioi omaiset potilaan hoidossa (esim: omaisten valmius saattohoitoon kotona)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
huomioi omaisten toiveet potilaan hoidon suhteen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
huomioi omaisten jaksamisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Tähän voitte kirjoittaa vapaasti ajatuksia / mielipiteitä yksiköiden välisestä viestinnästä tällä hetkellä.

---



---

## 5. Kuinka tärkeitä seuraavat asiat ovat viestinnässä / raportoinnissa potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen?

	1=erittäin 2=melko 3=siltä 4=melko 5=täysin				
	tärkeä	tärkeä	väliltä	tarpeeton	tarpeeton
diagnoosi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
siirron syy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sairauden vaihe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tehdyt toimenpiteet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
onkologiset hoidot (jatkuvat, tauko, lopetettu)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kontakti onkologialle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DNR/ER-päätös	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
saattohoitopäätös	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
oireet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lääkitys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kuka kotona vastaa lääkkeiden ottamisesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kuka kotona vastaa lääkkeiden jakamisesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
psykykinen tila	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
toimintakyky	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
apuvälineet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

sairaalasänky	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
uskonnollisuus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
monikulttuurisuus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
potilaan toivomukset hoidon suhteen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
potilaan toivomukset hoitopaikan suhteen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lähiomaiset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
omaisten osallistuminen hoitoon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
omaisten toivomukset hoidon suhteen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
omaisten toivomukset hoitopaikan suhteen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lapset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
alaikäiset lapset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
alaikäisten lasten tukeminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kotieläimet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kodin soveltuvuus fyysisesti potilaan hoitoon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
haetut tuet (esim: eläkkeensaajan hoitotuki, omaishoidontuki)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
haussa olevat tuet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c-lausunto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
korvattavuus lääkkeisiin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b-lausunto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

maksusitoumus ja sen voimassaolo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kontakti syöpäyhdistyksen hoitajaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vapaaehtoistyöntekijä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kotihoito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kotihoidon kanssa sovitut tehtävät	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kotihoidon käyntitiheys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Mitä muita asioita suullisen viestinnän Diakonialaitoksen saattohoitokodin ja Porin kotisairaalan välillä tulisi mielestänne sisältää?

---



---



---

7. Miten tärkeäksi koet seuraavat asiat suullisen viestinnän/raportoinnin kannalta moniammatillisessa yhteistyössä yksiköiden välillä?

1=erittäin 2=melko 3=siltä 4=melko 5=täysin

tärkeä tärkeä väliltä tarpeeton tarpeeton

toisen osapuolen tunteminen kasvojen perusteella	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
toisen osapuolen tunteminen henkilökohtaisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
toisen organisaation toimintatavan tunteminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

yksiköiden väliset tutustumispäivät	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
yhteiset koulutustilaisuudet tai tapaamiset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mahdollisuus konsultoida toisen yksikön henkilökuntaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
yksiköiden välinen työkierto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
työn vaihtotoiminta (määräaikainen vaihto toisen työyksikön työntekijän kanssa)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pyrkimys saattohoidon alueelliseen kehittämiseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pyrkimys henkilökohtaiseen oppimiseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
palautteen saaminen ja antaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
raportoinnin systematisoiminen/strukturointi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
avoin ilmapiiri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
osapuolten keskinäinen luottamus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ammattillinen yhteenkuuluvuuden tunne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
moniammatillisen yhteistyön mallin luominen yksiköiden välille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
esimiesten tuki yhteistyön kehittämiselle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
johdon tuki yhteistyön kehittämiselle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**8.** Millä muulla tavalla voisimme kehittää moniammatillista yhteistyötä yksiköidemme välillä?

---



---

---

**9. Mitä muita resursseja kehittämistoimenpiteet edellyttävät?**

---

---

---

## TUTKIMUSTIEDOTE

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää Porin kotisairaalan ja Länsi-Suomen Diakonilaitoksen saattohoitokodin hoitohenkilökunnan mielipiteitä saattohoitopotilaan hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden takaavasta viestinnästä sekä sen edellytyksistä. Tarkoituksena on hyödyntää tutkimuksen tuloksia luotaessa ISBAR -menetelmää soveltaen sisältörunko yksiköiden väliselle suulliselle viestinnälle.

Tutkimusaineisto kerätään strukturoidulla kyselylomakkeella, jossa on muutama avoin kysymys mahdollistamassa oman mielipiteen ilmaisun vastausvaihtoehdon puuttuessa. Aineisto analysoidaan kvantitatiivisesti ja se kerätään molempien yksiköiden potilaiden siirtoraportointiin osallistuvilta hoitohenkilökunnalta (N=36). Aineiston keruu tapahtuu marraskuussa 2017 viikoilla 46 ja 47 sähköisenä kyselynä. Aineistoa hyödynnetään opinäytetyönä toteutettavassa kehittämisprojektissa sisällön luomiseen ISBAR -menetelmän mukaiseen viestintärunkoon. Tutkimukselle on saatu lupa Länsi-Suomen Diakonilaitokselta 3.11.2017 ja Porin Perusturvasta 7.11.2017. Tutkimuksesta saa lisätietoja:

Heli Korkeakoski  
sairaanhoitaja, yamk-opiskelija  
Kliininen asiantuntija, syövänhoito  
0405321695  
heli.korkeakoski@edu.turkuamk.fi



## SAATEKIRJE

### Hyvä vastaaja

Kohteliaimmin pyydän Sinua vastaamaan liitteenä olevaan kyselyyn, jonka tavoitteena on selvittää Porin kotisairaalan ja Länsi-Suomen Diakonialaitoksen saattohoitokodin hoitohenkilökunnan mielipiteitä saattohoitopotilaan hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden taakavasta viestinnästä sekä sen edellytyksistä. Tarkoituksena on hyödyntää tutkimuksen tuloksia luotaessa ISBAR -menetelmää soveltaen sisältörunko yksiköiden väliselle suulliselle viestinnälle. Lupa aineiston keruuseen on saatu yksikönjohtaja Sanna-Mari Pudas-Tähkältä Länsi-Suomen Diakonialaitokselta 3.11.2017 ja Hoitotyön asiantuntija Kristiina Aallannolta Porin perusturvasta 7.11.2017.

Sinun vastauksesi ovat arvokasta tietoa. Vastaaminen on luonnollisesti vapaaehtoista. Kyselyn tulokset tullaan raportoimaan niin, ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa tuloksista. Ole ystävällinen ja vastaa 26.11.2017 mennessä sähköiseen kyselyyn.

Tämä kysely liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on Marjo Salmela, yliopettaja, Turun amk/Terveysala.

Vastauksistasi kiittäen

Heli Korkeakoski

Sairaanhoitaja/YAMK-opiskelija

Kliininen asiantuntija, syövänhoito

0405321695

heli.korkeakoski@edu.turkuamk.fi