

# Moniammatillinen yhteistyö erityistason palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa

## PAULIINA KESONEN

TtM, väitöskirjatutkija  
Tampereen yliopisto  
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta,  
Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede

## LEENA SALMINEN

TtT, Professori, sivutoiminen ylihoitaja  
Turun yliopisto,  
Lääketieteellinen tiedekunta,  
Hoitotieteen laitos  
Varsinais-Suomen hyvinvointialue

## ELINA HAAVISTO

THT, Hoitotieteen professori,  
sivutoiminen ylihoitaja  
Tampereen yliopisto,  
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta,  
Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede  
Pirkanmaan hyvinvointialue

## TIIVISTELMÄ

Moniammatillista yhteistyötä pidetään olennaisena osana yksilöllistä ja kokonaisvaltaista palliativista hoitoa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata moniammatillista yhteistyötä erityistason palliativisessa hoidossa ja sen muuttumista potilaan siirtyessä saattohoitoon. Tutkimus toteutettiin laadullisena kuvailevana tutkimuksena haastatteleamalla erityistason palliativisessa hoidossa työskentelevää sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä (n=50) touko-marraskuussa 2019. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Haastateltavat kuvasivat moniammatillista yhteistyötä palliativisessa hoidossa eri ammattilaisten osaamisen yhdistämisenä, yksilöllisistä tarpeista lähtevänä hoitona, moniammatillisen tiimin kommunikaationa ja ammatilliset rajat ylittävänä kollegiaalisuutena. Potilaan siirtyessä saattohoitoon haastateltavat kuvasivat moniammatillista yhteistyötä potilaan hoidon tarpeiden muuttumisena, tiimin yhteistyön tiivistymisenä, tuen tarpeen lisääntymisenä ja herkkyyden korostumisena yhteistyössä. Moniammatillisen tiimin jäsenten tulisi ymmärtää palliativisen hoidon luonne, jotta potilas saa tilanteestaan huolimatta tarvitsemansa hoidon, mutta hoidosta karsitaan kaikki epäolennainen pois. Kun potilas siirtyy saattohoitoon, yhteistyö tiimin sisällä tiivistyy.

## ABSTRACT

### Interprofessional teamwork in specialized palliative care and end-of-life care

*Pauliina Kesonen, MNSc, doctoral candidate  
Leena Salminen, PhD, Professor,  
Nurse Director (part-time)  
Elina Haavisto, PhD, Professor, Nurse Director  
(part-time)*

Interprofessional teamwork is an essential part when delivering individualized and holistic palliative care. The aim of this study was to describe interprofessional teamwork in specialized palliative care, and the changes in interprofessional teamwork when a patient is receiving end-of-life care. The study was conducted as a qualitative descriptive study by interviewing health and social care professionals (n=50) working in specialized palliative care. The data was analyzed using inductive content analysis. Participating professionals described interprofessional teamwork in palliative care as combining the expertise of different professionals, individualized need-based care, communication in interprofessional team and collegiality across professional boundaries. When a patient is receiving end-of-life care, participants described interprofessional teamwork as changes in patient's care needs, closer collaboration within the team, increased need for support and sensitivity highlighted teamwork. When working in interprofessional teams professionals should understand the nature of palliative care. Despite the patient's health situation professionals should provide the care patient needs, but they

Avainsanat: Moniammatillisuus, palliatiivinen hoito, saattohoito, laadullinen tutkimus

should avoid care that is not essential. Interprofessional teamwork becomes more intensive when a patient is receiving end-of-life care.

Key words: interdisciplinary health team, palliative care, hospice care, qualitative research

#### Mitä tutkimusaiheesta jo tiedetään?

- Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön välinen yhteistyö on palliatiivisen hoidon yksi kulmakivistä yksilöllisen ja kokonaisvaltaisen palliatiivisen hoidon tuottamiseksi.
- Toimivalla moniammatillisella yhteistyöllä mahdollistetaan potilaille turvallinen ja laadukas hoito.
- Potilaan lähenevä kuolema vaikuttaa myös heitä hoitaviin ammattilaisiin, ja he kaipaavat moniammatillisen tiimin tukea enenevissä määrin.

#### Mitä uutta tietoa artikkeli tuo?

- Jotta yhteistyö olisi sujuvaa, ammattilaisilta vaaditaan oman substanssiosaamisen lisäksi vahvaa palliatiivisen hoidon osaamista sekä tuntemusta omista ja muiden ammattilaisten rooleista ja vastuista potilaan hoidossa.
- Palliatiivisen hoidon kontekstissa kollegiaalisuus nähdään ammatilliset rajat ylittävänä toimintana.
- Siirtyminen saattohoitovaiheeseen tiivistää moniammatillisuuden lähinnä hoitajan ja lääkärin väliseksi yhteistyöksi, minkä lisäksi läheisen merkitys hoidossa korostuu.

#### Mikä merkitys tutkimuksella on hoitotyölle, hoitotyön koulutukselle ja johtamiselle?

- Potilas ja hänen läheisensä tulisi ottaa aktiivisemmin ja näkyvämmiin osaksi moniammatillista tiimiä yksilöllisen ja kokonaisvaltaisen palliatiivisen hoidon saavuttamiseksi.
- Moniammatillisen osaamisen ylläpitäminen ja vahvistaminen on tärkeää ammattiin valmistumisen jälkeen, koska se tukee tiimin toimintaa ja lisää kollegiaalisuutta tiimissä.
- Moniammatillisen tiimin jäsenten työssäjaksamisen tukemiseen on tärkeää kiinnittää huomiota, jotta he jaksavat tukea potilaita ja heidän läheisiään.

## Tutkimuksen lähtökohdat

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön välinen yhteistyö on palliatiivisen hoidon yksi kulmakivistä yksilöllisen ja kokonaisvaltaisen palliatiivisen hoidon tuottamiseksi (Käypähoito, 2019; Payne ym., 2022). Moniammatillisella yhteistyöllä tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten välistä yhteistyötä ja heidän tehtäviensä yhteensovittamista niin, että hoito on potilas- ja perhekeskeistä (Saarto ym., 2022). Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille on tunnustettu yhteisiä, hoitokontekstiin sitomattomia moniammatillisia osaamisvaatimuksia, jotta he voivat työskennellä tehokkaasti yhdessä. Näitä ovat esimerkiksi kom-

munikaatiotaidot, keskinäinen luottamus sekä tieto omasta ja muiden ammattilaisten tiedosta ja roolista potilaan hoidosta. (IPEC, 2016.) Palliatiivisessa hoidossa potilaan ja heidän läheistensä hoitoon osallistuu laaja kirjo eri toimijoita. Moniammatilliseen tiimiin kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten lisäksi esimerkiksi vapaaehtoisia ja seurakunnan työntekijöitä. (Käypähoito, 2019; Payne ym., 2022.)

Potilaan ja hänen läheistensä rooli on aktiivinen hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja jaettua päätöksentekoa pidetään olennaisena osana potilaskeskeistä palliatiivista hoitoa (Kuosmanen ym., 2021). Palliatiivisessa hoidossa potilaan läheiset voivat osallistua hoitoon monipuolisesti riippuen potilaan

hoidon tarpeista, läheisten omasta halusta sekä siitä, miten ammattilaiset huomioivat heidät osana hoitoa (Saarinen ym., 2021). Niin potilas kuin hänen läheisensäkin tarvitsevat moniammatillisen tiimin tukea ja erityisesti läheisillä tuen tarve tavallisesti lisääntyy potilaan kuoleman lähestyessä. On todettu, että moniammatillinen yhteistyö tulee toteuttaa palliatiivisessa hoidossa näkyvämmän, ja potilaita ja heidän läheisiään tulisi ottaa enemmän mukaan yhteistyöhön kuin mitä aikaisemmin on tehty. (Kesonen ym., 2022a.) Moniammatillista palliatiivista hoitoa suunniteltaessa on tärkeä huomioida potilaan heikkenevä vointi, sillä potilas ei välttämättä jaksa intensiivistä, eri ammattilaisten tuottamaa hoitoa, vaan saattaa päinvastoin rasittua siitä. Hoitoa suunniteltaessa on tärkeää pohtia lisäksi sitä, keiden ammattilaisten osaamista potilas tarvitsee, ettei moniammatillisen yhteistyön hyödyt käänny itseään vastaan ja potilaan hyvä elämänlaatu voidaan turvata. (Kesonen ym., 2022a.) Esimerkiksi puheterapeutin tai toimintaterapeutin rooli moniammatillisessa tiimissä palliatiivisen hoidon kontekstissa on herättänyt keskustelua (Payne ym., 2022).

Väestön ikääntymisen takia palliatiivisen hoidon tarve on suurempi kuin koskaan ja se tulee lisääntymään entisestään tulevina vuosina. Ihmisten eläessä pidempään myös sairaudet, kuten syöpä, lisääntyvät ja vuoteen 2060 mennessä palliatiivisen hoidon tarpeen oletetaan kaksinkertaistuvan maailmanlaajuisesti. (Connor, 2020.) Vuosittain arviolta noin 56,8 miljoonaa ihmistä maailmassa tarvitsee palliatiivista hoitoa (WHO, 2020). Suomessa kuolee vuosittain noin 55 000 ihmistä ja heistä ainakin noin 30 000 on palliatiivisen hoidon tarpeessa (Saarto ym., 2022). Palliatiivisessa hoidossa potilas ja hänen läheisensä ovat hoidon keskiössä. Ennusteesta huolimatta hoito on aktiivista, kokonaisvaltaista hoitoa, jonka tavoitteena on kohdata potilaan kaikki yksilölliset fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset, henkiset ja/tai hengelliset tarpeet. Hoidon tavoitteena on tur-

vata potilaan mahdollisimman hyvä elämänlaatu kuolemaan asti. (Saarto ym., 2022.) Yksilöllisen ennakoivan hoitosuunnitelman laatiminen potilaille ohjaa laadukkaaseen palliatiiviseen hoitoon aina potilaan kuolemaan saakka ja sitä päivitetään tarpeen vaatiessa (Kuusisto ym., 2021). Hoito jatkuu potilaan kuoleman jälkeen vainajan kunnioittavana kohtelemisena ja läheisten yksilöllisenä tukemisena (Saarto ym., 2022).

Palliatiivisella hoidolla on vaikutus myös itse moniammatilliseen tiimiin ja ammattilaisiin. Ammattilaisten näkökulmasta palliatiivisessa hoidossa eettisyys on suuremmissa roolissa moniammatillisessa yhteistyössä kuin niillä hoidon osa-alueilla, joilla potilaan ennustetaan paranevan (Kesonen ym., 2022b). Hoidon luonteen vuoksi esimerkiksi työhön liittyvä emotionaalinen ja eksistentiaalinen kuormitus lisääntyy (Barnett ym., 2022; Chan ym., 2016). Palliatiivisen hoidon ammattilaiset ovat kuvanneet myös turhautumista esimerkiksi siitä, miten heidän työtään leimataan negatiivisesti palliatiivisen hoidon luonteen vuoksi (Fisher ym., 2022). Moniammatillisen tiimin yhteenkuuluvuuden tunteella on kuvattu olevan suuri merkitys palliatiivisen hoidon toteutuksessa (Kesonen ym., 2022b). Ammattilaiset hakevat tiimin muista ammattilaisista tukea, mutta kuormittumista lisää se, jos tiimin sisällä on ristiriitoja (Fisher ym., 2022). Lisäksi tiedetään, että ammattilaisten tapa kohdata ja käsitellä kuolemaa vaihtelee yksilöllisesti (Chan ym., 2016; Fisher ym., 2022) ja se vaikuttaa koko tiimin toimintaan (Kesonen ym., 2022b).

Jokaisella palliatiivisen hoidon tarpeessa olevalla ihmisellä on ennusteestaan huolimatta oikeus hyvään ja laadukkaaseen elämän loppuvaiheen hoitoon (Saarto ym., 2022). Suomessa palliatiivinen hoito toteutetaan Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallisen laatusuosituksen (04/2022) ohjaamana kolmiportaisen mallin mukaisesti hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveyshuollon organisaatioissa: A eli perustason saat-

tohoidon yksiköt, B eli erityistason palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yksiköt, ja C eli vaativan erityistason palliatiiviset keskuksat. Tämän tutkimuksen kohderyhmänä on B eli erityistason palliatiivisessa hoidossa työskentelevät sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset. (Saarto ym., 2019.) Moniammatillinen yhteistyö on yksi tärkeä tekijä yksilöllisen ja kokonaisvaltaisen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteuttamisessa. Koska potilaan hoidon tarpeet ja tavoitteet muuttuvat saattohoitoon siirryttäessä, on tärkeää kuvata, miten muutos vaikuttaa moniammatilliseen yhteistyöhön. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten moniammatillista yhteistyötä ja siinä tapahtuvaa muutosta potilaan siirtyessä saattohoitoon ei ole tutkittu ammattilaisten näkökulmasta erityistason palliatiivisessa hoidossa Suomessa.

## **Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset**

Tämän laadullisen kuvailevan tutkimuksen tarkoituksena on kuvata moniammatillista yhteistyötä erityistason palliatiivisessa hoidossa ja sen muuttumista potilaan siirtyessä saattohoitoon. Tutkimuskysymykset olivat:

1. Millaista on moniammatillinen yhteistyö erityistason palliatiivisessa hoidossa?
2. Miten moniammatillinen yhteistyö muuttuu potilaan siirtyessä saattohoitoon?

Tutkimuksen tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä moniammatillista palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa. Lisäksi sen avulla voidaan kehittää sosiaali- ja terveysalan tutkintoon johtavaa koulutusta ja täydennyskoulutusta. Tutkimus on osa laajempaa hoitotieteellistä ”Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon näyttöön perustuvat käytänteet ja hoitohenkilökunnan osaaminen” -tutkimushanketta, jonka tavoitteena on kehittää mit-

tareita arvioimaan hoitokäytänteitä ja osaaamista, sekä kehittää koulutuksen sisältöjä.

## **Tutkimusaineisto ja menetelmät**

### *Tutkimuksen osallistujat*

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat erityistason palliatiivisessa hoidossa työskentelevät sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset, jotka valittiin tutkimukseen tarkoituksenmukaista otantaa käyttäen (Elo ym., 2014). Yhteensä viisi eri yksikköä; neljä palliatiivisen hoidon osastoa ja yksi palliatiivinen poliklinikka, neljältä eri hyvinvointialueelta (ent. sairaanhoitopiiri) Suomesta osallistui tutkimukseen. Tutkimukseen osallistumisen kriteerinä oli työskentely erityistason palliatiivisessa hoidossa ja hoitohenkilökuntaan kuuluminen (sairaanhoitaja, lähihoitaja, perushoitaja, lääkäri tai sosiaalityöntekijä). Tutkimusryhmä piti tutkimukseen osallistuvissa yksiköissä informaatiotilaisuuden, jossa kerrottiin käynnissä olevasta tutkimuksesta ja ammattilaisilla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimukseen liittyen.

### *Aineistonkeruu*

Aineisto kerättiin puolistrukturoiduilla teemahaastatteluilla touko-marraskuussa 2019. Haastattelujen toteutus vaihteli ammattiryhmien mukaan. Hoitajien haastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluina lukuun ottamatta yhtä parihaastattelua, mikä johtui äkillisesti muuttuneesta osastotilanteesta haastattelun toteutusajankohtana. Haastatteluista sovittiin yhdessä osastonhoitajan kanssa, jotta haastattelut sopivat osaston aikatauluun mahdollisimman hyvin ja halukkaat hoitajat osallistuivat sovittuna aikana ryhmähaastatteluun. Ryhmähaastattelua käytettiin, jotta haastattelut rohkaisuivat pohtimaan tutkittavaa asiaa syvällisemmin toistensa kommenttien johdosta rikastuttaen näin aineistoa. Lääkäreiden ja sosiaalityöntekijöiden haastattelut

Taulukko 1. Haastattelujen toteutus ja osallistujamäärät

Ammattilaiset	Haastattelumuoto	Osallistujamäärä
Sairaanhoitajat (n=27)	Ryhmähaastattelu	6
	Ryhmähaastattelu	5
	Ryhmähaastattelu	4
	Ryhmähaastattelu	4
	Ryhmähaastattelu	3
	Ryhmähaastattelu	3
	Parihaastattelu	2
Lähi- ja perushoitajat (n=13)	Ryhmähaastattelu	5
	Ryhmähaastattelu	4
	Ryhmähaastattelu	4
Lääkärit (n=5)	Yksilöhaastattelu	3
	Parihaastattelu	2
Sosiaalityöntekijät (n=5)	Yksilöhaastattelu	5

toteutettiin yksilö- ja parihaastatteluina, koska näitä ammattiryhmiä on yksiköissä vähäinen määrä. (Taulukko 1.) (Parahoo, 2014.) Lääkärit ja sosiaalityöntekijät ottivat yhteyttä tutkijoihin ilmoittaen halukkuutensa osallistua tutkimukseen, jonka jälkeen sovittiin haastattelu-aika. Lukuun ottamatta yhtä lääkärin yksilöhaastattelua, mikä pidettiin puhelimitse, haastattelut toteutettiin yksiköissä.

Haastateltavia pyydettiin kuvailemaan moniammatillista yhteistyötä erityistason palliatiivisessa hoidossa ja sen muuttumista potilaan siirtyessä saattohoitoon. Jos he kokivat yhteistyön muuttuvan, heitä pyydettiin kuvailemaan miten. Haastattelu pilotoitiin ja pilotointiaineisto otettiin mukaan tutkimuksen lopulliseen aineistoon, koska muutostarpeita haastattelun teemoihin ei havaittu. Neljä eri tutkimusryhmän jäsentä toteutti haastattelut, koska yksiköt sijaitsivat maantieteellisesti laajalla alueella. Haastattelujen kesto vaihteli toteutustavan mukaan. Yksilöhaastattelujen kesto vaihteli 29 minuutista 63 minuuttiin, pari- ja ryhmähaastattelujen kesto vaihteli 37 minuutista kahteen tuntiin 53 minuuttiin. Haastatteluajat kuvaavat koko tutkimushankkeen haastattelujen kokonaisaikoja, ei pelkästään moniammatillista yhteistyötä koske-

via kysymyksiä. Haastattelut nauhoitettiin haastateltavien luvalla ja tallenteet litteroitiin sanatarkasti Word-ohjelmaa käyttäen. Moniammatillista yhteistyötä koskevaa litteroitua aineistoa kertyi 64,5 sivua (fontti Times New Roman, koko 12, riviväli 1,5).

#### *Aineiston analyysi*

Tutkimuksen aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä, koska se soveltuu hyvin käsityksien tutkimiseen (Graneheim ym., 2017). Yksi tutkimusryhmän tutkijoista analysoi aineiston (PK), mutta tutkimusryhmässä käytiin keskustelua koko analyysiprosessin ajan analyysin luotettavuuden takaamiseksi (EH ja LS). Aluksi haastatteluaineisto luettiin läpi useaan kertaan, jotta saatiin kokonaiskuva aineistosta, jonka jälkeen tutkimuskysymyksiin sopivat alkuperäisilmaisut tunnistettiin aineistosta. Alkuperäisilmaisut pelkistettiin niin, että alkuperäisilmaisujen olennainen sisältö säilyi. Sisällöllisesti samankaltaiset ilmaisut yhdistettiin samoiksi alaluokiksi. Alaluokat ryhmiteltiin sisällön perusteella yläluokiksi ja luokat nimettiin sisältöä kuvaavilla käsitteillä (Taulukko 2). (Lindgren ym., 2020.)

Taulukko 2. Esimerkki analyysin etenemisestä tutkimuskysymyksessä 1.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
<p>”Tavallaan se, että vaikka ollaan eri ammattikunnan edustajia niin jokaisella on se oma viitekehjyksensä tähän ja niin kuin teoreettinen näkökulma...”</p> <p>”Ja jokainen tuo sen oman osaamisensa ja erikoisalansa siihen...”</p> <p>”...ja jokaisella ammattiryhmällä on omat tärkeät tehtävänsä ja nimenomaan, että se palliatiivinen hoito niin kuin parhaimmillaan on moniammatillista...”</p>	<p>Jokaisella ammattilaisella on oma teoreettinen näkökulmansa palliatiivisessa hoidossa.</p> <p>Jokainen ammattilainen tuo kokoukseen oman osaamisensa.</p> <p>Moniammatillisuudessa jokaisella ammattiryhmällä on oma tärkeä tehtävä.</p>	Ammatillinen substanssi-osaaminen	<b>Eri ammattilaisten osaamisen yhdistäminen</b>
<p>”Kun tämä on kuitenkin niin oma erikoisalansa sitten kumminkin.”</p> <p>”Että välillä huomaa, jos on vaikka päivystävän lääkärin kanssa tekemisissä niin välttämättä sitä palliatiivisen saattohoidon osaamista ei ole niin paljon.”</p> <p>”Eihän meillä ole erityispätevyyden omaavia lääkäreitä ympäri vuorokauden, jolloin se hoitajan merkitys korostuu.”</p>	<p>Palliatiivinen/saattohoito on oma erikoisalansa.</p> <p>Päivystävillä lääkäreillä ei ole välttämättä palliatiivisen hoidon osaamista.</p> <p>Hoitajan merkitys korostuu, kun erityispätevyyden omaavia lääkäreitä ei ole ympäri vuorokauden.</p>	Palliatiivisen hoidon osaaminen	

Taulukko 3. Tutkimukseen osallistujien taustatiedot, työkokemus ja palliatiiviseen hoitoon liittyvä lisäkoulutus

Ammattiryhmä	Määrä N=50 (%)	Ikä vuosina, ka (vaihteluväli)	Työkokemus vuosina, ka (vaihteluväli)	Työkokemus palliatiivisessa hoidossa vuosina, ka, (vaihteluväli)	Palliatiiviseen hoitoon liittyvä lisäkoulutus n (%)
Sairaanhoitaja	n=27 (54)	42,4 (24-60)	14,6 (<1-37)	4,6 (<1-19)	17 (63)
Lähi- tai perushoitaja	n=13 (26)	40,6 (19-59)	13,0 (1,75-36)	4,4 (<1-13)	8 (62)
Lääkäri	n=5 (10)	51,2 (40-62)	23,4 (12-34)	6,3 (1,5-16)	5 (100)
Sosiaalityöntekijä	n=5 (10)	52,4 (47-56)	13,4 (2-22,4)	3,9 (<1-10)	0 (0)

### Eettiset näkökohdat

Tutkimus suunniteltiin, toteutettiin ja raportointiin hyviä tieteellisen tutkimuksen käytänteitä noudattaen (TENK, 2021). Tutkimukselle haettiin ja saatiin Turun yliopiston ihmistieteiden eettisen toimikunnan puoltava lausunto (15/2019). Kohdeorganisaatioilta saatiin tutkimusluvut haastattelujen toteuttamiselle. Ennen tutkimukseen osallistumista mahdollisille osallistujille kerrottiin tutkimushankkeesta. Osallistujat saivat tutkimustiedotteen, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteista. Halutessaan he saivat luettavaksi myös tutki-

muksen tietosuojailmoituksen. Tutkimukseen osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja luottamuksellisuuteen. Osallistujat allekirjoittivat tietoon perustuvan suostumuksen ennen tutkimushaastatteluun osallistumista. Heille kerrottiin mahdollisuudesta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä vaiheessa tutkimusta tahansa. Haastattelut tallennettiin tutkimukseen osallistuvien suostumuksella ja aineistoa säilytettiin tietoturvasääntöjen mukaisesti verkkolevyllä, jonne ainoastaan tutkimusryhmällä oli pääsy. Raportointivaiheessa suorat lainaukset kirjoitettiin puhekielen sijaan kirjakielillä vastaajien tunnistamisriskin minimoimiseksi.

## Tulokset

### *Tutkimukseen osallistuneiden ammattilaisten taustatiedot*

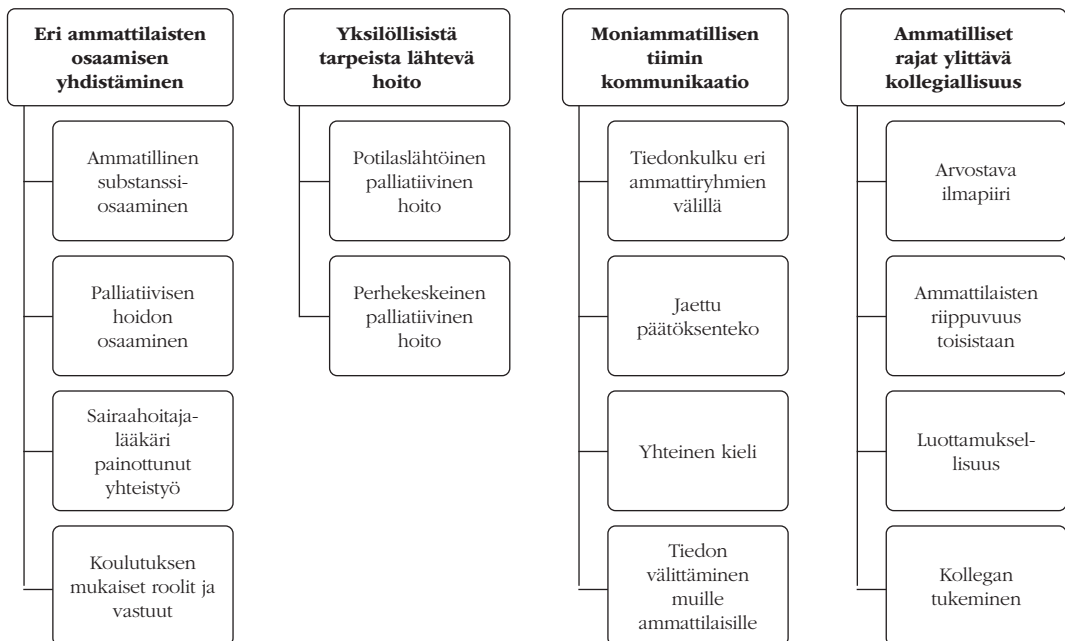
Tutkimukseen osallistui 50 erityistason palliatiivisessa hoidossa työskentelevää sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaista. Ammattilaisilla oli työkokemusta alalta keskimäärin 14 vuotta 11 kuukautta ja palliatiivisesta hoidosta neljä vuotta kuusi kuukautta. Palliatiiviseen hoitoon liittyvä lisäkoulutus vaihteli ammattiryhmittäin; noin 60 % perus- ja lähihoitajista sekä sairaanhoitajista ja kaikki lääkärit olivat osallistuneet lisäkoulutukseen. Lisäkoulutus vaihteli yksittäisistä luennoista tutkinnon jälkeisiin erikoistumiskoulutuksiin. Sosiaalityöntekijöistä kukaan ei ollut saanut lisäkoulutusta palliatiiviseen hoitoon liittyen. (Taulukko 3).

### *Moniammatillinen yhteistyö erityistason palliatiivisessa hoidossa*

Moniammatillinen yhteistyö palliatiivisessa hoidossa kuvattiin **eri ammattilaisten osaamisen yhdistämisenä, yksilöllis-**

**tä tarpeista lähtevänä hoitona, moniammatillisen tiimin kommunikaationa ja ammatilliset rajat ylittävänä kollegiaalisuutena** (Kuvio 1).

Moniammatillinen yhteistyö erityistason palliatiivisessa hoidossa on **eri ammattilaisten osaamisen yhdistämistä**. Jokaisella ammattilaisella on oma teoreettinen näkökulmansa, oma **ammattillinen substanssiosaamisensa** potilaan hoidossa. Eri ammattilaisten läsnäoloa potilaan hoidossa pidettiin tärkeänä, koska jokaisella ammattilaisella on oma tärkeä tehtävänsä potilaan hoidossa ja he tuovat moniammatilliseen tiimiin oman osaamisensa esimerkiksi hoitokokouksissa. Eri alojen ammattilaisten näkemykset koettiin omaa näkemystä ja mieltä avartavana, omaa osaamista kehittävänä ja lisäksi yleisesti arvokkaana. Substanssiosaamisen lisäksi ammattilaisilta vaaditaan **palliatiivisen hoidon osaamista**, mikä on oma erikoisalansa. Palliatiivisessa hoidossa työskenneltäessä ammattilaisten tulee tietää ne hoidon tavoitteet, mitkä ohjaavat palliatiivista hoitoa ja erilaiset keinot,



Kuvio 1. Moniammatillinen yhteistyö palliatiivisessa hoidossa

miten palliatiivisessa hoidossa olevaa potilasta voidaan auttaa. Ongelmia kohdattiin usein päivystävien lääkäreiden kanssa, joilla ei ole palliatiivisen hoidon osaamista. Tämä lisäsi muiden ammattilaisten kuormaa ja korosti hoitajan roolia potilaan hoidossa, kun lääkirillä ei ole palliatiivisen lääketieteen erityispätevyyttä. Lisäksi se kasvatti kynnystä kysyä päivystäviltä lääkäreiltä tukea potilaan hoitoon liittyvissä asioissa. Ammatillaiset kuvasivat moniammatillisuuden olevan eri ammattilaisten asiantuntijuuden yhdistämistä ja siinä eri koulutustautan omaavat ammatillaiset muodostavat keskenään hoitotiimin. Heidän mukaansa **sairaanhoidaja-lääkäri painottunut yhteistyö** on palliatiivisessa hoidossa moniammatillisen tiimin keskiö. Kuitenkin muiden ammattilaisten osallisuus hoidossa nähtiin yhtä tärkeänä, vaikka hoitoon osallistuminen olisikin määrällisesti vähäisempää. Moniammatillisessa yhteistyössä jokaisella ammatillisella on **koulutuksensa mukaiset roolit ja vastuut** potilaan hoidossa. Moniammatillisessa tiimissä voi olla monia eri ammattilaisia, kuten lähi- ja sairaanhoitajia, eri lääketieteen erikoisalojen osaajia, psykiatrinen sairaanhoitaja, psykologi, sosiaalityöntekijä, kuntoutusohjaaja ja sairaalapastori. Jokainen ammattilainen on mukana tiimissä ja tuo oman osaamisensa potilaan hoitoon. Koulutustautan vuoksi ammatillisille määräytyy erilaisia tehtäviä, rooleja ja vastuita, kuten esimerkiksi ei elvytetä -päätös on lääkärin tehtävä. Oman roolinsa lisäksi ammatillisilla pitää olla ymmärrys muiden ammattilaisten rooleista ja niiden vaikutuksista omaan työhön, kuten esimerkiksi, jos hoitaja tunnistaa potilaan tarvitsevan palliatiivista sedaatiota, hän ei voi antaa lääkkeitä ennen lääkärin määräystä. Jokaisen tiimin jäsenen tulisi olla tietoinen toisten ammattilaisten roolista potilaan hoidossa ja tarvittaessa pyytää apua tai tehdä aloitteita edistääkseen potilaan saamaa hoitoa, jos ei voi toimia oman koulutuksensa rajoissa. Eräs sairaanhoitajista ki-

teytti moniammatillisen yhteistyön tärkeyden palliatiivisessa hoidossa:

*”Äärettömän tärkeääbän se on, että ei tästä yksi ammattiryhmä pitkälle pääse.”  
Sairaanhoidtajaryhmä nro 2.*

Potilas on moniammatillisen yhteistyön keskiössä. **Yksilöllisistä tarpeista lähtevässä hoidossa** moniammatillisen tiimin yhteisenä tavoitteena on tarjota mahdollisimman hyvää palliatiivista hoitoa potilaalle. Ammatillaiset kuvasivat, miten **potilaslähtöisessä palliatiivisessa hoidossa** hoidon tarpeet voivat olla fyysisiä, henkisiä, hengellisiä ja sosiaalisia. Moniammatillisen tiimin eri osajia hyödynnetään potilaan hoidossa tarpeiden mukaisesti ja niin, että hoidon tarpeet tulevat täytetyksi riittävän laajasti. Ammatillaiset kokivat, että hoidon alussa on tärkeää, että eri ammattilaisia osallistuu muun muassa hoitokokoukseen. Eräs lääkäri kuvasi moniammatillista yhteistyötä suhteessa potilaan hoidon tarpeisiin seuraavasti:

*”...jokaisella ammattiryhmällä on omat tärkeät tehtävänsä ja nimenomaan, että se palliatiivinen hoito parhaimmillaan on moniammatillista, että se potilas tulee riittävän kattavasti kohdatuksi ja ongelmat tulevat riittävän laajasti arvioiduksi ja toivon mukaan jotkut ongelmat jopa ratkeavat.” Lääkäri nro 3.*

Kun potilaan yksilölliset hoidon tarpeet alkavat muotoutua, voidaan eri ammatillaisen määrää potilaan hoidossa vähentää. Palliatiivisesta hoitopäätöksestä huolimatta eri ammattiryhmiä tulee konsultoida potilaan elämän laadun turvaamiseksi ja eri ryhmien ammatillaiset osallistuvat hoitoon potilaan tarpeiden mukaisesti. Esimerkiksi palliatiivisessa hoidossa oleva potilas tulee viedä hammaslääkäriin tarpeen vaatiessa. Ammatillaiset kuvasivat, että monet erityistyöntekijät, kuten fysioterapeutit, sosiaalityöntekijät ja papit tekevät samanaikaisesti töitä palliatiivisen hoidon lisäksi myös muis-

sa yksiköissä. Tämä aiheuttaa haasteita heidän osallistumisessaan potilaan hoitoon ja moniammatilliseen yhteistyöhön. Yksi sairaanhoitajista kuvasi, miten muiden yksiköiden kotiutuvat potilaat menevät palliatiivista hoitoa saavien potilaiden edelle:

*”Päiväsairaalan kanssa (yhteinen) ja kenen muun, mutta että jos joltain osalta puuttuu fysioterapeutti niin hän ei tule meille sitten ollenkaan. Nämä (potilaat), jotka lähtevät kotiin, niin menevät niin kuin meidän potilaiden edelle. Se on sellainen iso barmitus.” Sairaanhoidajaryhmä nro 3.*

**Perhekeskeinen palliatiivinen hoito** tarkoittaa sitä, että läheiset otetaan potilaan rinnalle osaksi hoitotiimiä. Moniammatillinen yhteistyö on asioiden pohtimista myös läheisten parhaaksi, koska hoito voi jatkua myös potilaan kuoleman jälkeen ja potilaan läheiset voivat tarvita esimerkiksi sosiaalityöntekijän asiantuntemusta.

Moniammatilliseen yhteistyöhön sisältyy **moniammatillisen tiimin kommunikaatio**. Ammatillaiset kuvasivat yhteistyön olevan **tiedonkulkua eri ammattiryhmien välillä**. Jokaisen ammattilaisen on tärkeä olla tietoinen potilaan hoidosta ja tietojen vaihto nähtiin myös tärkeänä osana kokonaisvaltaista hoitoa. Hoitajien rooli tiedon välittäjänä oli suuri ja heidät nähtiinkin linkkinä eri ammattilaisten, potilaan ja läheisten välillä. Myös vaihtoehtoisuus korostuu moniammatillisessa tiimissä ja ammattilaisten tulee miettiä, kenelle potilasta koskeva asia kuuluu välittää ja kenelle ei. Tietoa voidaan välittää tiimin sisällä monin eri tavoin; kasvokkain keskustelemalla, soittamalla, tietojärjestelmiä hyödyntämällä ja lähetteillä tai konsultaatiopyynnöillä. Ammatillaiset kuvasivat, miten moniammatillisessa tiimissä hoitoa koskevat päätökset tehdään yhdessä. **Jaettua päätöksentekoa** kuvattiin konsultoimisena yli ammattirajojen ja tukena, ettei potilaan hoitoon liittyviä päätöksiä tarvitse tehdä yksin. Erityisesti vai-

keissa potilastapauksissa eri ammattilaisten mukaan ottaminen korostui. Moniammatillisessa tiimissä on tärkeää, että ammattilaisilla on käytössä **yhteinen kieli**. Koulustausta johtuen eri ammattilaisilla saattaa olla käytössä oma terminologiansa, mikä voi vaikeuttaa yhteistyötä. Tästä syystä kieltä tulisi yhdenmukaistaa tiimissä. Potilaan hoidon ja tiimin toiminnan kannalta on olennaista, että kaikki ammattilaiset ymmärtävät hoitoa koskevat asiat samalla tavalla ja välitettävä tieto ei ole ristiriidassa keskenään. Yhteisen kielen käyttö auttaa myös potilasta ja läheisiä ymmärtämään hoitoon liittyviä asioita. Ammatillaiset kuvasivat, että moniammatillisessa tiimissä **tietoa välitetään muille ammattilaisille**. Tiimissä on tärkeää, että kynnys kysymiselle on matala ja samaa asiaa saa kysyä aina uudelleen. Eri-tyisesti lääkäreiden hoitajille tarjoama tieto korostui, jotta hoitajat ymmärtävät myös lääketieteellisiä asioita. Sairaanhoidaja kuvasi kommunikaatiota seuraavasti:

*”Se on sitä, että me kaikki puhumme samaa kieltä. On se sitten lääkäri siellä huoneessa tai hoitaja, niin me kaikki ymmärrämme tämän asian samalla tavalla. Tällöin tulee omisillekin paljon rauhallisempi olo.” Sairaanhoidajaryhmä nro 1.*

Moniammatillinen yhteistyö on **ammattiliset rajat ylittävää kollegiaalisuutta**. Haastatteluihin osallistuneet ammattilaiset kuvasivat tiimin **arvostavaa ilmapiiriä** tärkeänä, ja hyvän ja arvostavan työilmapiirin katsottiin edistävän moniammatillista yhteistyötä. Jokaisen ammattilaisen pitää voida sanoa mielipiteensä potilaan hoitoon liittyviin asioihin ja kommunikaation tulee olla tasa-arvoista siten, että eri ammattilaiset voivat puhua keskenään ilman hierarkkisia sääntöjä. **Ammattilaisten riippuvuutta toisistaan** kuvattiin siten, ettei yksikään ammattiryhmä voi tehdä omaa työtään ilman toisen ammattilaisen panosta. Eräs lähihoi-

taja kuvasi riippuvuussuhdetta moniammatillisessa tiimissä seuraavasti:

*”Me ei voida tehdä meidän työtämme ilman sairaanhoitajia ja sairaanhoitajat ei voi ilman lääkäreitä, mutta sitten taas menee ympäri. Lääkärit ei voi tehdä mitään ilman meitä eikä sairaanhoitajia.”  
Läbihoitajaryhmä nro 1.*

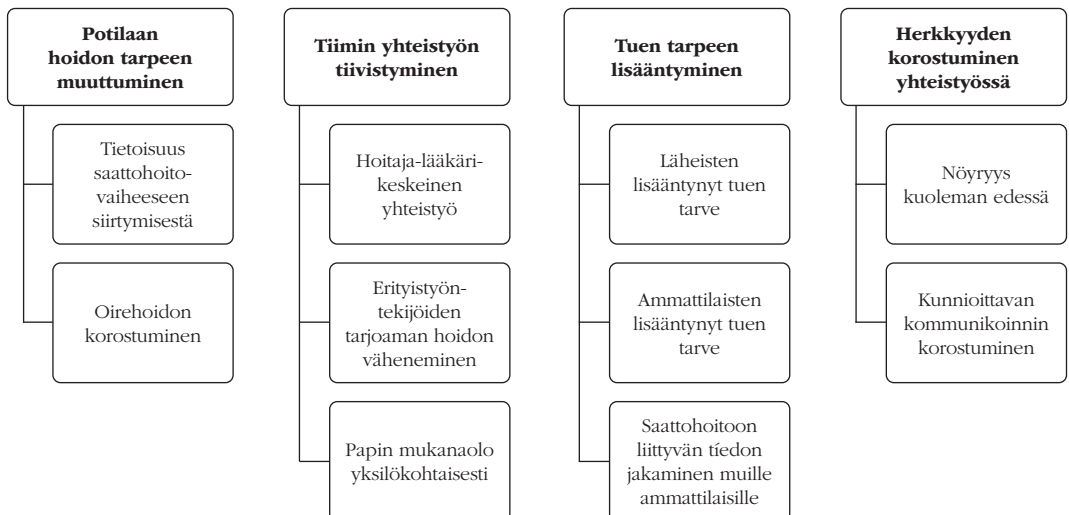
**Luottamuksellisuus** ammattilaisten välillä nähtiin olennaisena ja työtä helpottavana tekijänä. Keskinäistä luottamusta voitiin osoittaa mm. luottamalla toisen ammattiryhmän edustajan arviointikykyyn ilman, että tarvitsee itse mennä tarkistamaan tehtyä asiaa myöhemmin tai siten, että lääkärit laittoivat lääkemääräykset liittyen palliatiiviseen sedaatioon valmiiksi niin, että hoitajat voivat itsenäisemmin toteuttaa lääkehoitoa potilaan voinnin sitä vaatiessa. Jos päivystävä lääkäri oli toisesta yksiköstä, hoitajat odottivat mieluummin osaston oman lääkärin saapumista yksikköön. Moniammatillisessa yhteistyössä **kollegan tukeminen** kuvattiin tärkeänä. Ammattirajat ylittävä konsultaation mahdollisuus erilaisissa hoitoon liittyvissä asioissa on olennainen osa moniammatillisen tiimin kollegiaalisuutta.

Tukea tarvittiin myös potilaiden ja läheisten kohtaamisessa, ja erityisesti tilanteissa, joissa läheiset koettiin haastavina.

*Moniammatillinen yhteistyö saattohoitoon siirryttäessä*

Moniammatillinen yhteistyö saattohoitoon siirryttäessä kuvattiin **potilaan hoidon tarpeen muuttumisena, tiimin yhteistyön tiivistymisenä, tuen tarpeen lisääntymisenä ja herkkyyden korostumisena yhteistyössä** (Kuvio 2).

Saattohoitoon siirryttäessä **potilaan hoidon tarpeen muuttuminen** näkyy myös moniammatillisessa yhteistyössä. Tämän takia on tärkeää, että kaikilla tiimin jäsenillä on **tietoisuus saattohoitovaiheeseen siirtymisestä** ja potilaan lähenevästä kuolemasta. Potilaan hoito jatkuu saattohoitoon siirtymisen jälkeenkin aktiivisesti, jolloin moniammatillisen tiimin jäsenten odotetaan hoitavan oma roolinsa tiimissä potilaan hyvän hoidon turvaamiseksi. Saattohoitoon siirtyminen vaikuttaa hoidon tavoitteisiin ja näyttäytyy potilaan **oirehoidon korostumisena**. Hoito perustuu edelleen potilaan tarpeisiin, mutta saattohoitovaiheessa karsi-



Kuvio 2. Moniammatillinen yhteistyö saattohoitoon siirryttäessä

taan kaikki ylimääräinen pois ja toimitaan tehokkaasti potilaan hyväksi. Saattohoidossa olevan potilaan kohdalla aika on vähissä, jolloin potilaan tarpeisiin pitää vastata viipymättä ja hoitoa koskevat ratkaisut on löydettävä nopeasti. Tämä tarkoittaa myös, että moniammatillisen yhteistyön on oltava jouhevaa, eikä pitkiin selvittelyihin ole aikaa. Erään sosiaalityöntekijän sanoin:

*”Ettei jätetä asioita tekemättä sen takia, että ajateltaisiin, että ei tämä enää kannata. Mutta toisaalta ei tehdä tyhmiä asioita. Potilaan tarpeista lähtevää täytyy olla sekkin.” Sosiaalityöntekijä nro 1.*

**Tiimin yhteistyön tiivistymiseen** liittyi hoitaja-lääkäri yhteistyön korostuminen, papin mukanaolo yksilökohtaisesti ja erikoisalujen tarjoaman hoidon väheneminen. Ammatillaiset kokivat, että moniammatillisuus tiivistyy saattohoitopäätöksen jälkeen ja eri ammatillaiset potilaan hoidossa vähenevät; yhteistyö painottuu potilaan, lääkärin, hoitajien ja sairaalapapin välille. Ammatillaiset kuvasivat, että **hoitaja-lääkärikeskeinen yhteistyö** on moniammatillisen yhteistyön ydin myös potilaan siirtyessä saattohoitoon. Saattohoidossa sairaanhoitajien koettiin olevan asiantuntijaroolissa ja he viettävät ajallisesti eniten aikaa potilaan luona. Lääkärin tehtäviin kuuluu saattohoitopäätöksen tekeminen, mikä viestii hoidon tavoitteiden muutoksesta. Lisäksi lääkäreitä tarvitaan esimerkiksi lääkehoitoa koskeviin päätöksiin. Yksi lääkäreistä kuvasi saattohoitoon siirtymistä seuraavasti:

*”Kun oikein tehdään saattohoitopäätös niin ehkä siinä vähän niin kuin tiivistyy hetkeksi ainakin, että tavallaan käydään se tilanne läpi.” Lääkäreiden parihaastattelu.*

**Erityistyöntekijöiden tarjoama hoito vähenee**, kun potilas siirtyy saattohoitovaiheeseen. Esimerkiksi fysioterapeutin ja sosiaalityöntekijän tarve vähenee, ja ammatillaiset kokivat, ettei heillä ei ole roolia mo-

niammatillisessa hoidossa tässä hoidon vaiheessa. Kuitenkin esimerkiksi sosiaalityöntekijä voi jäädä sivustaseuraajaksi, koska kuoleman koittaessa läheiset voivat tarvita apua esimerkiksi testamenttia koskevien asioiden hoidossa. Saattohoidossa **papin mukanaolo** arvioidaan ja toteutetaan potilaan toiveiden mukaisesti **yksilökohtaisesti**. Papin kuvattiin osallistuvan potilaan hoitoon kuoleman lähestyessä ja tilanteissa, joissa potilas on vielä tajuissaan. Pappi osallistuu hoitoon potilaan pyytessä, ei automaattisesti.

Ammatillaiset kuvasivat, miten eri henkilöiden **tuen tarve lisääntyy** saattohoitovaiheeseen siirryttäessä. Potilaan **läheisten tuen tarve lisääntyy** ja he kaipaavat jatkuvaa vuoropuhelua ammatilaisten kanssa. Läheiset toivovat usein myös lääkärin läsnäoloa kuoleman ollessa lähellä. Heillä saattaa olla kysymyksiä myös sosiaalityöntekijälle ennen kuolemaa ja sen jälkeen. Myös **ammattilaisten tuen tarve on lisääntynyt**, ja he kaipaavat tukea ja apua toisilta moniammatillisen tiimin jäseniltä. Tuki voi olla tiedollista, potilaan hoitoon liittyvää tai henkistä, jotta potilaan lähestyvä kuolema on helpompi hyväksyä ja kohdata. Moniammatillisen tiimin jäsenet kuvasivat myös sitä, miten heille kuuluu **saattohoitoon liittyvän tiedon jakaminen muille ammatilaisille**. Eri ammatillaiset eivät aina ymmärrä, miksi heitä pyydetään osallistumaan saattohoidossa olevan potilaan hoitoon ja tästä syystä ymmärrys saattohoidon luonteesta tarvitsee paljon avointa keskustelua. Tietoa annetaan esimerkiksi kotihoitoon tukemaan potilaan kotikuolemaa. Eräs haastatteluihin osallistunut sairaanhoitaja kuvasi tuen antamista seuraavasti:

*”...minä edelleen painottaisin sitä, että kun se kuolema tulee lähemmäs, niin silloin meidän saattohoidon ihmisten (saattohoitokoordinaattori) merkitys kasvaa siinä. Me niin kuin tuetaan muita hyväksymään se kuolema ja ymmärtämään sitä ja olemaan heidän tukenaan myös siinä moniammatillisessa ryhmässä.” Sairaanhoitajaryhmä nro 1.*

**Herkkyuden koettiin korostuvan** jo valmiiksi sensitiivisessä palliatiivisessa hoidossa. Saattohoitovaiheen moniammatillisen yhteistyön katsottiin vaativan ammattilaisilta myös **nöyryyttä kuoleman edessä**. Ammattilaisten tulee jakaa omaa osaamista nöyryydellä ja tiimin jäsenen mahdollinen kaikitietävä asenne koettiin kielteisenä. Nöyryys oli läsnä myös kuoleman lähestyessä, vaikka tutkimukseen osallistuneet olivatkin kokeneita palliatiivisen hoidon ammattilaisia. **Kunnioittava kommunikaatio korostuu**, kun potilas siirtyy saattohoitoon. Moniammatillisen tiimin jäsenten välinen kommunikaatio muuttuu luonteeltaan lempeämmäksi; kiitetään ja keuhataan muita tiimin jäseniä rohkeiksi, mutta myös tarvittaessa pahoitellaan, jos jonkin asia on mennyt ei-toivotulla tavalla. Erityisesti saattohoitovaiheessa kollegan ja tämän osaamisen arvostaminen korostuivat. Myös tiimin keskinäinen luottamus ja toisen kuunteleminen hoitoon liittyvissä asioissa koettiin tärkeäksi. Eräs sairaanhoitaja kuvasi saattohoitovaiheessa ilmenevää yhteistyötä seuraavasti:

*„...niin sanat 'kiitos' ja 'olen paboillani', ne ovat jatkuvasti läsnä. Eli kiittää niitä yhteistyökumppaneita, että he on olleet rohkeita ja olleet mukana siinä. Ja tämä potilas on saanut meiltä kaikilta apua. Jos joku on mennyt väärin, niin 'olen paboillani', herkästi.” Sairaanhoitajaryhmä nro 1.*

## Pohdinta

### *Tulosten tarkastelua*

Tässä tutkimuksessa kuvattiin moniammatillista yhteistyötä erityistason palliatiivisessa hoidossa ja moniammatillisessa yhteistyössä tapahtuvaa muutosta potilaan siirtymässä saattohoitoon. Tutkimukseen osallistuneet sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset olivat erikoiskoulutettua (Saarto & Lehto, 2019), minkä vuoksi heillä on laa-

jempi tietämys palliatiivisen hoidon erityispiirteistä. Tutkimukseen osallistuneista lääkäreistä kaikki ja hoitajataustaisista ammattilaisista noin kaksi kolmasosaa (sairaanhoitajista 63 % ja lähihoitajista 62 %) olivat saaneet palliatiiviseen hoitoon liittyvää lisäkoulutusta. Taustatiedoista ei kuitenkaan käy selvälle se, onko koulutus käsittänyt myös moniammatillista yhteistyötä sisältävää koulutusta. Sosiaalityöntekijöistä kukaan ei ollut osallistunut palliatiivisen hoidon lisäkoulutukseen. Tutkimukseen osallistuneilla ammattilaisilla oli useamman vuoden työkokemus palliatiivisessa hoidossa.

Ammattilaiset kuvasivat palliatiivisen hoidon aktiivista ja kokonaisvaltaista luonnetta, jonka tavoitteena on kohdata potilaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset, henkiset ja/tai hengelliset hoidon tarpeet. Tulokset osoittivat, että moniammatillisella yhteistyöllä on yhteisiä piirteitä hoitokontekstista huolimatta (IPEC, 2016), mutta palliatiivisella hoidolla ja saattohoidolla on kuitenkin vaikutusta moniammatillisen yhteistyön toteuttamiseen. Tutkimukseen osallistuneet ammattilaiset pitivät eri ammattilaisten osallisuutta tiimissä tärkeänä, vaikka laajan moniammatillisen tiimin tarpeellisuutta on aikaisemmin kyseenalaistettu juuri kuolevan potilaan hoidossa (Payne ym., 2022). Tämän tutkimuksen haastatteluissa ammattilaiset ilmaisivat huolensa siitä, että palliatiivisissa yksiköissä ei välttämättä ole omia erityistyöntekijöitä, vaan heidän toimenkuvansa on jaettu eri yksiköille, mikä saattaa vaikuttaa eri ammattilaisten saatavuuteen ja hyödynnettävyyteen potilaan hoidossa. Tulokset kuvaavat moniammatillisuutta tutkimukseen osallistuneiden ammattilaisten, eli sairaanhoitajien, lähihoitajien, lääkäreiden sekä sosiaalityöntekijöiden, kuvaamana. Palliatiivisen hoidon kontekstissa moniammatilliseen tiimiin kuuluu kuitenkin myös useita muita ammattilaisia, joiden kokemuksia tulisi tutkia jatkossa. Aikaisemmissa tutkimuksissa on kuvattu palliatiivisen hoidon kontekstin yhteyttä niin ikään myös siellä

työskenteleviin ammattilaisiin; esimerkiksi ammattilaisten kokeman emotionaalisen ja eksistentiaalisen kuormituksen korostumisena (Barnett ym., 2022; Chan ym., 2016). Verrattuna yleisiin moniammatillisiin viitekehyksiin, mitkä eivät määrittele hoidon kontekstia (IPEC, 2016), tämän tutkimuksen tulokset palliatiivisessa kontekstissa puoltavat etiikan suurempaa roolia moniammatillisessa yhteistyössä (Kesonen ym., 2022b). Piirteet kuten arvostava ilmapiiri, luottamus, tukeminen ja tuen tarve, kunnioitus ja nöyryys olivat vahvasti läsnä. Vaikka aikaisempi tieto kuvaa ammattilaisten tapaa kohdata ja käsitellä kuolemaa yksilöllisesti (Chan ym., 2016; Fisher ym., 2022), tässä tutkimuksessa ammattilaiset kuvasivat tiimin antaman tuen tärkeyttä. Tämän tutkimuksen tulokset puoltavat aikaisempia tuloksia myös siinä, että moniammatillisen tiimin yhteenkuuluvuuden tunteella on myös kuvattu olevan suuri merkitys palliatiivisen hoidon kontekstissa (Kesonen ym., 2022b). Kollegiaalisuuden ei katsota olevan jotain, mikä tapahtuu ammattiryhmien sisällä, vaan moniammatillisessa yhteistyössä kollegiaalisuuden nähdään olevan ammatilliset rajat ylittävää.

Tutkimukseen osallistuneet ammattilaiset kuvasivat, miten ammattilaisten välinen yhteistyö tiivistyy saattohoitoon siirryttäessä ja eri ammattilaisten määrä potilaan ympärillä vähenee. Tämä tulos on luonnollinen, sillä kun päätös saattohoidon aloittamisesta tehdään, hoidon oletetaan jatkuvan päiviä, korkeintaan viikkoja, mikä tarkoittaa potilaan saattamista kohti kuolemaa (Käypähoito, 2019). Tällöin on tärkeää, että potilaan ja läheisten lisäksi jokainen moniammatillisen tiimin jäsen on tietoinen potilaan muuttuneesta tilasta, vaikkakin ammattilaisten määrä potilaan ympärillä pienenee ja hoito keskittyy suurelta osin perus- ja oirehoitoon. Tämän tutkimuksen tulokset kuvaavat myös palliatiivisen hoidon perhekeskeistä luonnetta (Saarinen ym., 2021) ja moniammatillisen yhteistyön

näkökulmasta läheisten tuentarve saattaa jopa lisääntyä potilaan siirtyessä saattohoitoon (Kesonen ym., 2022a). Läheiset tarvitsevat ammattilaisten tukea saattohoitoa saavan omaisensa rinnalla ja saattohoitovaiheen voidaan katsoa jatkuvan myös potilaan kuoleman jälkeen läheisten tukemisenä (Saarto ym., 2022). Vaikka potilas ja läheiset nähdään aktiivisina vaikuttajina palliatiivisessa hoidossa esimerkiksi hoitoa koskevan päätöksenteon näkökulmasta (Kuosmanen ym., 2021), ammattilaiset kuvasivat yhteistyötä, kuten kommunikaatiota, luottamusta, tukemista ja jaettua päätöksentekoa, lähinnä ammattilaisten näkökulmasta. Tämä saattaa johtua suomen kielen sanasta ”moniammatillisuus”, mikä korostaa ammatillisuutta ja koulutusta. Tutkimuksen tulokset eivät kuitenkaan suoraan anna vastausta siihen, miksi haastatteluun osallistujat eivät systemaattisesti kuvanneet potilaan ja läheisen osallisuutta moniammatillisessa tiimissä. Tämän on osin linjassa aikaisempien tutkimustulosten kanssa siitä, että moniammatillista yhteistyötä tulisi toteuttaa näkyvämmiin ja potilaita ja läheisiä tulisi ottaa mukaan yhteistyöhön enemmän ja systemaattisemmin (Kesonen ym., 2022a).

### *Tutkimuksen luotettavuus*

Tämän tutkimuksen luotettavuutta arviointiin koko tutkimusprosessin ajan laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereillä (Elo ym., 2014), joita ovat valmisteluvaihe, organisointivaihe ja raportointivaihe. Valmisteluvaiheessa tunnistettiin miten luotettavuuteen vaikuttaa heikentävästi se, että neljä haastattelijaa toteutti haastattelut. Koska haastattelut toteutettiin maantieteellisesti laajalla alueella, nähtiin perusteltuna käyttää useampaa haastattelijaa. Haastattelijat sopivat yhteisistä toimintatavoista ja haastatteluteemat käytiin perusteellisesti läpi, jotta jokaisella haastateltavalla oli niiden sisällöistä sama ymmärrys. Lisäksi he

käyttivät kirjallista haastattelulomaketta yhdenmukaisuuden varmistamiseksi. Haastattelijoilla ei ollut tutkimuksen lisäksi muuta yhteyttä tutkimukseen osallistuviin yksiköihin. Tutkimuksen tuloksiin vaikuttaa myös se, että haastattelut toteutettiin yksilö, pari- ja ryhmähaastatteluina. Yksilöhaastatteluisa ei saavuteta esimerkiksi ryhmähaastattelun luomaa vuorovaikutuksellisuutta. Erot tutkimukseen osallistuneiden ammattilaisten määrissä ammattiryhmittäin ovat kuitenkin ymmärrettäviä, koska lääkäreiden tai sosiaalityöntekijöiden määrä on suhteessa vähäisempi verrattuna hoitajien määrään myös potilastyössä. Tutkimuksen osallistujamäärä oli kuitenkin suuri (n=50) laadulliseen tutkimukseen, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Organisoituvaiheessa yksi tutkimusryhmän tutkijoista toteutti analyysin, mutta tutkimusryhmässä käytiin keskustelua koko analyysiprosessin ajan analyysin luotettavuuden takaamiseksi. Tutkimuksen uskottavuutta pyrittiin lisäämään mahdollisimman tarkalla tutkimusprosessin dokumentoimisella, jotta muut tutkimusryhmän jäsenet pystyivät seuraamaan analyysin etenemistä mahdollisimman tarkasti. Raportointivaiheessa tutkimuksen konteksti ja kohderyhmä kuvattiin mahdollisimman tarkasti. Tutkimuksen tuloksien kuvaksessa käytettiin alkuperäisilmauksia, jolla pyrittiin osoittamaan aineiston ja tuloksien välinen yhteys. Tutkimusprosessista perusteluineen tehtiin mahdollisimman avoin ja läpinäkyvä. Lisäksi tutkimuksen raportoinnissa on hyödynnetty COREQ (The Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) -ohjetta (Tong ym., 2007). Tämän tutkimuksen tuloksien sovellettavuutta eri palliatiivisen hoidon yksiköihin tulee arvioida varoen. Tulokset antavat kuitenkin hyvän käsityksen siitä, miten palliatiivinen konteksti vaikuttaa moniammatilliseen yhteistyöhön, mikä voi auttaa yksikön toiminnan ja potilashoidon kehittämisessä.

## Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimus tuotti tietoa moniammatillisesta yhteistyöstä palliatiivisessa hoidossa ja yhteistyössä tapahtuvasta muutoksesta, kun potilas siirtyy saattohoitoon. Moniammatillinen yhteistyö nähtiin olennaisena osana laadukasta palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa. Ammattilaisilta odotetaan palliatiivisen hoidon luoteen ymmärtämistä, jotta potilas saa tilanteestaan huolimatta tarvitsemansa avun, mutta siten, ettei häntä rasiteta liiallisilla ammattilaisten kontakteilla. Moniammatillinen yhteistyö muuttuu tiiviimmäksi ja ammattilaisten määrä potilaan ympärillä vähenee, kun potilas siirtyy saattohoitoon. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon luonteesta johtuen eettisyydellä on merkittävä rooli myös moniammatillisessa yhteistyössä. Jatkossa tarvitaan lisää tutkimusta potilaan ja heidän läheistensä kokemuksista moniammatillisesta yhteistyöstä palliatiivisessa hoidossa sekä yhteistyön yhteydestä potilaan ja hänen läheistensä elämänlaatuun. Lisäksi on tärkeää tutkia moniammatillisuutta koko tiimin näkökulmasta niin, että myös erityistyöntekijät tulevat osallistetuiksi tutkimukseen.

## Kiitokset

Haluamme kiittää tutkimukseen osallistuneita ammattilaisia, jotka mahdollistivat tutkimuksen toteuttamisen. Tämä tutkimus on osittain rahoitettu Turun lääketieteellisen tiedekunnan jatkokoulutusyksikön (PGE) ja Valtion tutkimusrahoituksen (410/2020) avulla.

## VASTUUALUEET

Tutkimuksen suunnittelu: PK, LS, EH, aineistonkeruu: PK, EH, aineiston analysointi: PK, LS, EH, käsikirjoituksen kirjoittaminen: PK, käsikirjoituksen kommentointi: LS, EH

## LÄHTEET

- Barnett, M. D., Hays, K. N., & Cantu, C. (2022). Compassion fatigue, emotional labor, and emotional display among hospice nurses. *Death studies*, *46*(2), 290–296. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1699201>
- Chan, W. C., Tin, A. F., Wong, K. L., Tse, D. M., Lau, K. S., & Chan, L. N. (2016). Impact of Death Work on Self: Existential and Emotional Challenges and Coping of Palliative Care Professionals. *Health & social work*, *41*(1), 33–41. <https://doi-org/10.1093/hsw/hlv077>
- Connor, S.R. (2020). Global Atlas of Palliative Care (2nd ed). Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA). Haettu 19.9.2023 osoitteesta: <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K., & Kyngäs, H. (2014). Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE Open*, *4*(1). <https://doi.org/10.1177/2158244014522633>
- Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, *56*, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- IPEC (Interprofessional Education Collaborative). (2016). Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative. Haettu 14.10.2023 osoitteesta <https://ipec.memberclicks.net/assets/2016-Update.pdf>
- Kesonen, P., Salminen, L., & Haavisto, E. (2022a). Patients and family members' perceptions of interprofessional teamwork in palliative care: A qualitative descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, *31*, 2644–2653. <https://doi.org/10.1111/jocn.16192>
- Kesonen, P., Salminen, L., Kero, J., Aappola, J., & Haavisto, E. (2022b). An Integrative Review of Interprofessional Teamwork and Required Competence in Specialized Palliative Care. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *0*(0). <https://doi.org/10.1177/00302228221085468>
- Kuosmanen, L., Hupli, M., Ahtiluoto, S., & Haavisto, E. (2021). Patient participation in shared decision-making in palliative care – an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, *30*: 3415–3428. <https://doi.org/10.1111/jocn.15866>
- Kuusisto, A., Santavirta, J., Saranto, K., & Haavisto, E. (2021). Healthcare professionals' perceptions of advance care planning in palliative care unit: a qualitative descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, *30*(5–6), 633–644. <https://doi.org/10.1111/jocn.15578>
- Käypähoitosuositus. (2019). Palliativinen hoito ja saattohoito. Haettu 19.9.2023 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063?tab=suositus>
- Lindgren, B. M., Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International Journal of Nursing Studies*, *108*, 103632. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632.103632>
- Parahoo, K. (2014). *Nursing Research. Principles, process and issues* (3rd ed). Palgrave MacMillan.
- Payne, S., Harding, A., Williams, T., Ling, J., & Ostgathe, C. (2022). Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study. *Palliative Medicine*, *36*(4), 680–697. <https://doi.org/10.1177/02692163221074547>
- Saarinen, J., Mishina, K., Soikkeli-Jalonen, A., & Haavisto, E. (2021). Family members' participation in palliative inpatient care: An integrative review. *Scandinavian journal of caring sciences*, *37*(4), 897–908. <https://doi.org/10.1111/scs.13062>
- Saarto, T., & Lehto, J. (2019). Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Suomessa – kolmiportainen malli. *Duodecim* 2019; *135*: 535–41. Haettu 19.9.2023. osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo14834.pdf>
- Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Junttila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammar, T., & Forsius, P. (2022). Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja 04/2022. Haettu 19.9.2023 osoitteesta [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144065/OHJ2022\\_004\\_08042022.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144065/OHJ2022_004_08042022.pdf?sequence=4&isAllowed=y)
- TENK. (2021). *Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK)*. Haettu 1.11.2023 osoitteesta <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, *19*(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- WHO. (2020) Palliative Care. Haettu 20.9.2023 osoitteesta <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Pauliina Kesonen, TtM, sh, väitöskirjatutkija, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede, Tampereen yliopisto, Arvo Ylpön katu 34, 33520 Tampere, pauliina.kesonen@tuni.fi

Leena Salminen, TtT, professori, sivutoiminen ylihoitaja, Hoitotieteen laitos, Turun yliopisto, Varsinais-Suomen hyvinvointialue, Medisiina B, 20014 Turun yliopisto, leesalmi@utu.fi

Elina Haavisto, THT, Hoitotieteen professori, sivutoiminen ylihoitaja, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede, Tampereen yliopisto, Pirkanmaan hyvinvointialue, Arvo Ylpön katu 34, 33520 Tampere, elina.a.baavisto@tuni.fi

Reproduced with permission of copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.