

SAVONIA

ammattikorkeakoulu

OPINNÄYTETYÖ - YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

POTILAIEN JA AMMATTILAISTEN KOKEMUKSET ETÄKONTAKTIN KÄYTTÖÖNOTOSTA PALLIATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ

Laadullinen interventiotutkimus

TEKIJÄT Maarit Koskenperä
Anniina Ryyänen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Tutkinto-ohjelma Kliininen asiantuntija, palliatiivinen hoito -tutkinto-ohjelma	
Työn tekijä(t) Maarit Koskenperä, Anniina Ryyänen	
Työn nimi Potilaiden ja ammattilaisten kokemukset etäkontaktin käyttöönotosta palliatiivisessa hoitotyössä	
Päiväys 14.8.2022	Sivumäärä/Liitteet 37/7
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Siun sote, Palliatiivinen keskus	
Tiivistelmä <p>Kokonaisvaltainen palliatiivinen hoito sisältää fyysisen hoidon lisäksi kohtaamisen ja kuulluksi tulemisen tunteen, sekä myötätunnon potilasta ja hänen läheistään kohtaan. Palliatiivisen potilaan kohtaamisessa on tärkeää ihmisen todeksi ottaminen ja aito läsnäolo.</p> <p>Teknologian kehittyminen on nähty keskeisimpänä keinona edistää kliinisen työn turvallisuutta, tehostaa hoitoa ja tukea työntekijää työssään sosiaali- ja terveysalalla. Ratkaisujen hyödyntäminen osana palliatiivista hoitoa on vielä vähäistä. Teknologian ja digitalisaation kehittämisellä on haettu ratkaisua palliatiivisen hoidon saatavuuteen, maantieteellisiin välimatkoihin ja palveluiden tarjontaan.</p> <p>Tämän laadullisen interventiotutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla palliatiivisten potilaiden ja ammattilaisten kokemuksia etäkontaktitoiminnasta kotisairaalassa ja palliatiivisella poliklinikalla. Tavoitteena oli edistää laadukkaana palliatiivisen hoidon tasavertaista saavutettavuutta. Opinnäytetyön tilaajana oli Siun soten Palliatiivinen keskus.</p> <p>Tutkimuksen interventiona toteutettiin etäkontaktin käyttöönotto ja testaaminen kotisairaalassa ja palliatiivisella poliklinikalla. Tutkimusaineisto kerättiin kevään 2022 aikana kotisairaalan ja palliatiivisen poliklinikan potilailta ja ammattilaisilta. Potilaiden aineisto kerättiin teemahaastattelulla (n=4) ja ammattilaisten aineisto avoimella kyselylomakkeella (n=10). Aineistot analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.</p> <p>Tulosten perusteella etäkontaktin käyttäminen soveltuu osaksi palliatiivista hoitoa. Palliatiiviset potilaat kokivat etäkontaktin hyvänä ja toimivana kohtaamisen apuvälineenä. Palliatiivisen hoidon ammattilaiset suhtautuivat etäkontaktin hyödyntämiseen myös positiivisesti, mutta painottivat potilasvalinnan ja tilannekohtaisen arvioinnin merkitystä kokonaishoidossa. Potilaat ja ammattilaiset pitivät tärkeänä ajoittain tapahtuvaa kasvotusten kohtaamista.</p> <p>Jatkokehittämissuunnitelmaksi on palliatiivisille potilaille suunnatun digitaalisen alustan kehittäminen osaksi oireseurainta ja -hoitoa.</p>	
Avainsanat Palliatiivinen hoito, kohtaaminen, kommunikaatio, etäkontakti, digitalisaatio, teleterveys.	

Field of Study Social Services, Health and Sports	
Degree Programme Master's Degree Programme in Advanced Practice Nursing	
Author(s) Maarit Koskenperä, Anniina Ryyänen	
Title of Thesis Patients` and professionals` experiences of execution of remote contact in palliative care - Intervention Research	
Date 14.8.2022	Pages/Appendices 37/7
Client Organisation /Partners Siun Sote Palliative Care Center	
<p>Abstract</p> <p>Comprehensive palliative care includes, in addition to the physical care, compassion for the patient and his loved ones. It also means that the patients' needs are met and that the patient has the feeling of being heard and seen as a whole. When dealing with a palliative patient, it is important to be authentically present.</p> <p>Technological and digital solutions used in the social and health care sector are seen as one of the most important ways to promote the safety of clinical work. They also make treatments more efficient and provide support the employee in their work. The use of technological solutions as part of palliative care is still limited. The development of technology and digitization can be seen as a solution for availability of palliative care, geographical distances and the supply of services.</p> <p>The purpose of this qualitative intervention study is to describe the experiences of palliative patients and professionals of remote contact activities in a home hospital and palliative outpatient clinic. The goal is to promote equal access to high-quality palliative care. The client of the thesis is palliative care center of Siun sote.</p> <p>The intervention study was carried out using qualitative methods. The intervention of the study was the implementation and piloting of remote contact in the home hospital and palliative outpatient clinic. The research material was collected during the spring of 2022. The patients' material was collected with a themed interview (n=4) and the professionals' material with an open questionnaire (n=10). The data were analyzed using data-driven content analysis.</p> <p>Based on the research results, the use of remote contact is considered suitable as part of the implementation of palliative care. The patients experienced remote contact as a good and functional as face-to-face meeting did. Palliative care professionals were also positive about using remote contact, but emphasized the importance of patient selection and situational assessment when using remote contact. Patients and professionals considered face-to-face interaction at times to be important in order to maintain the humanity of overall treatment.</p> <p>The further development proposal is the development of a digital platform which is designed especially for palliative patients as part of symptom monitoring and treatment.</p>	
<p>Keywords Palliative care, encounter, communication, remote contact, digitization, telehealth.</p>	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	IHMISEN KOHTAAMINEN PALLIATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ.....	7
2.1	Kokonaisvaltainen kohtaaminen	8
2.2	Kommunikaatio osana kohtaamista	8
3	TEKNOLOGIAN HYÖDYNTÄMINEN PALLIATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ.....	10
3.1	Kohtaaminen teknologian avulla.....	11
3.2	Teknologian kehittyminen sosiaali- ja terveysalalla	12
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	14
5	TUTKIMUSMENETELMÄT	15
5.1	Tutkimusympäristö.....	16
5.2	Intervention kehittäminen	16
5.3	Aineiston keruu potilailta	18
5.4	Aineiston keruu ammattilaisilta	20
5.5	Aineiston analyysi	20
6	TUTKIMUSTULOKSET	22
6.1	Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot.....	22
6.2	Palliatiivisten potilaiden kokemukset etäkontaktin käytöstä	22
6.3	Ammattilaisten kyselyn tulokset	24
7	POHDINTA.....	27
7.1	Tulosten pohdinta	27
7.2	Tutkimuksen eettisyys.....	28
7.3	Tutkimuksen luotettavuus.....	30
7.4	Ammatillinen kasvu	32
7.5	Johtopäätökset, hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset	33
	LÄHTEET	34
	LIITE 1: POTILAIDEN TEEMAHAASTATTELU	1
	LIITE 2: POTILAIDEN TUTKIMUSTIEDOTE.....	2
	LIITE 3: YHTEYSTIETOLOMAKE	3
	LIITE 4: POTILAIDEN SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA.....	4
	LIITE 5: AMMATTILAISTEN VERKKOKYSELY	6

LIITE 6: AMMATTILAISTEN SÄHKÖINEN TUTKIMUSTIEDOTE.....	8
LIITE 7: AMMATTILAISTEN SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA.....	9

1 JOHDANTO

Ihmisen kohtaaminen kotona tehtävässä palliatiivisessa hoitotyössä on ihmisen kohtaamista kokonaisvaltaisesti. Kokonaisvaltaisen ihmiskäsityksen mukaan ihminen on kokonaisvaltainen, omien mielipiteidensä, ajatustensa ja arvojensa summa. Kokonaisvaltaisessa ihmiskäsityksessä ihmistä voidaan tarkastella kolmessa eri tasossa; tajunnallisen, kehollisen ja situationaalisen tason kautta. Tajunnallinen taso sisältää ajatuksen, kokemukset, aistit ja tunteet. Kehollinen taso sitoo yhteen kaiken ihmisessä olemisen, sillä ilman kehoa ei ole tajuntaa, näkemistä ja kokemista. Situationaalinen taso tarkoittaa elämäntilannetta, sekä kaikkea sitä mikä kuuluu ja vaikuttaa ihmiseen ja hänen tajuntaansa. Näiden kaikkien osatekijöiden kautta muodostuu yksilöllinen ja kokonaisvaltainen ihminen. (Rauhala 2005, 29–39; Haho 2020, 110–111; Watson 2002, 69–73; Watson 2021.)

Palliatiivinen hoito on potilaan ja hänen läheistensä aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa tilanteissa, joissa ihmisellä on parantumaton tai henkeä uhkaava sairaus, jota ei voi parantaa. Palliatiivisen hoidon tavoitteena on lievittää oireita ja vaalia elämää. (Saarto 2015, 10; Ollila 2018, 62.) Teknologisten ratkaisujen hyödyntäminen osana palliatiivista hoitoa on vielä vähäistä. Teleterveys ja digitalisaatio luovat jatkuvasti uusia ratkaisuja osaksi hoitotyötä. Teleterveys (telehealth) on tieto- ja viestintäteknikkapohjainen työkalu, jolla haetaan ratkaisua terveyspalveluiden eriarvoiseen saatavuuteen ja kustannusten nousuun tulevaisuudessa. Lisäksi sillä pyritään saamaan sujuvuutta terveysalan toimijoiden välille helpottamalla diagnoosien, hoidon, tutkimuksen ja arvioinnin reaaliaikaisuutta. (WHO 2016.)

Sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuuteen ja esteettömyyteen voidaan vaikuttaa paljon digitaalisten ratkaisujen kautta, lisäksi pystytään takaamaan palveluiden yhdenvertaisuus haja-asutusalueilla ja erityisryhmien kohdalla. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemassa Sote-tieto hyötykäyttöön -strategiassa 2020 on nähtävillä sosiaali- ja terveyspalveluiden turvaamiseen liittyvät digitalisaation linjaukset. Tavoitteena on luotettavan hyvinvointitiedon ja sen hyödyntämistä tukevien palveluiden sähköinen saatavuus. Strategiassa tuodaan esille palvelujärjestelmien rajallisten resurssien hyödyntäminen oikeaan käyttöön digitalisaation avulla. (Seppälä & Puranen 2018, 71–74.) Digitalisaatiolla tarkoitetaan tietotekniikan hyödyntämistä toimintamallien muuttamisessa tai uuden toimintamallin luomisessa (Kasvi 2019). Tulevaisuudessa organisaatioiden tulisi panostaa muutosjohtamiseen, jotta terveydenhuollon henkilöstö saataisiin mukaan teknologian ja digitalisaation mahdollistamien ratkaisujen kehittämiseen ja käyttämiseen (Patrikainen 2020, 17–18).

Tämän laadullisen interventiotutkimuksen tarkoituksena on kuvailla palliatiivisten potilaiden ja ammattilaisten kokemuksia etäkontaktitoiminnasta kotisairaalassa ja palliatiivisella poliklinikalla. Tavoitteena on edistää laadukkaan palliatiivisen hoidon tasavertaista saavutettavuutta. Tutkimuksen interventiona on etäkontaktin käyttöönotto ja testaaminen kotisairaalassa ja palliatiivisella poliklinikalla. Potilaiden aineisto on kerätty teemahaastattelulla (n=4) ja ammattilaisten aineisto avoimella kyselylomakkeella (n=10). Aineistot on analysoitu aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Opinnäytetyön tilaaja on Siun soten Palliatiivinen keskus.

2 IHMISEN KOHTAAMINEN PALLIATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ

Keskeisintä palliatiivisen hoitotyön kohtaamisessa on ihmisen todeksi ottaminen, läsnäolo ja oman epätäydellisyytensä myöntäminen. Näiden avulla hoitaja voi kohtaamistilanteessa uppoutua ennakkoluulottomasti, hyväksyvästi ja ilman torjuntaa hänelle kerrottuun tarinaan huolimatta omista peiloistaan. (Haho 2020, 158.) Palliatiivisen hoitotyön kommunikaatio on aina potilaslähtöistä ja tilannekohtaista. Palliatiivisessa hoitotyössä kohtaamistilanteet voivat muuttua äkillisestikin. Muutosten takana voi olla potilaasta, läheisistä tai tilanteesta lähtöisin olevat syyt. Tällöin hoitajan tulee osata muuttaa toimintaansa ja keskittyen siihen osa-alueeseen, mikä on juuri sillä hetkellä ajankohtaisin, jättäen kaiken muun myöhemmäksi. (Koivisto 2019.)

Kokonaisvaltaiseen palliatiiviseen hoitoon sisältyy fyysisen hoidon lisäksi kohtaaminen ja kuulluksi tuleminen. Ammattilaiset toimivat palliatiiviselle potilaalle ja perheelle tiedon välittäjinä. Ammattilaisen tulee käydä läpi potilaan ja hänen läheistensä kokemia odotuksia ja avuntarpeita. Tärkeää on kuunnella kaikkia niitä toiveita, joita heillä on tulevaisuutta ajatellen. Kohtaamistilanteen kautta rakennetaan luottamusta koko hoitosuhteen ajalle. Luottamuksen rakentamisessa auttavat kohtelias ja ystävällinen käyttäytyminen, tarpeiden kuunteleminen ja kiinnostuksen osoittaminen potilaan tarinalla. Huolimattomuus, välinpitämättömyys ja huono käytös kohtaamistilanteessa aiheuttaa turvattuutta ja hidastaa luottamuksen rakentumista ammattihenkilöstöä kohtaan. (Anttonen 2016, 62–65.)

Luottamuksen saavuttamiseen ja hyvän hoitosuhteen luomiseen vaikuttavat ammattilaisen rauhallisuus ja hyväksyntä sairauden osalta. Tämä edesauttaa potilaan ja läheisen prosessia hyväksyä vallitseva tilanne ja antaa luvan olla oma itsensä. Ammattilainen voi kohtaamisessa pelkästään katseen ja eleiden avulla ilmaista potilaalle hyväksyntää ja ihmisarvoa, vaikka sairauden myötä muuttunut ulkonäkö järkyttäisi potilasta itseään tai ympäristöä. Kohtaamistilanteessa ruumiin asennot, läheisyys ja etäisyys kertovat potilaalle ja hänen läheiselleen ammattilaisen emotionaalisesta läsnäolosta. Rauhoittuminen tilannekohtaisesti, esimerkiksi istumalla potilaan kanssa keskustelemaan, ilmaisee tasavertaista kohtaamista sillä hetkellä. Toisaalta potilaalla on oikeus myös omaan tilaan, mikä on hyvä huomioida yksilökohtaisesti fyysisen kosketuksen osalta. Toisille kosketus on luonnollista ja toisille se voi aiheuttaa ahdistusta. (Hietanen 2015, 244; Anttonen 2016, 65.)

Kuulluksi ja nähdyksi tulemisen kokemus kohtaamistilanteessa on tärkeää. Potilaan kokemus osallistumisesta omaan hoitoon ja päätösten tekoon antaa merkitystä ja elämänlaatua. Osallisuuden ja läheisyyden kautta ammattilaisen on helpompi lähestyä myös potilaan ja läheisten eksistentiaalisia kysymyksiä. Tämän edellytyksenä on ammattilaisen kyky aktiiviseen läsnäoloon ja jaettuun kokemuksen tunteeseen. (Holopainen, Nyström & Kasen 2019, 11.)

Palliatiivisen hoitotyön kohtaamistilanteissa korostuu myötätunto potilasta ja hänen läheistään kohtaan. Myötätunto osana hoitoa sisältää huomaamisen, tuntemisen ja vastaamisen potilaan ja hänen läheistensä viesteihin. Ammattilainen joutuu kohtaamaan monenlaisia tunteita hoitotilanteessa. Hoitajan tilannekohtaiseen myötätuntoon vaikuttavat potilaasta ja läheisestä johtuvat syyt, omat henkilökohtaiset tunteet ja ajatukset, sekä oma henkinen tila. Vakavasti sairaan hoitotyö sisältää runsaasti klinisiä ja kognitiivisia tekijöitä, joiden vuoksi psyykinen ja henkinen huomioiminen osana

hoitoa jää vähemmälle. Kliinisten ja kognitiivisten tekijöiden liiallinen korostus hoitotilanteessa vähentää herkkyyttä ja avoimuutta potilaan muille tarpeille. Tämän seurauksena potilas ja hänen läheisensä voivat kokea merkityksettömyyden, ihmisarvon menetyksen ja eriarvoisuuden tunteita, jotka vaikuttavat osaltaan hoitoon sitoutumiseen ja hoitomyönteisyyteen. (Devik, Enmarker & Hellzen 2020, 201–202; Haavisto ym. 2022, 2–3.)

2.1 Kokonaisvaltainen kohtaaminen

Palliativisessa hoidossa olevan ihmisen kohtaamisessa tulee ottaa huomioon kokonaisuus; keho, tajunta ja situationaalisuus. Ihmisen eksistentiaalisesta, kokonaisvaltaisesta kärsimyksestä puhuttaessa ei voida erottaa kehoa tai mieltä toisistaan. Eksistentiaalisessa kärsimyksessä on kyse enemmän elämän mielekkyydestä ja merkityksen läpi käymisestä, kuin faktatiedosta ja tosiasioista. Kyse on kärsimyksestä, joka liittyy vahvasti elämän rajallisuuden kokemukseen oman ruumiin ja tulevaisuuden suhteen, sekä hyvästien jättämiseen läheisille. Yhteys universaaliin yhteyteen tai hengellisiin asioihin voi nousta pintaan olemassa olemisen kysymyksinä. (Haho 2020, 83–91.)

Tajunnan eli mielen ymmärtäminen osana palliativista hoitotyötä kuuluu keskeisenä osana kokonaisvaltaiseen hoitoon ja ihmisen kohtaamiseen. Mielestä puhuttaessa käytetään usein ilmaisuja psyykinen tai henkinen huomiointi ja ymmärtäminen. Näillä pyritään ilmaisemaan ihmisen olemassa olemisen merkitystä ja sen huomioimista hoitotyössä, sitä tajunnallista osaa, joka usein jää vähemmälle huomiolle kliinisessä työssä. Tajunnan ymmärtäminen osana hoitotyötä on haastavaa, sillä se ei näy päälle päin, sinne ei voi laittaa mitään tai sieltä ei voi ottaa pois mitään konkreettista hoidollisessa mielessä. Kaikki on tapahduttava ymmärryksen kautta. (Rauhala 1983, 2005 & 2014, 34–38.) Tajunnan ja mielen kautta ihminen käsittelee omaa psyykkistä olemassaoloaan ja kokemuksiaan. Psyykkisen kokemuksen kautta ihminen käsittelee tunteita, kokemuksia ja mielipahaa. Tajunnan ja psyykkisen mielen kokemukset voivat heijastua ihmisen käyttäytymiseen. Ihminen itse voi vaikuttaa psyykkiseen mieleensä ja sen vaikutukseen käyttäytymisessä. Tätä voidaan sanoa henkiseksi kyvyksi tai hallinnaksi. (Rauhala 1983, 2005 & 2014, 64–65.)

Ihmisen elämäntilanne muokkaa hänen käsityksiään itsestään. Elämäntilanne eli situationaalisuus koostuu kaikesta ympärillä olevasta perimästä, terveydestä, kulttuurista ja yhteiskunnasta, koulutuksesta ja sosiaalisista tekijöistä. Myös sosiaaliekonomiset tekijät vaikuttavat yksilön käsitykseen itsestään. (Haho 2020, 111–112.)

2.2 Kommunikaatio osana kohtaamista

Kommunikaation keskeisimmät osatekijät ovat sanallinen ja sanaton viestintä. Palliativisen potilaan kohtaamisen tavoitteena on tasa-arvoinen ja kohtaava vuorovaikutustilanne käsiällä olevasta aiheesta. Hyödyksi on hoitajan kyky löytää potilaan ja läheisen kanssa yhdessä ne voimavarat sairauden keskellä, joilla päästään eteenpäin. Tässä auttavat avoimet kysymykset, turvallisuuden tunteen luominen, empatiakyky ja läsnä olemisen taito, joilla pystytään antamaan kokemus kuulluksi tulemisesta. (Koivisto 2019.)

Arvioimme toisiamme jatkuvasti sanattoman ja sanallisen viestinnän kautta. Tämä korostuu tilanteissa, joissa oman elämän lopullisuus on läsnä ja tulevaisuus näyttäytyy epävarmana. Ruumiin

asennot, liikkeet ja kasvojen ilmeiden tulkinta kertoo kohtaamistilanteessa usein enemmän, kuin sanat. Varsinkin kasvojen osalta huomio keskittyy silmiin. Silmien liikkeiden, katseen kohdistamisen ja silmiin katsomisen välttelemisestä arvioidaan kiinnostusta ja tarkkaavaisuutta kommunikaatiotilanteessa. Silmät peilaavat tunteita ja näin ollen katseesta ja silmistä voi kohtaamistilanteessa lukea monia sanomatta jääneitä asioita. Sanattoman viestinnän osuus kohtaamisessa on merkittävä, varsinkin tunnetasolla. Vaikeasti sairaiden potilaiden ja heidän läheistensä aistit herkistyvät huomamaan pienimmätkin yksityiskohtaiset äänen, eleiden ja ilmeiden muutokset ammattilaisten viestinnässä. (Hietanen 2015, 244; Anttonen 2016, 62–63.)

Kuuntelemisen taito koetaan tärkeänä palliatiivisen hoitotyön vuorovaikutuksessa. Kuunteleminen vähentää tehokkaimmin väärinkäsitysten riskiä ja sitä pidetään keskeisimpänä viestintätaitona auttamisammattissa. Kuuntelemisessa yhdistyvät psyykinen, sekä fyysinen läsnäolo. Omien kuuntelutapojensa läpikäyminen ja tiedostaminen edistää parhaiten kuuntelemisen taitoa. Kuunteleminen voidaan jakaa viiteen eri osa-alueeseen: hakukuuntelu, valmiuskuuntelu, taustakuuntelu, tarkkaamaton kuuntelu ja aktiivinen kuuntelu. Hakukuuntelulla kuulija havainnoi ja kuuntelee selvittääkseen jotakin tiettyä asiaa, valmiuskuuntelussa valmius kuunnella on olemassa, mutta kuuntelijan huomio on toisaalla, taustakuuntelussa taustaäänien merkitys kuuntelulle on merkityksetön, tarkkaamattomassa kuuntelussa kuulija on tietoisesti lisännyt muun muassa radion taustaääneksi, aktiivinen kuuntelu tarkoittaa sitä kuuntelua, jossa kuuntelija keskittyy kuulemaansa asiaan ilman muita oheistoimintoja tai havainnoiteja. (Gothóni 2020, 15, 18.)

Kuuntelemisen keskeisimmät osatekijät muodostuvat toiminnasta, affektiivisesta kyvystä, kognitiivisesta osaamisesta, eettisestä herkkyydestä ja tilannetajusta. Affektiivisen kyvykkyyden eli tunneherkkyyden kautta kuuntelija antaa arvostuksen kuulemalleen asialle. Se on omien reaktioiden ja tunteiden tunnistamista, jonka avulla kuuntelija tiedostaa omien kokemustensa vaikutuksen kuuntelutilanteeseen. Kognitiivinen osaaminen kuuntelutilanteessa edellyttää kuullun asian ymmärtämistä, johtopäätösten tekemistä ja arviointia kuuntelun eri vaiheissa. Eettisyys on keskeinen tekijä kuuntelemisessa, se antaa ymmärryksen siitä, miksi kuunteleminen on tärkeää. Se vähentää vallan käyttöä ja auttaa tiedostamaan omat ja kulttuurista nousevat esteet kuuntelemistilanteessa. Tilannetaju auttaa ymmärtämään tilannekohtaiset esteet ja mahdollisuudet. Yhdenkin osatekijän laiminlyönti kuuntelutilanteessa voi estää parhaan mahdollisen kuulemisen ja huomioimisen. Kuuntelematta jättäminen kohtaamistilanteessa saattaa aiheuttaa suurta vahinkoa, jolla voi olla vakavat seuraukset. (Gothóni 2020, 18–21.)

Potilaiden ja läheisten mielestä toinen merkittävä vuorovaikutukseen kuuluva osatekijä on vastavuoroinen keskustelu. Potilas odottaa ammattilaisen olevan kiinnostunut hänen ja läheisen mielipiteistä, sekä toivoo aloitteellisuutta avun tarjoamisen suhteen. Potilaiden odotukset ammattilaisen vuorovaikutukselle liittyivät ohjeiden, opastuksen, kysymysten esittämiseen ja yleiseen kiinnostuksen osoittamiseen potilaan asioissa. Tyytyväisyys hoidon suhteen kasvoi, jos potilas koki pystyvänsä vuorovaikutuksessa ilmaisemaan omia mielipiteitään, pelkojaan ja ahdistusta ammattilaiselle. Vuorovaikutustilanteessa keskusteleminen muistakin asioista kuin sairaudesta koettiin tärkeänä. (Mattila 2001, 15–16.)

3 TEKNOLOGIAN HYÖDYNTÄMINEN PALLIATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ

Teknologiset ratkaisut kehittyvät jatkuvasti. Ratkaisujen hyödyntäminen osana palliatiivista ja saattohoitotyötä on vielä vähäistä. Teleterveys ja kehittyvät sovellukset antavat koko ajan enemmän mahdollisuuksia tietokoneen ja puhelimen kautta tapahtuvaan seurantaan ja kommunikointiin. Tutkimustietoa ei ole juurikaan saatavissa teknologiapalveluiden hyödyntämisestä ja käytöstä palliatiivisten- ja saattohoitopotilaiden hoidossa. (Hancock, Preston, Jones & Gadoud 2019, 1.)

On tutkittu, että palliatiivisessa hoidossa ammattilaisten välisen etäkonsultaatiomahdollisuuden on koettu parantavan yhteistyötä, esimerkiksi kotihoidon sairaanhoitajan ja palliatiivisen sairaanhoitajan välillä. Lisäksi etäkäyntien on koettu parantavan potilaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen saamista. Ammattilaisten näkökulmasta tulevaisuudessa on tärkeää järjestää koulutusta etähoidon toteuttamiseen liittyen. Vuorovaikutus- ja kohtaamistaidot korostuvat entisestään etäkontaktitoiminnassa, lisäksi hoidon tarpeen arvioiminen voi olla haasteellisempaa, kun potilaan luona ei olla fyysisesti. (Sipponen 2020, 10, 32.)

Englannissa vuonna 2010 teleterveydestä julkaistussa kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin teleterveyden hyötyjä palliatiivisessa hoidossa ja sen vaikutusta ensihoidon palveluiden tarpeeseen. Tutkimuksessa kävi ilmi, että terveydenhuollon ammattilaiset ja potilaat kokivat teleterveyden pääosin positiivisena asiana. Teknologian kattavuusalueet, infrastruktuuri ja taloudelliset kysymykset koettiin ammattilaisten puolelta suurimpana esteenä kehitykselle. Toisaalta myös potilaiden tietotekniset taidot ja ikä olivat esteitä teleterveyspalveluiden kehittämiseksi. Teleterveyspalveluiden kehittäminen voisi tuoda ratkaisun palveluiden saatavuuteen, maantieteellisiin välimatkoihin ja akuuttien palveluiden käyttöön. Tutkimuksesta käy ilmi, että lisätutkimusta tarvitaan teleterveyden hyödyntämisestä palliatiivisessa hoitotyössä. (Hancock ym. 2019, 1, 11, 13.)

Teknologia välitteinen yhteydenpito on koettu tunteiden ja kohtaamisen näkökulmasta hyödyllisenä ja positiivisena kontaktimuotona. Potilaiden puolelta sen on katsottu parantavan elämänlaatua ja tarjoavan läheisemmän tunteen keskusteltaessa ammattilaisen kanssa. Positiivisena on koettu kotoa lähtemisen ja vastaanotolla istumisen pois jääminen, lisäksi hoidollisten tietojen vaihtaminen ja niiden seuraamisen helpottuminen on antanut potilaille osallistumisen tunteen videovälitteisessä kommunikaatiossa. Teknologia on mahdollistanut validoitujen luokitteluasteikkojen ja oirekyselyiden hyödyntämisen hoidon arvioinnissa ja seurannassa. Tämän myötä ammattilaisella on etäkontaktin aikana mahdollisuus käyttää graavista näyttöä osana kokonaisuhoitoa. (Ansari ym. 2021.)

Teknologia kehitys ja älypuhelimet ovat lisänneet digitaalisuutta yhteiskunnallisesti ja asettaneet meidät vastakkain sen tosiasian kanssa, voimmeko edistää hoidon ja palveluiden laatua näiden mahdollisuuksien avulla myös palliatiivisen hoidon toteutuksessa? Onko teknologisia ratkaisuja mielekästä käyttää elämän loppuvaiheen hoidossa? Teknologiaa käytetään jo nyt varsin innovatiivisilla tavoilla terveydenhuollossa esimerkiksi kivunhoidossa, sähköisissä palveluissa ja tietojärjestelmissä. Pitkien välimatkojen aiheuttama eriarvoisuus palliatiivisen hoidon saatavuudessa on yksi suurimmista haasteista nykypäivänä. Tähän nähdään ratkaisuna teletieteen ja teleterveyden kehittäminen. (Mills 2019, 145–146.)

Palliativiseen hoitoon suunnattu integroitu virtuaalinen hoitomalli edellyttää tulevaisuudessa usean eri osatekijän huomioon ottamista. Tämä pakottaa teknologian lisäksi, aivan uuden ajattelumallin ja käytännön luomista palliativiseen hoitoon, jossa yhdistyvät digitaalisuus ja palliativisen hoidon asiantuntijuus, minkä kautta palliativisen hoidon suunnittelua voidaan rakentaa kestäväälle pohjalle. Virtuaalipohjaisen palliativisen hoitomallin kehittäminen vaatii keskeisten kysymysten pohtimista laaja-alaisesti. Näihin kysymyksiin sisältyy kattavan standardoitu arvioinnin suunnittelu, proaktiivisen hoitosuunnitelman laatiminen ja monialainen yhteistyö eritahojen kanssa. Tämän lisäksi vaaditaan laajan ymmärryksen keräämistä potilaiden ja ammattilaisten kokemuksista palliativisen hoidon toteuttamisesta virtuaalisten ja digitaalisten palvelujen kautta. (Disalvo ym. 2021, 1402–1403.)

Yksi uusimmista palliativiseen hoitoon suunnatuista suomalaisista digitaalisista innovaatioista on Kaiku health -digitaalinen palvelu, jonka visiona on helpottaa palliativisten potilaiden voinnin seuranta ja yhteydenpitoa hoitavaan tahoon. Palvelua voidaan hyödyntää osana palliativista hoitoa. Potilas voi täyttää Kaiku health -sovelluksessa oireseurantakyselyn ja muita elämänlaatumittareita säännöllisin väliajoin. Potilaalla on myös mahdollisuus lähettää viestejä ja kysymyksiä hoitavaan yksikköön kiireettömissä asioissa. Kaiku healthin tarkoituksena on tarjota henkilökohtaista tukea, parempaa elämänlaatua ja oirehallintaa, sekä reaaliaikaisesti potilaan voinnista hoitavalle taholle. Kaiku health on perustettu 2012 Aalto Yliopistossa, josta se on laajentunut nopeasti jopa globaalista kiinnostuksesta herättäväksi ilmiöksi. (Digi-HTM-arviointi 2020; Kaiku Health 2022.)

3.1 Kohtaaminen teknologian avulla

Digitaalivälitteisessä kommunikoinnissa ja yhteydenotossa on tärkeää perehtyä sosiaalisiin lainalaisuuksiin. Psykologisesti ajatellen sosiaalisuus mielletään kyvyksi tunnistaa ja reagoida muiden ajatuksiin, tunteisiin ja mielentiloihin. Aivot ovat geneettisesti virittyneet sosiaaliseen kanssakäymiseen ja vuorovaikutukseen. Etäkontakti välitteinen kotoa tapahtuva kohtaaminen vaatii panostamista sosiaalisiin taitoihin. Se, mitä menetetään etäkontaktin välitteisessä kohtauksessa, on kosketus ja läsnäolo. Näin ollen onkin syytä panostaa niihin tekijöihin, joilla voidaan kasvattaa luottamusta kohtauksissa. Erityistä huomiota on hyvä kiinnittää kohtauksessa tapahtuvaan puheeseen ja ilmaisuun. Kasvoilla on suuri merkitys videovälitteisessä vuorovaikutuksessa. Pelkät kuvat eivät välitä emotionaalisia viestejä yhtä tehokkaasti kuin kasvot ja kasvojen ilmeet. Fyysinen kuva reaaliaikaisessa videovälitteisessä yhteydenotossa liittyy vahvasti läsnäoloon, jota ihminen käsittelee suuremmalla herkkyydellä. (Pönkänen 2018, 50–52.)

Etäkontaktissa katsekontaktin tavalla ja määrällä voidaan edesauttaa ja toisaalta torjua toinen ihminen. Suoraan kohdistettu katse herättää tarkkaavaisuutta ja lähestymismotivaatiota paremmin, kuin esimerkiksi sivuun suunnattu katse. Toisaalta katseen kohteena oleminen itsessään herättää tunteita ja saa ihmisen fyysisesti virittyneeseen tilaan. Videon välityksellä tapahtuva kohtaaminen lisää luonnostaan ihmisen sosiaalista käyttäytymistä, sillä ihminen haluaa aina antaa hyvän kuvan itsestään tarkkailunalaisena. Tämä on hyvä ottaa huomioon kohtauksissa. (Pönkänen 2018, 51–52, 55.) Etäkontaktivälitteisessä kommunikaatiossa ammattilaisen kyky vähentää instituutionaalista kodin ja hoitavan tahon välistä rajaa edesauttaa viestinnän vaikuttavuutta ja hoidon laatua, sekä lisää potilaan ja hänen läheisensä välistä yhdenvertaisuutta (Ansari ym. 2021).

Norjalainen tutkimus vuodelta 2021 tutki yleislääkäreiden kokemuksia videovälitteisestä hoidosta, covid-19 -pandemian aikana. Tutkimuksen mukaan lääkärit kokivat videovälitteisen diagnostiikan, hoidon suunnittelun ja jatkohoidon arvioinnin soveltuvimpana tapauksissa, joissa potilas oli lääkärille ennestään tuttu. Turvallisen hoidon toteuttamisen vuoksi akuutit sairaudet, kuten hengitysvaikeudet, rinta- ja vatsakipu, liikunta- ja tukielinsairaudet, sekä uudet vakavat sairaudet, kuten syöpä, koettiin videovälitteisessä kohtaamisessa vaikeana. Vanhempien ja heikkokuntoisten ihmisten arviointia videovälitteisesti pidettiin myös haastavana. Tutkimustulosten mukaan fyysinen kohtaaminen oli lääkäreiden mielestä yhä turvallisin keino oikean diagnoosin, kokonaishoidon suunnittelun ja hoidon laadun takaamiseksi. Riskien minimoinnin kannalta videovälitteisen kohtaamisen ei koettu korvaavan kokonaishoidossa fyysistä kohtaamista ja kliinistä tutkimista, vaikka potilaat olivat yleisesti ottaen tyytyväisiä videovälitteiseen kohtamiseen. Myönteisiksi tekijöiksi nousi kustannustehokkuus, helppous ja matala kynnys olla yhteydessä potilaisiin. (Johnsen ym. 2021, 11–13.)

Etäkontakti välitteinen kohtaaminen mahdollistaa hoidon tarjoamisen tulevaisuudessa entistä laajemmalle alueelle. Alueet, jotka aikaisemmin ovat olleet eristyksissä tai maantieteellisessä mielessä syrjässä, voidaan nykyaikaisten teknisten laitteiden ja sovellusten avulla saavuttaa ja mahdollistaa yhdenvertainen hoito. Palliatiivisen hoidon osalta näyttöä etäkontaktivälitteisestä hoidon riittävydestä ja kustannustehokkuudesta ei vielä juurikaan ole. Vakavasti sairaan hoito edellyttää laaja-alaista huomiointia ja näin ollen kasvojen tapaaminen fyysisten ja psyykkisten oireiden huomiointiseksi nähdään potilaan ja läheisen kannalta yhä eettisesti parhaana vaihtoehtona. (Finucane ym. 2021, 64.)

3.2 Teknologian kehittyminen sosiaali- ja terveysalalla

Digipalveluiden lisääminen tulevaisuudessa on keskeisimpiä tavoitteita World Health Organization luonnoksessa globaalista strategiasta digitaaliterveydenhoidolle vuosina 2020–2024 (WHO 2020.) Lisäksi Megatrendit 2020 nostaa selvityksessään teknologisen kehityksen ja digitalisaation keskeiseksi tekijäksi tulevaisuudessa. Teknologiset ratkaisut tuovat tullessaan uusia toimintatapoja, jotka eivät itsessään vaikeuta asioita. Vaikeus piilee kyvyssä tehdä asioita uudella tavalla. Vaikka kehitys tuokin tullessaan uusia digitaalisia ratkaisuja terveydenhuoltoon, keskeisimmäksi nousevat palveluiden käytön helppous ja ymmärrettävyys, tämä nähdään tärkeänä varsinkin vanhempia ihmisiä ajatellessa. (Dufva 2019, 38–40.) Myös potilaiden eriarvoisuus digitaalisten palveluiden suhteen on ratkaisevassa osassa tulevaisuuden terveyspalveluita rakentaessa. Oikein suunnatut palvelut ja niiden helppokäyttöisyys ovat keskiössä suunniteltaessa kohdennettuja palveluita. Terveydenhuollon yksiköiden välillä tietojen näkyvyys ja siirto on myös yksi tulevaisuuden haasteista. (Patrikainen 2020, 17–18.)

Teknologian kehittyminen ja digitalisaatio nähdään yhtenä keskeisimmistä keinoista edistää kliinisen työn turvallisuutta, tehostaa hoitoa ja tukea työntekijää työssään. Lisäksi digitalisaation ja tekniikan kehittyminen edistää työn suunnittelua ja tutkimista. Siitä nähdään olevan hyötyä palvelun tarjoajille kuin myös potilaille. Keskeisimmät haasteet teknologian kehittämiseksi ja digitalisaation laajenemiselle nähdään käytön monimutkaisuudessa, suunnittelussa ja prosessien haasteellisuudessa. Myös käyttäjien motivaation ja muutoksen edellyttämä oppiminen terveydenhuollossa nähdään yhtenä esteenä tulevaisuuden kehitystyötä ajatellen. Potilaiden näkökulmasta palveluiden luotettavuus ja

luottamuksen ylläpitäminen on keskeinen tekijä käytön kannalta. Jos luottamus järjestelmän toimivuuteen menetetään, sitä on vaikea saada takaisin. Tällöin myös palvelun käyttäminen ja sen tuoma hyöty jäävät vähäiseksi. (Patrikainen 2020, 13–16.) Uusimpien teknologisten sovellusten hyödyntäminen osana kokonaishoitoa kotona ja sairaalassa lisää hoidon laatua ja vaikuttavuutta. Digitaalinen ja videovälitteinen yhteydenpito edesauttavat potilaiden hyvinvointia ja yhteyden pitämistä läheisiin muun muassa sairaalassa olemisen aikana (Ansari ym. 2021.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla palliatiivisen potilaan ja ammattilaisten kokemuksia etäkontaktitoiminnasta kotisairaalassa ja palliatiivisella poliklinikalla. Tavoitteena on edistää laadukkaan palliatiivisen hoidon tasavertaista saavutettavuutta.

Tutkimuskysymykset ovat:

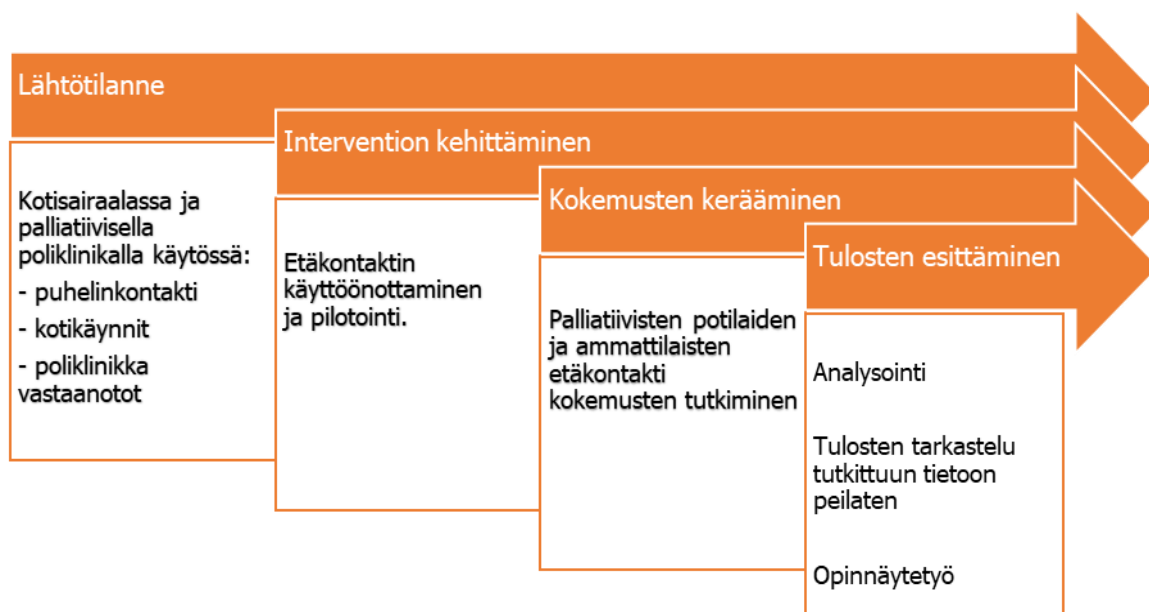
- Miten kotisairaalan ja poliklinikan palliatiiviset potilaat kokevat etäkontaktin käytön ammattilaisten kanssa?
- Miten ammattilaiset kokevat etäkontaktin käytön palliatiivisten potilaiden hoidossa?
- Soveltuuko etäkontakti palliatiiviseen hoitotyöhön?

5 TUTKIMUSMENETELMÄT

Opinnäytetyössä sovellettiin laadullista interventiotutkimuksen menetelmää. Tutkimukseen kuului kaksi osatutkimusta; palliatiivisten potilaiden kokemukset etäkontaktista ja palliatiivisen hoidon ammattilaisten kokemukset etäkontaktin hyödyntämisestä osana palliatiivista hoitotyötä. Potilaiden aineisto kerättiin teemahaastatteluna ja ammattilaisten aineisto laadullisella kyselytutkimuksella. Aineistot analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tutkimuksessa käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on tutkia yksittäistä ilmiötä ilman yleistämistä. Pyrkimyksenä on saavuttaa syvälinen ymmärrys tutkittavasta asiasta tutkimalla ihmisten kokemusta ja näkemystä. (Kananen 2017b, 35–36. 2) Laadullinen tutkimus on prosessi, koska kyseessä on inhimillinen aineiston keruumenetelmä, jonka pääosassa on tutkija itse. Näkökulmat ja tulkinnat ovat aina tutkija lähtöisiä, jotka perustuvat tutkimustoiminnan ymmärrykseen ja näkökulmaan. Laadullisessa tutkimuksessa eteneminen ei välttämättä ole tutkimuksen alussa täysin selkeää. Valitun lähestymistavan tiedostaminen, oppiminen ja kehittyminen, sekä tarvittaessa kyky uudelleen arviointiin kehittyä tutkimuksen edetessä. Laadullinen tutkimus on jatkuvaa päätösten tekemistä ja ongelmien ratkaisemista prosessin aikana. (Kiviniemi 2010, 70–71.)

Opinnäytetyö on interventiotutkimus. Interventiotutkimuksella pyritään ratkaisemaan käytännön ongelma, johon etsitään ratkaisua perehtymällä ongelmaa koskeviin teorioihin. Perehtymisen kautta haetaan interventiokeinoa, jonka kautta ongelmaa lähdetään ratkaisemaan. Interventiotutkimus etenee nykytilanteen (konstruktion) kautta interventio toimintaan. Konstruktion kautta löydetty ratkaisu testataan tutkimuksen aikana. Intervention jälkeen kerätään tutkimuksen aikaista tietoa tutkittavilta ja tutkimukseen osallistujilta haastattelemalla, havainnoimalla ja kyselemällä. Näin saadaan aikaiseksi muutosprosessi, joka johtaa tulevaisuudessa ongelman lopulliseen muuttumiseen. Interventiotutkimuksen keskeisin ero muihin tutkimuksiin on konkreettinen toimenpiteiden ja kokeiluiden tekeminen. Perinteisen tutkimuksen tulokset jäävät yleensä toteavalle tasolle ilman käytännön toimia. Interventioon kuuluva testaaminen vaatii aina henkilöstön sitoutumista. Tutkimuksen alulle laittaminen edellyttää kohdeorganisaation sitoutumista asiaan pitkällä aikavälillä. (Kananen 2017a, 33–37.) Tämän tutkimuksen interventiona kotisairaala ja palliatiivisella poliklinikalla otettiin käyttöön etäkontakti, minkä jälkeen tutkittiin potilaiden ja ammattilaisten kokemuksia etäkontaktin käyttämisestä (Kuva 1). Tutkimuksessa palliatiivisella potilaalla tarkoitetaan potilasta, jolle on tehty palliatiivinen hoidonlinjaus tai saattohoitopäätös. Ammattilaisilla tarkoitetaan kotisairaalan ja palliatiivisen poliklinikan lääkäreitä ja sairaanhoitajia.



KUVA 1. Tutkimusasetelma

5.1 Tutkimusympäristö

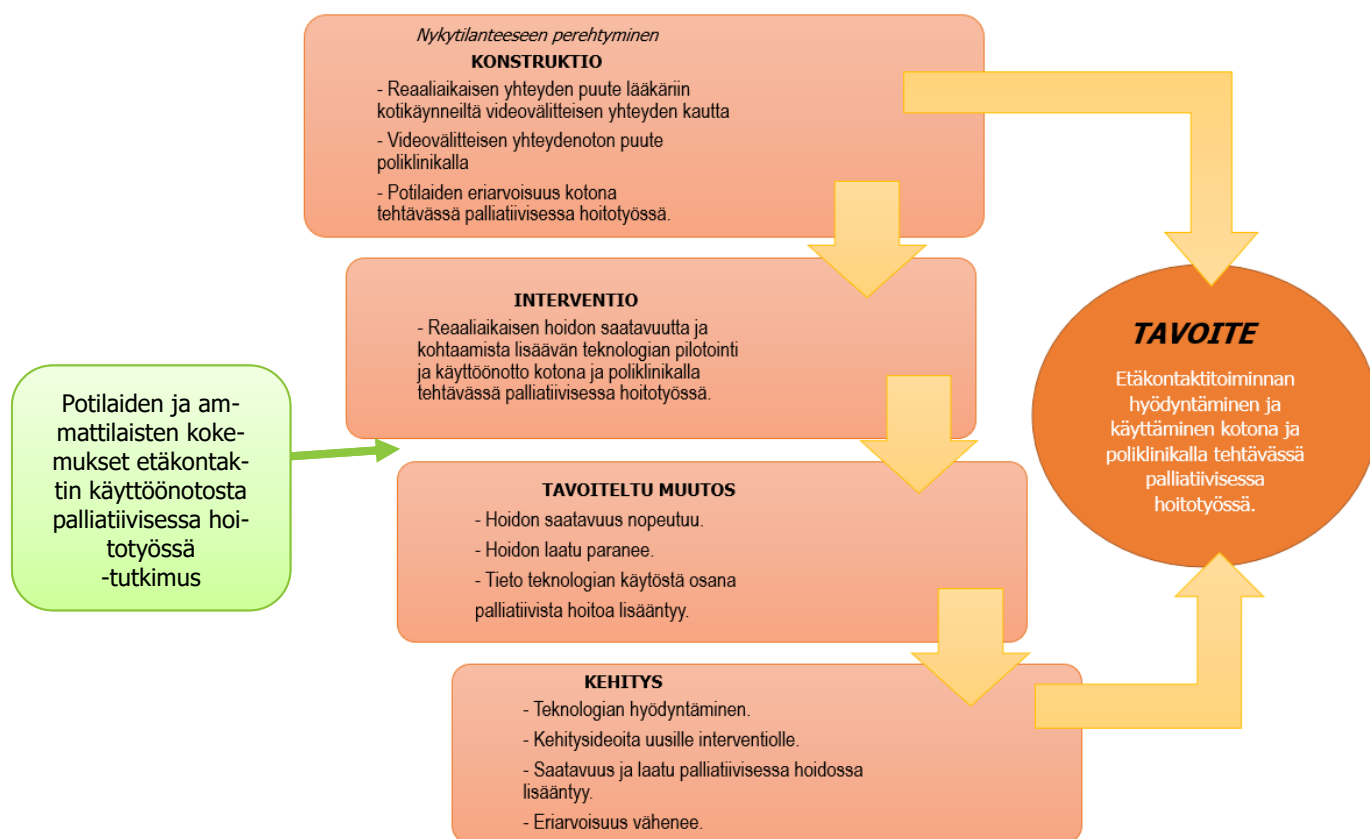
Tutkimus toteutettiin palliativisen keskuksen kotisairaalassa ja palliativisella poliklinikalla. Kotisairaala tarjoaa potilaan kotona annettavaa sairaalatasoista hoitoa, johon kuuluu osaksi palliativinen kotisairaalahoido. Palliativisen kotisairaalan kautta mahdollistuu elämän loppuvaiheessa olevan potilaan yksilöllinen, turvallinen ja korkeatasoinen hoito, sekä kotona kuoleminen. Työskentely ympäristönä on potilaan koti, mikä luo omat erityishaasteensa palliativiselle hoidolle psykososiaalisten, inhimillisten ja eettisten ulottuvuuksien korostumisella. Normaalin kodin lisäksi potilaan koti voi olla palveluasumisessa, ryhmäkodissa tai hoitokodissa. Kotisairaala toimii ympärivuorokauden ja sen toimintaa ovat ohjaamassa hoidon saatavuus, toiminnan joustavuus, lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan sitoutuminen sekä palliativisen hoidon osaaminen. (Tervala 2014, 8–9.)

Palliativinen poliklinikka tarjoaa palliativista hoitoa ja tukea maakunnan alueen palliativisille potilaille. Maakunnan alueen hoitoyksiköt voivat tarvittaessa konsultoida poliklinikkaa palliativisen hoidon toteutukseen liittyen. Poliklinikalta tehdään käynnejä maakunnan terveyskeskuksiin järjestäen niissä palliativisen hoidon vastaanottoja. Palliativisen poliklinikan tarjoamaan hoitoon kuuluvat suunnitellut ensikäynnit, voinnin seurantakäynnit ja vointisoitot. Poliklinikalla työskentelee myös palliativisen hoidon asiantuntija sairaanhoitaja, jonka työkuvaan kuuluu palliativisen hoidon kehittämiseen liittyvät asiantuntijatehtävät. Palliativinen poliklinikka ja kotisairaala tekevät tiiviistä yhteistyötä lähialueen potilaiden hoitamisessa.

5.2 Intervention kehittäminen

Intervention kehittämisessä ja testaamisessa sovellettiin interventionistisen tutkimuksen muutosprosessimallia (Kuva 2). Kyseisen lähestymistapa valittiin tutkimusaiheen ja tutkimustarpeen lähtökohdat huomioiden. Muutosprosessimalli lähti liikkeelle konstruktiosta, eli lähtötilanteesta, edeten intervention kautta tavoiteltuun muutokseen. Intervention lähtökohdat nousivat käytännön tasolta. Inter-

ventiona toteutettiin yksi suunniteltu muutos, jonka tarkoituksena oli kehittää kotisairaalan ja palliatiivisen poliklinikan toimintaa aikaisempaan tilanteeseen verrattuna. Toiminnan kautta testattua muutosta tutkittiin ja tuotiin näkyväksi osallistuneiden kautta, mikä mahdollisti kehityksen saavuttamisen käytännön tasolla. Tutkimuksen ajankohta sijoittui interventiovaiheen jälkeiseen hetkeen, jolloin potilaat ja ammattilaiset olivat testanneet etäkontaktin käyttämistä osana palliatiivista hoitoa. Näin pystyttiin kartoittamaan mielipiteitä ja ajatuksia toteutetusta interventiosta. (Kananen 2017a, 33–36). Tavoitteena oli etäkontaktin käyttöönotto osaksi kotona ja palliatiivisella poliklinikalla tehtävää hoitotyötä. Prosessin tarkoituksena oli saada testattua toiminnan kautta tietoa osaksi käytännön hoitotyötä. (Sipilä, Mäntyranta, Mäkelä, Komulainen & Kaila 2016.)



KUVA 2. Interventioprosessin kuvaus (Mukailten Kananen 2017a, 33, 35).

Konstruktio: Kotisairaalaissa ja palliatiivisella poliklinikalla on ollut tarve tehostaa toimintaa ja kehittää hoidon laatua entisestään. Opinnäytetyön myötä kotisairaalaissa ja palliatiivisella poliklinikalla otettiin käyttöön etäkontaktitoiminta. Aiemmassa kotisairaalan toimintamallissa hoitajat tekivät ensin kotikäynnin, minkä jälkeen tulivat toimistolle kirjaamaan käynnin ja siirtämään mahdollisesti otetut valokuvat potilastietojärjestelmään. Tehdyn kirjauksen perusteella lääkäri otti kantaa potilaan jatkohoitoon. Palliatiivisten potilaiden hoitoon kuuluvat myös ennalta suunnittelemattomat akuuttikäynnit. Yleensä akuuttikäyntien syy on potilaan voimien huonontuminen tai oireen paheneminen. Potilaan oirekuvan muuttuessa tarvitaan usein lääkärinkannanotto jatkohoidon järjestämiseksi. Kotisairaalan lääkäri pystyy tekemään arkena yhden kotikäynnin päivässä yhdessä sairaanhoitajan kanssa. Lääkärin kotikäynneille olisi tarvetta enemmänkin, mutta nykyisessä resurssitilanteessa tämä ei ole mahdollista. Palliatiivisella poliklinikalla hoidetaan maakunnan ja lähialueen palliatiivisia potilaita, jotka

pärjäävät vielä kotona. Potilaat käyvät sovitusti poliklinikalla vointi- ja seurantakäynneillä lääkärin ja hoitajan vastaanotoilla. Kontrollikäyntien välillä poliklinikan sairaanhoitajat ovat yhteydessä potilaisiin tai heidän läheisiinsä vointisoittojen merkeissä.

Interventio: Tutkimuksen interventio on etäkontaktitoiminnan testaaminen kotisairaalassa ja palliatiivisella poliklinikalla. Kesän 2021 aikana kotisairaalan hoitajille hankittiin henkilökohtaiset työpuhelimet. Työpuhelimet mahdollistivat etäkontaktiin soveltuvan Teams -sovelluksen käyttämisen organisaation tietoturvaohjeistuksen mukaisesti. Teams on monikäyttöinen pilvipalvelun viestintätyökalu, minkä avulla pystytään toteuttamaan puhelin-, chat-, video- ja verkkokokouksia. Teams soveltuu työyhteisön sisäisenviestinnän apuvälineeksi, kuin myös asiakkaan ja ammattilaisen väliseen viestintään ja kohtaamiseen. (Microsoft 2021.)

Etäkontaktitoiminnan testaaminen aloitettiin kotisairaalassa ja palliatiivisella poliklinikalla alkusyksystä 2021. Kotisairaalassa etäkontaktin käyttäminen tapahtui siten, että kotisairaalan sairaanhoitaja oli potilaan kotona kotikäynnillä ja loi puhelimen tai tietokoneen välityksellä etäyhteyden kotisairaalan lääkäriin. Etäkontaktin aikana lääkäri pystyi haastattelemaan ja tutkimaan potilaan etänä hoitajan avustuksella. Osa etäkonteista oli ennakkoon suunniteltuja ja osa taas akuutteja konsultaatioyhteydenottoja. Palliatiivisen poliklinikan puolella testaaminen toteutettiin siten, että osa vointisoitoista muutettiin suunnitelluiksi etäkontakteiksi potilaan suostumuksella. Noin viikkoa ennen etäkontaktia poliklinikan sihteeri lähetti potilaalle salatun sähköpostiviestin, jossa oli suojattu linkki etäkontaktitapaamiseen liittymistä varten. Etäkontaktien ajankohdat hoitaja sopi potilaan kanssa yhdessä. Etäkontaktitoiminnan testaaminen päättyi kotisairaalassa ja palliatiivisella poliklinikalla helmikuussa 2022.

Tavoiteltu muutos: Tällä hetkellä valtakunnallinen ja kansainvälinen suunta on teknologian ja digitalisaation lisääminen osaksi hoitotyötä. Intervention tavoiteltu muutos on suoraan liitoksissa organisaatiomme tulevaisuuden visioihin sekä palliatiivisen hoidon kehittämiseen valtakunnallisesti. Intervention tavoitteena on maakunnan alueen palliatiivisen hoidon saatavuuden paraneminen. Lisäksi toinen keskeinen tavoite on palliatiivisen hoidon laadun parantaminen tarjoamalla potilaille digitaalisia vaihtoehtoja osaksi kokonaisuhoitoa.

Kehitys: Intervention myötä palliatiivisessa keskuksessa käytetään teknologiaa kattavammin palliatiivisten potilaiden hoidossa. Palliatiivisen hoidon saatavuus ja laatu parantuu, sillä potilailla on etäkontaktin avulla parempi mahdollisuus päästä kasvokkain keskustelemaan lääkärin tai hoitajan kanssa pitkänkin välimatkan takaa. Eripuolilla maakuntaa asuville potilaille pystytään tarjoamaan aiempaa paremmin samanarvoisempaa hoitoa etäkontaktin avulla. Lisäksi intervention myötä palliatiivisessa keskuksessa voi kehittyä uusia interventioideoita hoidon ja toiminnan tehostamiseksi ja parantamiseksi tulevaisuudessa.

5.3 Aineiston keruu potilailta

Potilaiden aineisto kerättiin teemahaastatteluna. Haastattelut toteutettiin alkuvuodesta 2022. Haastatteluja tehtiin neljä. Haastattelurunko (Liite 1) oli ennakkoon suunniteltu. Kysymykset haastattelurunkoon nousivat kerätystä teoretiedosta ja laadullisista tutkimuskysymyksistä. Haastattelussa kysyttiin potilaan taustatiedoiksi ikä, koulutus, sukupuoli ja kuinka kauan hän on ollut kotisairaalan tai

palliativisen poliklinikan hoidossa. Haastattelussa oli kaksi teemaa; kokemus etäkontaktista ja kohtaaminen/ kommunikaatio etäkontaktin aikana. Teemat lähetettiin potilaille enakkoon nähtäväksi yhdessä tutkimustiedotteen (Liite 2) kanssa.

Potilaat valikoituivat haastatteluun toteutuneiden etäkontaktien perusteella. Toteutuneen etäkontaktin jälkeen hoitaja kysyi potilaalta halukkuutta osallistua tutkimukseen antaen potilaalle tutkimustiedotteen, jossa kerrottiin, millainen tutkimus on kyseessä ja miten tutkimus toteutetaan. Tutkimustiedotteen liitteenä potilas sai tietosuojaselosteen, josta kävi ilmi henkilötietojen käsittely tutkimuksen aikana. Mikäli potilas halusi osallistua tutkimukseen, hän täytti yhteystietolomakkeeseen (Liite 3) omat yhteystietonsa (nimi, puhelinnumero ja sähköpostiosoite) antaen lomakkeen hoitajalle. Yhteystietolomakkeet kerättiin kotisairaalan toimistolla olleeseen lukolliseen laatikkoon, johon ainoastaan tutkijoilla oli pääsy. Saatujen yhteystietojen perusteella potilaisiin otettiin yhteyttä tutkimuksen esitlemiseksi ja haastatteluajankohdan ja -paikan sopimiseksi.

Ennen ensimmäistä haastattelua oli hyvä harjoitella enakkoon haastattelutilannetta teemahaastattelurungon mukaisesti kollegoiden ja läheisten kesken. Lisäksi oli tärkeää perehtyä keskustelujen rakenteeseen ja haastattelun lain alaisuuksiin. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 23.) Läpi käytiin myös haastattelemiseen liittyviä haasteita syventymällä haastattelututkimuksiin ja haastattelun osatekijöihin. Haastattelua tehtäessä herkkyys oli tärkeää. Tutkittavasta aiheesta riippumatta yksilön haavoittuvuutta ja emotionaalista taakkaa ei voi ennakoida, siihen vaikuttavia tekijöitä voivat olla muun muassa haastateltavan elämäntilanne, sairaudet ja kulttuuritekijät. Haastattelijana oli hyväksyttävä oma erillisyyss haastateltavaan nähden. Jokainen haastattelutilanne vaatii herkkää korvaa, mikroetiikkaa, kohtaamisentaitoa ja kykyä nopeisiin ratkaisuihin. (Luomanen & Nikander 2017, 291, 294.)

Haastattelutilanteeseen mennessä kohteliasta oli esittäytyä. Aina ennen haastattelun aloittamista oli tapana keskustella jostain muusta, kuten säästä tai päivän tapahtumista. Puhumalla arkisista asioista sai luotua haastattelulle hyvän maaperän ja luottamuksellisen ilmapiirin. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 23–24.) Lisäksi läpi käytiin missä roolissa olimme haastattelutilanteessa. Haastattelijan rooli on hyvä käydä läpi haastattelutilanteessa, varsinkin jos haastattelijalla toimii muussakin roolissa haastateltavan suhteen. Roolin läpikäyminen saattaa auttaa haastattelutilanteessa, mutta se voi myös vaikeuttaa haastattelua. Tämän vuoksi tutkijan on hyvä asettaa myös itsensä tutkimuksen kohteeksi haastattelutilanteessa. (Aaltonen 2005, 168, 187.)

Kolme potilasta haastateltiin kotona ja yksi potilas etäkontaktin välityksellä. Haastattelutilanteissa molemmat meistä oli paikalla, mutta vain toinen toimi haastattelijana. Haastattelutilanne eteni siten, että ensin käytiin yhteisesti läpi suostumus tutkimukseen osallistumisesta (Liite 4), minkä jälkeen suostumus allekirjoitettiin. Etäkontaktihaastattelussa suostumukseen pyydettiin suullinen allekirjoitus. Ennen varsinaisen haastattelun aloitusta kerrottiin haastattelun kulku ja käytiin tarvittaessa läpi epäselviä asioita. Haastattelut nauhoitettiin aineiston analyysin helpottamiseksi. Ennen haastattelun aloitusta oli hyvä käydä läpi haastattelun kulkua yhdessä haastateltavan kanssa, vaikka haastateltava olikin saanut haastattelua koskevat asiakirjat jo edeltävästi nähtäväksi. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 24.)

Haastattelut aloitettiin aina selkeästi kertomalla ”nyt aloitamme haastattelun”. Haastattelun kulku mukaili ennakkoon lähetettyä teemahaastattelurunkoa. Haastattelutilanteessa haastattelijana oleva pyrki mahdollisimman vähän puuttumaan haastateltavan kertomukseen reagoimalla lyhyesti ja neutraalin vastavuoroisesti keskusteluun. Haastattelun aikana saatettiin tehdä jatkokysymyksiä tai ohjata haastateltavaa takaisin aihetta koskevaan teemaan kysymällä esimerkiksi ”Millä tavoin hän koki kasvojen näkymisen etäkontaktissa?”. Tietyn oletetun tunteen sijaan haastateltavaa autettiin itse ajattelemaan ja jakamaan tunteensa. Haastattelijan tehtävänä on läpi haastattelun rohkaista haastateltavaa itse kuvaamaan tilanteita ja ajatuksiaan omien näkemysten ja tunteidensa avulla, sekä omin sanoin. (DiCicco-Bloom & Crabtree 2006, 316–317; Ruusuvoori & Tiittula 2005, 23–24.)

Haastattelu lopetettiin aina selkeästi sanomalla ”nyt lopetamme haastattelun”, minkä jälkeen haastattelusta kiitettiin. Haastattelu on hyvä aloittaa tietyllä tavalla, mutta tärkeää on myös päättää keskustelu, vaikka kiittämällä tai kehumalla haastattelun antajaa. On hyvä sanoa ääneen, milloin haastattelu aloitetaan ja lopetetaan, jotta molemmat ovat asiaan valmiita. (Ruusuvoori & Tiittula 2005, 23–24.)

5.4 Aineiston keruu ammattilaisilta

Ammattilaisten aineisto kerättiin Webropol -verkkokyselynä. Aineisto kerättiin kolmen viikon aikana maaliskuussa 2022. Taustatiedoiksi kysyttiin ammattilaisten ikä, koulutustausta, sosiaali- ja terveysalan työkokemus ja palliatiivisen hoidon työkokemus. Taustatietojen lisäksi kyselylomakkeessa (Liite 5) oli kuusi avointa kysymystä, jotka käsittelivät etäkontakti kokemusta, etäkontaktin käyttöä ja sen soveltuvuutta palliatiiviseen hoitotyöhön. Webropolin kautta lähetetyn kyselylinkin yhteydessä oli nähtävissä sähköinen tutkimustiedote (Liite 6) ja suostumus tutkimukseen osallistumisesta (Liite 7).

Kyselylomake lähetettiin 17 ammattilaiselle maaliskuun alussa. Ensimmäinen muistutus kyselyyn vastaamisesta lähetettiin viikon päästä kyselyn lähettämisestä, toinen kahden viikon päästä ja viimeinen muistutus kolmen viikon päästä. Kyselyyn vastasi 10 ammattilaista.

5.5 Aineiston analyysi

Tutkimusaineistot analysoitiin käyttämällä aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä edetään aineiston ehdoilla. Tutkimuksen aikaiset havainnot ja kerätty aineisto määrittävät tutkimuksen lopputuloksen. Teoria kannattelee toteutettavaa tutkimusta ja antaa sille perustan, mutta sillä ei saa olla vaikutusta itse tutkimuksen suorittamiseen tai lopputulokseen. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin kohdalla oli pohdittava, onnistuuko omien ennakkoluulojen kontrolloiminen niin, etteivät ne vaikuta aineiston keräämiseen ja lopputulokseen. (Kynäs, Elo, Pölkki, Kääräinen & Kanste 2011, 139; Tuomi & Sarajärvi 2018, 92–94.)

Haastattelun ja kyselylomakkeen tutkimusaineistot käsiteltiin erillään hyödyntäen tutkijatriangulaatiota. Haastatteluiden jälkeen nauhoitukset litteroitiin heti. Kun kaikki haastattelut olivat toteutuneet, aineisto klusteroitiin ajatuskokonaisuuksiksi. Molemmat tekivät ensin oman aineistolähtöisen redusoinnin, minkä jälkeen käytiin yhdessä läpi esiin nousseet alaluokat. Tämän jälkeen yhdessä abstrahoitettiin yläluokat ja pääluokat (Taulukko 1). Sama toistettiin ammattilaisten aineiston kohdalla (Taulukko 2).

TAULUKKO 1. Esimerkki palliativisten potilaiden aineiston sisällön analyysistä.

Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Maskittomuus Ääni saa kasvot Näet, kenen kanssa keskustele Kasvot tulevat tutuiksi Tunteet välittyvät paremmin Läheisempi tunne, kun näkee toisen Mikroilmeet ja eleet näkyvät Tiiviimpi katsekontakti toisen kanssa	Katse, ääni, kohtaaminen Tunteet, katseet, ilmeet	Positiivinen kokemus kohtaamisessa Positiivinen kokemus kohtaamisessa	Etäkontaktin vahvuudet potilaiden näkökulmasta

TAULUKKO 2. Esimerkki ammattilaisten aineiston sisällön analyysistä.

Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Näkee potilaan olemuksen, ilmeet ja eleet Sanatonta viestintää pystyy käyttämään puhelimeen verrattuna Infektiot ja Covid ei tartu etäkontaktissa -> Maskittomuus, kasvot näkyvät Potilaalla mahdollisuus keskustella lääkärin kanssa kasvotusten Lääkäri saa paremman käsityksen potilaan kunnosta Lääkäri saa tietoa potilaan voinnista hänen kertomanaan näköyhteyden kanssa Lääkäri ei voi tutkia potilasta Lääkäri jää etäkontaktissa hieman etäiseksi verrattuna kotikäyntiin Potilaan huono kuulo vaikeuttaa kommunikaatiota	Ilmeet, eleet, sanaton viestintä Voinnin seuranta Hoidolliset esteet	Mahdollistaa kohtaamisen ja vuorovaikutuksen Hoidon tarpeen arviointi Kanssakäymisen, tutkimisen ja kommunikation esteet	Etäkontaktin vahvuudet ammattilaisten näkökulmasta Etäkontaktin heikkoudet ammattilaisten näkökulmasta

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Tutkimuksen aineisto koostui potilashaastatteluista (n=4) ja ammattilaisten laadullisista kyselylomakkeista (n=10). Vastaajien taustatiedot esitetään taulukoissa 3 ja 4.

Kaikilla palliatiivisilla potilailla oli saattohoitopäätös. Kolmen potilaan haastattelussa oli läsnä myös omainen, joka saattoi auttaa kommunikaatiossa. Potilaat olivat iältään 50–85 vuotta ja olivat olleet 4–12 kuukautta kotisairaalan tai palliatiivisen poliklinikan hoidossa. Koulutustasoltaan kaikki olivat keskiasteen koulutuksen suorittaneita (Taulukko 3).

TAULUKKO 3. Palliatiivisten potilaiden (n=4) taustatiedot

Sukupuoli	nainen (n=1) mies (n=3)
Ikä	50–85 vuotta
Hoitosuhteen pituus kotisairaalaan / palliatiiviselle poliklinikalle	4–12 kuukautta
Koulutustaso	keskiaste

Kyselyyn vastasi kymmenen ammattilaista (n=10). Tutkimukseen osallistui sairaanhoitajia ja lääkäreitä. Työkokemusta ammattilaisilla oli sosiaali- ja terveysalalta 15–35 vuotta, josta palliatiivisen hoidon työkokemusta oli 1,5–20 vuotta (Taulukko 4).

TAULUKKO 4. Palliatiivisen hoidon ammattilaisten (n=10) taustatiedot

Koulutus	sairaanhoitaja tai lääkäri
Työkokemus sosiaali- ja terveysalalta	15–35 vuotta
Työkokemus palliatiivisesta hoidosta	1,5–20 vuotta

6.2 Palliatiivisten potilaiden kokemukset etäkontaktin käytöstä

Analyysi tuotti kolme pääluokkaa; etäkontaktin vahvuudet potilaiden näkökulmasta, etäkontaktin heikkoudet potilaiden näkökulmasta ja etäkontakti soveltuu palliatiiviseen hoitotyöhön.

Etäkontaktin vahvuudet potilaiden näkökulmasta

Palliatiiviset potilaat pitivät tärkeänä vastapuolen kasvojen näkemisen etäkontaktin aikana. Maskittomuus korostui positiivisena asiana, lisäksi kasvojen näkyminen koettiin läheisyyden tunnetta lisäävänä tekijänä. Etäkontaktissa mahdollistui ammattilaisen kasvojen näkyminen, jolloin ääni sai kasvot ja näin ollen henkilö personoitui paremmin, tämän koettiin lisäävän luottamuksen tunnetta. Tiiviimpi katsekontakti ja vastapuolen ilmeiden ja eleiden näkyminen vaikuttivat osaltaan tunteiden välittymiseen, mikä koettiin yleisesti positiivisena asiana.

”Näkee myös ilmeet ja muut. Tunne on jotenkin läheisempi, vaikka ollaan etänä. Tuntuu positiiviselta.”

”On se toisaalta ihan hyvä, että sie tiität kenen kanssa sinä keskusteleet. Ehkä se on sellainen tuttavallisempikin ja turvallisempikin olo.”

”Oli vaan päällimmäisenä tunne, että ei ollut maskia. Onhan siinä eroa, kun näkee henkilön kokonaan.”

Etäkontaktin selkeimmiksi vahvuuksiksi koettiin matkustamisen pois jääminen ja vähäisempi ennakkovalmistautuminen verrattuna kasvotusten tapaamisiin. Potilaat toivat esille kotoa lähtemisen tuntuvan raskaalta, varsinkin voinnin ollessa heikompi. Vastaanottokäyntien kerrottiin olevan raskaita ja fyysisesti voimia kuluttavia. Vaihtoehtoisesti lääkärin tullessa kotikäynnille potilailla on tarve siistiä kotia, mikä osaltaan kuluttaa myös voimavaroja.

”Ja nimenomaan se, että ei kulu aikaa siirtymisiin ja se on vaan se aika mikä menee siinä kontaktissa ja sitten on vapaana muuten. Etäkontaktiin riittää pieni valmistautuminen.”

”Ja ehkä sitten siinä etäyhteydessä, jos se on sellainen selkeä, niin se helpottaa, että ei tarvitse aina lähteä johonkin vaan. Ja ehkä siinä on kuitenkin sitten vähän rennompi olo siinä etäyhteydessä, että sie oot omassa kotona.”

”Mutta jos ajatellaan, että lääkäri tulisikin paikan päälle kotiin, niin saattaisi siinä ajatella, että pitäisikö nuo vaatekasat raivata, mutta etäkontaktissa katsoo vaan, että ehkä tuolta sivulta ei näy täynnä oleva tiskipöytä. Asian saa hoidettua, mutta ei tarvitse keskittyä muihin asioihin.”

Palliatiiviset potilaat kokivat etäkontaktin käyttämisen pääsääntöisesti parempana vaihtoehtona verrattuna puhelinkontaktiin. Etäkontaktin aikana keskittyminen hoidollisiin asioihin koettiin parempana kuin puhelimesta keskustellessa. Lisäksi etäkontaktissa koettiin tulevan vähemmän väärinymmärryksiä kuin puhelimesta kuultuna, esimerkiksi lääkahoitoon liittyen. Esiin nousi myös puhelimesta soittamisen vanhanaikaisuus verrattuna etäkontaktin käyttömahdollisuuteen.

”Parempi etäkontakti on tietysti, kun puhelinsoitto on taas vähän etäisempi.”

”Tuo puhelinkontakti, tällaisissa asioissa on äärimmäisen vanhanaikainen tänä päivänä. Niin paljon auttaa, kun olet läsnä siinä videoneuvottelussa.”

Etäkontaktin heikkoudet potilaiden mielestä

Etäkontaktin huonoksi puoleksi koettiin etäyhteyden nopea päättymisen ja vähäisempi kuulumisten vaihtaminen verrattuna kasvotusten tapaamiseen. Lisäksi unohtuneiden asioiden kysyminen on helpompaa kasvotusten tapaamisessa, esimerkiksi poliklinikkakäynnillä voi palata asiaa kysymään vielä tapaamisen jälkeen ovea koputtamalla. Etäkontaktissa yhteys katkaistaan ja et voi enää sitä uudelleen itse aukaista. Etäkontaktin heikkoutena nähtiin myös huoli siitä, kuvautuuko ammattilaiselle etäkontaktin välityksellä potilaan todellinen vointi. Etäkontaktissa kliininen tutkiminen jää pois ja

tämä koettiin haittaavana tekijänä vaivasta riippuen, varsinkin tilanteissa, joissa hoitaja ei ole etäkontaktin aikana potilaan luona auttamassa lääkäriä potilaan tutkimisessa.

”Kun se yhteys katkaistaan, niin se katkeaa. Paikan päällä polilla voi vielä täydentää sitä. Koputtaa vielä vaikka oveen, että mites tää lääke tai jotain yksityiskohtaa kysyä. Videoneuvottelun kautta se kynnyks on suurempi avata se yhteys uudelleen. Kun se on suljettu, niin se on suljettu ja sovittu se jatko.”

Etäkontakti soveltuu palliatiiviseen hoitotyöhön

Palliatiiviset potilaat kokivat etäkontaktin käyttämisen hyvänä vaihtoehtona osana palliatiivista hoitoa. Etäkontaktin käyttäminen kohtaamisen apuvälineenä koettiin toimivana ja suhteellisen luontevana. Hoidollisten asioiden hoitaminen koettiin onnistuvan hyvin, mikäli ammattilaisen ei tarvitse potilasta tutkia tarkemmin. Matkustamisen pois jääminen säästää potilaiden voimia ja lisää etäkontaktin käytännöllisyyttä.

”Kun yleiskunto menee heikoksi voi tästä kotoa käsin olla yhteydessä lääkärin ja sairaanhoitajan kanssa.”

”Ehdottomasti hyvänä asiana koen käyttää osana hoitoa. Tunnumme toisemme, silloin on helpompi ja säästää aikaa, siinä etäyhteydessä.”

6.3 Ammattilaisten kyselyn tulokset

Analyysi tuotti kolme pääluokkaa; etäkontaktin vahvuudet ammattilaisten näkökulmasta, etäkontaktin heikkoudet ammattilaisten näkökulmasta ja etäkontakti soveltuu harkitusti osaksi palliatiivista hoitotyötä.

Etäkontaktin vahvuudet ammattilaisten näkökulmasta

Palliatiivisen hoidon ammattilaisten kyselyssä nousi esille etäkontaktin hyväksi puoliksi potilaan voinnin parempi havainnointi ja potilaan näkeminen. Toisen näkemisessä tärkeänä koettiin sanattoman viestinnän välittyminen ilmeineen ja eleineen. Lisäksi hyvä asia oli matkustamisen pois jääminen, niin potilaan kuin ammattilaisen matkustamista ajateltuna.

”Sanatonta viestintää voidaan käyttää ja toisaalta lääkäri saa paremman käsityksen potilaan kunnosta ja esimerkiksi ihomuutoksia voidaan tarkastella.”

”Ei tarvitse käyttää maskia -> nähdään toistemme kasvot, mikä on merkityksellistä sanattoman viestinnän kannalta.”

”Potilaan on tällä tavoin helppo kohdata lääkäri lähtemättä kotoaan vastaanotolle. Huono liikkuminen tai kivut voivat olla syy, jotka estävät lääkärin luo pääsyn.”

Ammattilaiset kokivat etäkontaktin helpottavan lääkärin konsultoimista varsinkin kotisairaalaympäristössä. Palliatiivisen potilaan akuutissa voinnin muutoksessa etäkontaktikonsultoinnin koettiin auttavan potilaan tilanteen arvioimista ja hoidon suunnittelua. Ammattilaiset kokivat hyvänä asiana etäkontaktin käyttämisen, esimerkiksi hoitosuunnitelman päivittämisessä. Lisäksi positiivisena asiana nähtiin potilas – lääkärkontaktin helpompi järjestäminen etäkontaktin avulla.

”Saadaan oikea aikaisesti lääkäriin yhteys ja tieto potilaan voinnista. Näin mahdollistuu oikea aikainen lääkehoidon toteutus sekä hoidonlinjaukset ilman viivettä.”

”Etäkontakti on hyvä silloin, kun potilaan voinnissa on jotain akuuttia, jolloin hän tarvitsee nopeasti lääkärin kannanottoa.”

”Etäkontakti voi mahdollistaa lääkärikontaktin silloin, kun se ei muuten olisi mahdollinen.”

Etäkontaktin heikkoudet ammattilaisten näkökulmasta

Ammattilaiset kokivat haastavana potilaan kliinisen tutkimisen pois jäämisen etäkontaktin yhteydessä. Tämän koettiin vaikuttavan jonkin verran potilaan voinnin arviointiin. Ammattilaisten kokemusten perusteella etäkontaktissa kommunikoiminen on pääasiassa hyvin sujuvaa, ongelmattonta ja riittävän käyttämisen jälkeen luonnollista. Etäkontaktin käyttämisen ei katsottu soveltuvan kaikille potilaille, esimerkiksi potilaan huono kuulo tai muistisairaus koettiin sellaisina tekijöinä, jolloin etäkontaktin käyttäminen ei olisi tarkoituksenmukaista.

”Ei voi koskettaa potilasta, eikä tutkia kunnolla.”

”Palliativisessa hoidossa potilaan perustilanne ja hoitolinjaukset ovat usein jo hyvin tiedossa, ja tarve varsinaiselle fyysiselle tutkimiselle on usein vähäisempää kuin perusterveillä potilailla.”

”Kommunikaatio toteutuu pääasiallisesti hyvin. Potilaan huono kuulo voi vaikeuttaa kommunikaatiota etäkontaktissa enemmän kuin potilaan vierellä ollessa. Muistisairaana potilaan voi olla vaikeaa hahmottaa etäkontaktin toteutustapaa eli sitä, että terveydenhuollon ammattilainen on ruudun takana.”

Etäkontakti soveltuu harkitusti osaksi palliativista hoitotyötä

Ammattilaiset kokivat etäkontaktin soveltuvan harkitusti osaksi palliativista hoitoa. Etäkontaktin onnistumiseen nähtiin vaikuttavan oikeanlainen potilasvalinta ja etäkontaktissa hoidettava asia. Tärkeänä havaintona nousi esille potilaan tunteminen ennestään ennen etäkontaktia. Ammattilaiset painottivat lähikontakti vaihtoehdon olemassa olemista palliativisen potilasryhmän kohdalla. On todella tärkeää, että palliativisella potilaalla on mahdollisuus itse valita, miten häntä hoidetaan; käytetäänkö lähikontaktia vai etäkontaktia.

”Etäkontaktin käyttö on luontevampaa silloin, kun potilas on jo ennestään tuttu. Sitä en tiedä näin vähällä kokemuksella, että miten esim. kuolemasta puhuminen onnistuisi etäkontaktin välityksellä.”

”Osittain soveltuu, mutta koen tärkeäksi, jotta potilas voi tavata lääkärin myös kasvotusten hoitosuhteen aikana. Palliativinen potilas tarvitsee/kaipaa inhimillistä kohtamista lääkärin kanssa. Myös useamman omaisen läsnäolo voi olla haastavaa etänä.”

"Kun potilaan on tavannut jo aiemmin, niin on myös etäkontaktissa helpompi, kun näkee potilaan yleisen olemuksen ja ilmeet. Jos ei potilasta tuntisi lainkaan, silloin ei ehkä "tunne" samalla tavalla potilaan käytöstä."

7 POHDINTA

7.1 Tulosten pohdinta

Palliativiset potilaat kokivat etäkontaktin käyttämisen hyvänä ja toimivana apuvälineenä palliativisen hoidon toteutuksessa. Ammattilaiset suhtautuivat etäkontaktin hyödyntämiseen myös positiivisesti, mutta painottivat potilasvalinnan ja tilanteen merkitystä etäkontaktin käyttämisessä. Etäkontaktin mahdollistama matkustamisen pois jääminen koettiin tärkeänä ja potilaan voimavaroja säästävänä, sekä hoidon saatavuutta edistävänä tekijänä. Tätä tukee myös aikaisempi tutkimus Hancock ym. (2019, 1, 11, 13), jossa päädyttiin samaan päätelmään ammattilaisten ja potilaiden kokemuksesta etäkontaktin suhteen ja havaittiin digitaalisen kehityksen mahdollisuudet seurannan, kommunikation ja akuuttihoitojen tarjoamisen kannalta. Toisaalta Johnsen ym. (2021, 11–13) ja Sipponen (2020, 10, 13) nostivat esiin näkökulman turvallisen hoidon toteutumisesta akuuteissa tilanteissa ja hoidon tarpeen arvioimisessa, kun potilasta ei voi tutkia etäkontaktivälitteisessä hoidon toteutuksessa. Mills (2019, 145–146) ja Hancock ym. (2019, 1, 11, 13) toivat esiin etäkontaktin ja teleterveyden antamat mahdollisuudet vaihtoehtojen tarjoamiseen potilaille hoidon toteutukseen ja saatavuuteen liittyen samalla vähentäen hoidon eriarvoisuutta tulevaisuudessa, sekä pienentäen maantieteellistä välimatkaa.

Potilaat ja ammattilaiset kokivat kohtaamisen ja vuorovaikutuksen toteutuvan luonnollisena ja toimivana etäkontaktissa. Etäkontaktissa toisen näkeminen ja samalla myös hänen ilmeidensä ja eleidensä havainnoiminen koettiin positiivisena ja tärkeänä seikkana. Ilmeiden ja eleiden merkitys etäkohtaamisessa on selkeästi korostunutta. Samaan ovat päätyneet myös Sipponen (2020, 10, 3) ja Pönkänen (2018, 50–52), lisäksi heidän mukaansa ammattilaiset kokivat mahdollisuuden tarjota kattavammin sosiaali- ja terveyspalveluita etäkontaktin avulla. Ammattilaisten on kuitenkin hyvä tiedostaa kohtaamisen etiketti ennen etäkontaktivälitteistä kohtaamista, kuten esimerkiksi suoraan kohdistettu katse herättää kuuliassa tarkkaavaisuuden ja lähestymismotivaation, toisin kuin pois suunnattu katse. Aiemmat tutkimukset ovat tuoneet esille myös sen, että ilmeet ja eleet saattavat aiheuttaa etäkontaktin epäonnistumisen kuten Pönkänen (2018, 51–52, 55) havaitsi katsekontaktin tavan ja määrän herkän rajan etäkontaktitilanteessa edesauttavan tai torjuvan toista osapuolta. Meidän tutkimuksessamme kyseinen havainto ei noussut esille. Luultavasti tähän vaikutti potilaan ja ammattilaisen jo olemassa ollut hoitosuhde ja tietynlainen tuttavuus jo ennen toteutunutta etäkontaktia.

Etäkontakti koettiin mielekkäämpänä vaihtoehtona verrattuna puhelimeen. Hoidollisesta asiasta riippuen etäkontakti miellettiin jopa paremmaksi vaihtoehdoksi kuin kasvotusten tapaaminen. Potilaat ja ammattilaiset painottivat kuitenkin ajoittaista kasvotusten tapaamisen tarvetta palliativisessa hoidossa. Kasvotusten tapaamiselta potilaat kertoivat odottavansa eniten sitä, että lääkäri näkee heidän kokonaisvointinsa ja pystyy tarvittaessa tutkimaan heidät fyysisesti. Ammattilaisten mielestä ajoittaiset kasvotusten tapaamiset ovat ehdottomia palliativisen hoidon inhimillisyyden toteutumiseksi. Samaan tulokseen on päätyneet myös aiemmin Finucane ym. (2021, 64) tutkimuksessaan, jonka mukaan näyttöä ei ole riittävästi etäkontaktin kautta tapahtuvasta palliativisen hoidon laaja-alaisesta huomioimisesta fyysisten ja psyykkisten oireiden osalta ja näin ollen kasvokkain tapaaminen on eettisesti hyväksyttävien vaihtoehtojen palliativisessa hoidossa.

Tutkimuksemme potilaat kokivat etäkontakti yhteyden päättymisen nopeana, sillä vastaanotolla hoitokäynnin yhteydessä tapahtuva arkipäiväinen kuulumisten vaihtaminen ja muu jutustelu koettiin etäkontaktissa jäävän pois. Potilaat kokevat muusta, kuin sairaudesta, keskustelemisen ammattilaisen kanssa tärkeänä. Samaan päätyi Mattila (2001,15) tutkimuksessaan, jossa potilaat kokivat tärkeänä vastavuoroisen keskustelemisen ammattilaisen kanssa ja ammattilaisen yleisen kiinnostuneisuuden potilaan arkipäiväisiin asioihin.

Palliatiiviset potilaat korostivat ammattilaisen läsnä olemisen merkitystä etäkontaktin aikana. Kaikenlainen oheistoiminta, esimerkiksi papereiden siirteleminen, vaikutti osaltaan potilaan kohdatuksi tulemisen tunteeseen. Ammattilaisen rauhallisuus, luontevuus ja katsekontakti antoivat tunteen aidosta kohtaamisesta. Saman etäkontaktitilanteessa kasvojen, eleiden ja ilmeiden näkemisen merkityksen emotionaalisessa mielessä tuo ilmi myös Pönkänen (2018, 50–52). Merkitys on jopa suurempi, kuin pelkän kuvan näkemisellä.

Tutkimuksessa nousi esille harjoittelun tarve etäkontaktissa olemiseen. Toistuva etäkontaktin hyödyntäminen tuo käyttämiseen ja etäkontaktissa olemiseen lisää varmuutta ja avoimuutta niin potilaille kuin ammattilaisille. Sipposen (2020, 10, 32) tekemässä tutkimuksessa ammattilaiset kokivat tärkeäksi etäkontaktin käyttämiseen liittyvän koulutuksen, mikä osaltaan viittaa etäkontaktin käytön harjoitteluun. Tutkimuksessa painotettiin myös koulutuksen tärkeyttä vuorovaikutus- ja kohtaamistaitojen kehittämiseen, sekä hoidon tarpeen arvioimiseen.

Älypuhelimilla toteutetuissa etäkontakteissa koettiin sekä potilaiden, että ammattilaisten puolelta puhelimen näytön olevan liian pieni. Lisäksi puhelimelle koettiin olevan tarpeen jonkinlainen jalusta, johon sen olisi voinut asettaa etäkontaktin ajaksi. Potilaat ja ammattilaiset kokivat teknologian osittain jäykäksi, varsinkin silloin kun muodostettiin salattua etäkontaktiyhteyttä potilaan omaan laitteeseen. Useat tunnistautumisasihmät ja kirjautumissivustot tuntuivat potilaiden mielestä sekavilta. Patrikainen (2020, 13–16) kirjoitti teknologian kehittymisen ja digitaalisuuden laajenemisen suurimmat esteet olevan monimutkaisuudessa, suunnittelussa ja prosessin tuomissa haasteissa, mitkä osaltaan vähentävät käyttäjien motivaatiota ja halua muutoksen vaatimaan oppimiseen. Toisaalta potilaiden osalta luottamusta palveluun on tärkeä ylläpitää, muuten hyöty kehitetystä palvelusta jää vähäiseksi.

Opinnäytetyön tulokset raportoidaan palliatiivisen keskuksen ylilääkärille ja ylihoitajalle. Tarkoituksena on myös esitellä tulokset palliatiivisen keskuksen lääkäreille, sekä kotisairaalan ja palliatiivisen poliklinikan sairaanhoitajille. Tutkimustulosten perusteella etäkontaktitoimintaa kehitetään eteenpäin palliatiivisessa keskuksessa.

7.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen kaikissa vaiheissa noudatimme tutkimuseettisiä ohjeita ja suosituksia. Käytännön tietoa kerätessämme tarjosimme tutkittavillemme selkeää ja ajantasaista tietoa tutkittavasta aiheesta, tietoturvasta ja haettavasta aineistosta. Tutkimuksemme perustui tutkittavien vapaaehtoiseen suostumukseen. Pyrimme kaikissa työmme vaiheissa muodostamaan tutkittaviimme luottamuksellisen suhteen ja tietoisuuden siitä, että tutkimukseen osallistumisen voi perua missä tutkimuksen vaiheessa tahansa ilman erityistä syytä. Kunnioitimme tutkittaviemme ihmisarvoa ja oikeuksia päättää itse mie-

lipiteistään, ajatuksistaan ja teoistaan. Emme missään tutkimuksen vaiheessa puuttuneet tutkittavien mielipiteisiin tutkimuksen aihetta ajatellen. Emme aiheuttaneet tutkimusta tehdessämme tutkittavillemme kohtuutonta haittaa heidän normaalia elämäänsä ajatellen, sekä säilytimme suhteellisuuden potilaan voinnin ja tutkittavan aiheen tärkeyden välillä. Huomioimme aina tutkittavan ja hänen läheisensä voinnin ja jaksamisen tutkimusta tehdessämme. Toimme tutkimuksen toteutusvaiheessa ilmi roolimme tutkijoina. Tämän koimme tärkeänä, sillä jotkut haastateltavissa olivat myös hoidossamme olevia potilaita. Näin toimimalla suojelimme tutkimukseen osallistuvia, kuin myös itseämme väärinkäsityksiltä erottamalla hoitajan ja tutkijan roolin toisistaan. Kaikki tutkimukseen liittyvät tekomme ja toimmemme tutkittavien kanssa perustuivat keskinäiseen luottamukseen ja vapaaehtoiseen osallistumiseen. Tutkimuksen aikana huolehdimme tutkittavien yksityisyydensuojan toteutumisesta. (TENK 2019, 7–9.) Siun sote ei rajoita YAMK-tasoisissa opinnäytetyöissä ihmiseen kohdistuvaa tutkimusta, jos tutkimuksessa ei kajota ihmiseen fyysisesti tai psyykkisesti, lisäksi tutkimusta tekevien henkilöiden täytyy omata pätevyys tutkimukseen ja noudattaa tutkimuseettisen toimikunnan ohjeita. (Matveinen 2021.)

Tutkimukseen osallistuneet henkilöt olivat saattohoitopotilaita. Ennen tutkimuksen aloittamista oli tärkeä perehtyä tutkimukseen osallistuvien kulttuuriin, oikeuksiin ja arvoihin, varsinkin kun kyseessä oli heikommassa asemassa oleva ihmisryhmä. Opinnäytetyömme ei koskenut potilaan fyysistä tai psyykkistä terveyttä, vaan työssä keskityttiin palliatiivisen potilaan kokemuksiin etäkontaktista ja sen käyttämisestä. Tutkimukseen osallistuneet henkilöt olivat saattohoidossa, joten heidän hoitamisensa vaati herkkyyttä ja eettisyyttä huomioiden se, mitä pidemmällä loppuvaiheen hoitoa oltiin menossa. Eettisesti meidän oli arvioitava, milloin etäkontakti oli soveltuva vaihtoehto lääkärin kotikäynnin tilalle. Saattohoitopotilaan kohdalla ei välttämättä ollut mielekästä toteuttaa etäkontaktia. Lisäksi potilaiden voinnin muutokset vaikuttivat eettisesti haastatteluidemme toteutukseen. (TENK 2019, 10–11; ETENE 2011, 49–50.)

Henkilötietojen keräämisestä informoimme tutkittavia ja tarvittaessa perustelimme mihin ja millä tavalla kyseisiä tietoja tutkimuksessa hyödynnetään. Tietojen keräämiseen ja käyttöön haimme organisaation luvan. Keräsimme henkilötiedoiksi ainoastaan ne tiedot, joita tarvitsimme yhteydenottamista varten haastattelun sopimiseksi (nimi, puhelinnumero ja sähköpostiosoite). Ammattilaisten tutkimukseen emme tarvinneet erillistä henkilötietorekisteriä, sillä kysely toteutettiin sähköisenä kyselynä ja se kohdistui palliatiivisessa keskuksessa toimiviin ammattilaisiin. Henkilötietoja ja tutkimusaineistoa käsitelimme vastuullisesti, suunnitelmallisesti ja lainmukaisesti, sekä organisaation tietosuojaohjeiden mukaisesti. Huomioimme tutkimusaineistoa käsitellessä mahdolliset siihen liittyvät riskit tutkittavien kannalta. Kartoitimme tutkittavista tutkimuksen kannalta vain välttämättömät tiedot. Tiedostimme, että olimme vastuussa aineistosta tutkimuksen koko olemassa oloajan. Tutkimusaineisto on hävitetty tutkimuksen jälkeen tietosuojaohjeiden mukaisesti. (TENK 2019, 11–12.)

Opinnäytetyötä varten oli oltava organisaation myöntämä tutkimuslupa, tutkittavien suostumus tutkimukseen ja potilailta suostumus etäkäynnin toteuttamiseen. Vajaakykyisiä tutkittavia ei osallistunut tutkimukseemme. (TENK 2019, 10). Lisäksi jokainen tutkittava antoi suostumuksen organisaatiolle

etäkäynnin toteutusta varten. Opinnäytetyöhön laadimme tietosuojaselosteen. Tähän meidät velvoitti Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus (EU) 2016/679 ja Tietosuojalaki 1050/2018 (EUR-Lex 2016: Tietosuojalaki 1050/2018) yhteystietorekisterin keräämisen vuoksi.

7.3 Tutkimuksen luotettavuus

Valitsimme tutkimukseemme teemahaastattelun, sillä sen käyttäminen perustuu siihen olettamukseen, että tutkittavilla on kokemus jostain tietystä asiasta tai prosessista. Lisäksi teemahaastattelu on peruseriaatteiltaan hyvin joustava ja vapaamuotoinen haastattelumuoto. Teemahaastattelun ominaisuus on, että osa haastattelun lähtökohdista on valmiiksi valittu, jolloin haastattelijoina pysyimme ohjaamaan haastattelua ilman, että puuttuisimme liikaa sen kulkuun. Teemahaastattelussa edetään valmiiksi suunniteltujen teemojen ja teemoihin liittyvien tarkennettujen kysymysten varassa. Valmiiksi mietityt teemat eivät tarkoita valmiiksi muodostettujen kysymysten esittämistä johdonmukaisessa järjestyksessä, vaan kannustimme haastateltavaa keskustelemaan aihepiiristä varsin vapaasti. Teemahaastattelu on aineiston hankintamenetelmä, jossa korostuu ihmisten näkemykset asioista ja niiden merkitykset, sekä näiden esiin tuleminen vuorovaikutuksessa. (Puusa 2020, 112.)

Vuorovaikutustilanteena se on aina myös avoin yllätyksille. Ennakoiva valmistautuminen ja perehtyminen haastatteluun valitusta kohderyhmästä antaa varmuutta haastattelutilanteeseen. (Hyvärinen 2017, 13.) Teemahaastattelumme sujuivat kokemukseemme peilaten melko hyvin. Olisimme voineet harjoitella tutkijana olemista ja haastattelun kulkua hieman enemmän ennakkoon, sillä nyt harjoitteluaikaa jäi vain muutamia päiviä ennen ensimmäistä haastattelua. Tutkijan ja hoitajan roolien erottaminen haastattelutilanteessa vaati tietoista asian sisäistämistä, sillä potilaat toivat meille herkästi esille hoidollisia asioita. Onneksi yhdenkään haastattelun aikana potilaan fyysinen tai henkinen hyvinvointi ei vaatinut akuutteja hoidollisia toimia, joihin olisimme vastanneet lopettamalla haastattelun ja toimineet tilanteen vaatimalla tavalla.

Tutkimukseen haastattelimme neljää saattohoitopotilasta. Alun perin haastatteluun oli halukkaita osallistumaan kahdeksan potilasta, mutta kolmen potilaan vointi muuttui yllättäen ja yhden potilaan kanssa oli aikatauluongelmia, joten heidän haastattelunsa peruttiin. Arvioimme, että neljän potilaan teemahaastattelu oli riittävä kattamaan tutkimuskysymyksiin vastaamisen, sillä haastatteluissa toistuivat samantyylliset kokemukset.

Valitsimme ammattilaisten aineiston keruumenetelmäksi sähköisen kyselytutkimuksen sen joustavuuden ja tavoitettavuuden vuoksi. Sähköisen kyselyn vahvuutena mielestämme oli helppous, visuaalisuus, nopeus ja taloudellisuus, sekä ulkoasun ja sisällön monipuolinen muokattavuus. (Valli & Perkkilä 2015, 109.) Kyselyn toteutuksessa oli hyvä muistaa kohderyhmä, jolle kysely oli suunnattu. Kyselylomaketta laatiessa olimme huolellisia kysymysten muotoilemisessa, sillä kysymysten muotoilu loi pohjan tutkimuksen onnistumiselle. Mahdolliset väärinymmärrykset kysymysten tulkitsemisessa vaikuttavat virheellisesti tutkimustuloksiin. Sanamuodot muotoilimme yksiselitteisiksi ja ne eivät olleet johdattelevia. Käytimme kyselyssä avoimia kysymyksiä, sillä ne saattoivat tuoda esiin tutkittavasta asiasta tekijöitä, joita muuten emme olisi huomanneet kysyä tai suunnitella etukäteen. Kysymykset rakensimme tutkimustavoitteisiin ja tutkimusongelmiin perustuen. Kyselyn suurimpia riskejä olivat tutkittavien vastaamiskato ja vastaamatta jättäminen. Kyselyn laatimisen jälkeen varasimme

yhteensä kolme viikkoa aikaa kyselyn vastaamiseen, jotta saisimme mahdollisimman hyvän vastausprosentin. (Luoto 2009, 1648–1651; Valli 2015, 85.)

Olisimme voineet käyttää ammattilaisille suunnatussa sähköisessä kyselyssä enemmän määrällisen tutkimuksen kautta analysoitavia suljettuja kysymyksiä. Ammattilaisten kyselyn osallistujajoukko oli tarkkaan määritelty ammattilaisryhmä, joten määrällisen tutkimusmenetelmän käyttämiseen olisi ollut edellytyksiä havaintoaineiston tulosten analysoimisessa prosenttitaulukolla tai merkityksen tilastolliselle testaukselle. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 140.) Halusimme kuitenkin ammattilaisten kertovan omin sanoin kokemuksiaan aiheeseen liittyen, joten avoimien kysymysten käyttäminen oli mielestämme perusteltua.

Käytimme tutkimukssamme ja aineiston analysoinnissa triangulaatiota. Keräsimme tutkimusaineiston kahdella eri tutkimusmenetelmällä; haastattelulla ja kyselyllä, kohderyhminä tutkimuksessa olivat potilaat ja ammattilaiset. Kerätyn aineiston analysoi molemmat tutkijat ensin erikseen ennen yhteistä analysointia ja yhteenvedon tekemistä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 168–169.) Tällä tavoin pyrimme lisäämään monipuolisuutta ja näkökulmaa, sekä vähentämään tutkijakohtaista vaikutusta lopullisiin tutkimustuloksiin. Triangulaation käyttö tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi ei ole ristiriidatonta ja siitä on monia mielipiteitä. Pelkästään triangulaatio luokitteluun nojaava tutkimus ei itsessään takaa tutkimuksen luotettavuutta. Triangulaation käyttö tuo tutkimukseen kuitenkin mielenkiintoa, joten sen käyttö ei ole pois suljettua osana tutkimusta ja analysointia. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 171–172.) Opinnäytetyön luotettavuutta koemme lisäävän myös elokuussa 2021 suorittamamme laadullisen tutkimuksen toteuttamiseen liittyvät vapaasti valittavat opinnot.

Hyödynsimme tutkimuksemme luotettavuuden arvioimisessa kolmea laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteeriä; uskottavuus, luotettavuus ja eettisyys. Uskottavuuden ja luotettavuuden arvioinnin osalta keskeistä oli keskinäinen vuoropuhelu tutkimuksen edetessä, sekä yhteisen ymmärryksen saavuttaminen tutkijakohtaisesta kontekstuaalista, tavoiteltaessa vastauksia tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksessa tuotiin esille tutkijakohtainen kontekstuaalinen näkökulma, minkä osoitimme liittämällä litteroituja lainauksia haastatteluista ja kyselystä tutkimustuloksiin. Tutkimuksesta nousseiden tulosten ja lainausten esittely rikastuttaa ja lisää myös tutkimuksen siirrettävyyttä. Luotettavuus lisääntyy tutkimuksen havainnollisten tulkintojen etsimisen kautta. Tutkimuksen konteksti tuotiin esille selvästi osana tutkimusta. Tutkimuksen painopiste keskittyi kahden ryhmän ajatuksiin ja mielipiteisiin tutkitavasta asiasta. Erilaisten näkökulmien ja kokemusten kautta saavutetaan vastauksia tutkimuskysymyksiin. Uskottavuutta lisää luottamus valittuun tutkimustapaan ja painopisteiden tarkkaan esittämiseen osana tutkimusprosessia. (Graneheim & Lundman 2003, 106, 109–110.) Tutkimuksessa osallistuja on aina etusijalla. Tietoisuus vapaaehtoisuudesta velvoitti käymään läpi kaikki tutkimukseen liittyvät osatekijät tutkimukseen osallistujan kanssa. Osallistuminen ei koskaan saa perustua pakottamiseen, eikä siitä saa koitua vahinkoa tutkimukseen osallistujalle. (Petrovic 2017, 100; TENK 2012, 7.) Yksilön oikeudet huomioidaan tutkimuksessa aina tutkimuksen loppuun asti. Nimettömyys, yksilönsuoja, luottamus ja sosiaalinen oikeudenmukaisuus kuuluvat eettiseen tutkimusprosessiin. Tulosten rehellinen raportointi ja ainoastaan tutkimuksen kautta saadun tiedon jakaminen osoittaa hyvää tutkimuseettistä omatuntoa. (Alston & Bowles 2018, 33–34.)

Tutkimusprosessiamme ohjasi koko tutkimuksen ajan tutkimuseettiset ohjeet ja suositukset (TENK 2012, 6–7). Toteutimme kaikki tutkimuksen vaiheet huolellisesti ja asianmukaisesti tutkimuksen valmistelusta aineiston analysoimiseen asti. Tutkimuksen aiheen ja toteuttamisen pyrimme kirjoittamaan opinnäytetyössämme auki selkeästi ja ymmärrettävästi. Raportoimme tarkasti ja kattavasti kaikki eri vaiheet tutkimuksen toteutuksesta, lisäksi perustelimme tutkimuksessamme käytetyt menetelmät. (Aaltio & Puusa 2020, Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 6,2.)

7.4 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön myötä opimme paljon uutta sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaatiosta ja sen hyödyntämisestä potilastyössä, lisäksi saimme lisää tietoa digitaalivälitteisestä kohtaamisesta ja kommunikaatiosta. Palliatiivisten potilaiden etävastaanottokokemuksia on tutkittu vähän, joten aiheena tämä oli mielenkiintoinen ja tärkeä. Meillä oli mahdollisuus olla työyksikössämme aloittamassa uutta projektia ja aluevaltausta, mikä oli osaltaan opettavaista. Laadullisen tutkimuksen toteuttaminen oli meille molemmille uusi ja vieras asia, joten opimme paljon uutta jokaisessa tutkimuksen vaiheessa. Kokonaisuudessaan opinnäytetyö aiheineen ja toteutuksineen oli meille opettavainen ja mielenkiintoinen prosessi.

Palliatiivisen hoidon ja laajavastuisen hoitotyön asiantuntijuuden näkökulmasta tutkimuksen toteuttaminen lisäsi meidän kliinistä tietoaamme, koordinaatiokykyä ja asiantuntijuusvalmiuksia prosessin edetessä. Opinnäytetyöhön liittyvät valmistelut ja sen toteutus lisäsi meidän moniammatillista yhteistyötämme ja verkostoitumista oman organisaatiomme sisällä. Eettisten ja filosofisten lähtökohtien huomioiminen tutkimuksen alkutekijöistä aina opinnäytetyön valmistumiseen asti lisäsi entisestään palliatiivisen hoidon eettistä tietopohjaamme, jota hyödynsimme osana tutkimus- ja hoitoprosessia. Opinnäytetyöprosessin jokainen vaihe lisäsi validin tiedon kautta osaamista kohtaamisesta- ja kommunikaatiosta, sekä teknologian hyödynnettävyydestä osana palliatiivista hoitoa. Myös kulttuurilliset tekijät saivat uutta merkitystä, kun pääsimme tutustumaan palliatiivisten ja saattohoitopotilaiden arkeen tutkijoina. Näin pääsimme syvällisemmin kuulemaan heidän ajatuksiaan ja mietteitään teknologian edistymisen vaikutuksista kohtaamiseen, kommunikaatioon ja palliatiiviseen hoitoon. Ihmislähtöinen hoitotyö, kokonaisvaltainen huomioiminen ja yhdenvertainen hoidon saatavuus olivat alusta asti tärkeitä tekijöitä opinnäytetyöprosessissamme. Toivomme tutkimustulosten luovan pohjaa uusille palliatiivisen hoidon teknologisille ja digitaalisille tutkimuksille tulevaisuudessa. (Savonia AMK 2022.)

Kollegoiden kanssa uuden teknisen yhteydenottomuodon integrointi osaksi kotisairaalan ja palliatiivisen poliklinikan toimintaa haastoi yhteisön voimavaroja ja työhyvinvointia, sillä tutkimuksemme osui haastavimpaan korona aikaan. Tutkimusosuuden onnistumisesta voimme kiittää potilaiden lisäksi, koko työyhteisöämme. Heidän luottamuksensa tutkimaamme asiaan ja halu oppia hyödyntämään teknologiaa osana palliatiivista hoitotyötä oli tärkeää koko prosessille. Palliatiivisen hoidon kliiniseksi asiantuntijaksi kasvaminen osana opinnäytetyöprosessia tapahtui peilaamalla osaamistavoitteita tehtyyn toimintaan. Kaikki tieteellinen tieto, perehtyminen, ymmärtäminen, uuden opetteleminen, sekä laatuun ja tulevaisuuteen tähtäävä yhteistyö auttoi meitä ymmärtämään, kuinka jatkossakin voimme kehittää itseämme yhtä ennakkoluulottomasti valmistuttuamme palliatiivisen hoidon kliiniseksi asiantuntijoiksi. (Savonia AMK 2022.)

7.5 Johtopäätökset, hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset

Johtopäätökset:

- Etäkontaktin käyttäminen soveltuu harkitusti käytettynä osaksi palliatiivista hoitotyötä
- Etäkontakti on hyvä ja toimiva kohtaamisen apuväline
- Potilasvalinta ja potilaan hoitoon liittyvä asia vaikuttavat etäkontaktin onnistumiseen
- Etäkontakti on lähes yhdenvertainen kasvojen tapaamisen kanssa
- Etäkontakti on parempi kontaktimuoto kuin puhelinsoitto
- Etäkontaktin käyttämiseen tarvitaan koulutusta
- Etäkontakti ei välttämättä ole paras palliatiivinen ensikontakti, vaan suositeltavampaa on aloittaa hoitosuhde kasvojen tapaamisella
- Kaikkia kasvojen tapaamisia ei voi korvata etäkontaktilla palliatiivisen hoidon inhimillisyyden toteutumiseksi
- Etäkontaktin käyttämistä suositellaan osaksi palliatiivista hoitotyötä

Hyödynnettävyys:

- Tutkimus tarjoaa tutkittua tietoa potilaiden ja ammattilaisten etäkontaktikokemuksista, jota voi valtakunnallisesti hyödyntää palliatiivisen hoidon kehittämisessä

Jatkokehittämissuhteet:

- Jatkotutkimusehdotuksena on teknologisten ja digitaalisten palveluiden/ sovellusten hyödynnettävyys osana palliatiivista hoitoa potilaiden näkökulmasta; mitä potilaat itse toivoisivat?
- Jatkokehittämissuhteena on palliatiivisille potilaille suunnatun digitaalisen alustan kehittäminen osaksi oireseurainta ja -hoitoa, minkä kautta potilaan ja ammattilaisen on vaikeaa viestiä keskenään hoidollisista asioista

LÄHTEET

- Aaltio, Iris & Puusa, Anu 2020. Laadullisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Puusa, Anu & Juuti, Pauli (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Verkkokirja. Luku 5. <https://www.elliblibrary.com/reader/9789523456167>. Viitattu 20.6.2022.
- Aaltonen, Tarja 2005. Haastattelun ääri rajoilla, afaattisen puhujan haastattelemine. Teoksessa Ruusu vuori, Johanna & Tiittula, Liisa (toim.) Haastattelu, tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy, 163–188.
- Alston, Margaret & Bowles, Wendy 2018. Research For Social Workers, An Introduction To methods. Viitattu 12.8.2022
- Ansari, Natasha, Wilson, Christina M, Heneghan, Mallorie B., Supiano, Kathie & Mooney, Kathi 2022. How technology can improve communication and health outcomes in patients with advanced cancer: an integrative review. *Supportive Care in Cancer*, 30(8), 6525–6543.
- Anttonen, Mirja, Sisko 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Akateeminen Väitöskirja. Terveystieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/98745/978-952-03-0066-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Viitattu 13.7.2022
- Devik, Andreassen, Siri, Enmarker, Ingela & Hellzen, Ove 2020. Nurses' experiences of compassion when giving palliative care at home. *Nursing Ethics* 27(1), 194–205. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0969733019839218>. Viitattu 21.5.2022.
- DiCicco-Bloom, Barbara & Crabtree, Benjamin F 2006. The qualitative research interview. *Medical Education* 40, 314–321. Viitattu 20.5.2022.
- Digi-HTM-arviointi 2020. Kaiku Health -palvelu syöpäpotilaiden oire seurantaan. Lääketieteellinen tiedekunta, Oulun Yliopisto & Finchta kansallinen HTA-koordinaatioyksikkö. <https://www.ppshp.fi/dokumentit/Kehitys%20ja%20tutkimus%20sisllytyppi/KaikuHealth%20palvelu%20sy%C3%B6p%C3%A4potilaiden%20oireseurantaan.pdf>. Viitattu 24.5.2022.
- Disalvo, Domenica, Agar, Meera, Caplan, Gideon, Caplan, Murtagh, Fliss EM, Lockett, Tim, Heneka, Nicole, Hickman, Louise, Kinchin, Irina, Trethewie, Susan, Sheehan, Caitlin, Urban, Kat, Cohen, Joshua, Harlum, Janeane, Long, Brian, Parker, Tricia, Schaefer, Isabelle & Phillips, Jane 2021. Virtual models of care for people with palliative care needs living in their own home: A systematic meta-review and narrative synthesis. *Palliative Medicine* 35 (8), 1385–1406. Viitattu 20.5.2022.
- Dufva, Mikko 2019. Megatrendit 2020. Sitra. Sitran selvityksiä 162. <https://media.sitra.fi/2019/12/15143428/megatrendit-2020.pdf>. Viitattu 23.2.2021.
- ETENE 2011. Yhdenvertaisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Etene-julkaisuja 31. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69924/URN_ISBN_978-952-00-3169-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 1.7.2022.
- EUR-Lex 2016. Euroopan parlamentin ja neuvoston asetukset (EU) 2016/679. Luonnollisten henkilöiden suojelusta henkilötietojen käsittelyssä sekä näiden tietojen vapaasta liikkuvuudesta ja direktiivin 95/46/EY kumoamisesta (yleinen tietosuojasetus). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679&qid=1620321038792>. Viitattu 6.5.2021.
- Finucane, Anne M., O'Donnell, Hannah, Lugton, Jean, Gibson-Watt, Tilly, Swenson, Connie & Pagliar, Claudia 2021. Digital health interventions in palliative care: a systematic meta-review. *Digital Medicine* 4 (64), 1-10. <https://www.nature.com/articles/s41746-021-00430-7>. Viitattu 23.5.2022.

Gothóni, Raili 2020. Kuuntelijan käsikirja. Keuruu: Otavan Kirjapaino.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. 2003. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness Department of Nursing, Sweden: Umea University. *Nurse Education Today* 24, 105–112. Viitattu 12.8.2022.

Haavisto, Elina, Eriksson, Sofia, Cleland, Silva Tricia, Koivisto, Jaana-Maija, Kausamo, Katariina & Soikkeli-Jalonen, Anu 2022. Patients Receiving Palliative Care and Their Experiences of Encounters with Healthcare Professionals. 1-17. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/00302228221077486>. Viitattu 20.5.2022.

Haho, Annu 2020. Mitä kärsimys opettaa elämästä? Latvia: Livonia print Ltd.

Hancock, Sophie, Preston, Nancy, Jones, Helen & Gadoud, Amy 2019. Telehealth in palliative care is being described but not evaluated: a systematic review. *BNC Palliative Care*, 1–15. Viitattu 4.2.2021.

Hietanen, Päivi 2015. Sanallinen ja sanaton viestintä. Teoksessa Saarto, Tiina, Hänninen, Juha, Antikainen, Riitta & Vainio, Anneli (toim.) *Palliativinen hoito*. 3.uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 244–254.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara Paula 2014. Tutki ja kirjoita. 19. painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Holopainen, Gunilla, Nyström, Lisbet & Kasén, Anne 2019. The caring encounter in nursing. *Original Manuscript* 26 (1), 7–16. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0969733016687161>. Viitattu 18.5.2022.

Hyvärinen, Matti 2017. Haastattelun maailma. Teoksessa Hyvärinen, Matti, Nikander, Pirjo & Ruusuvoori, Johanna (toim.) *Tutkimushaastattelun käsikirja*. Tallinna: Kustannusosakeyhtiö vastapaino, 11–45.

Johnsen, Tor Magne, Norberg, Børge, Lønnebakke, Kristiansen, Eli, Zanaboni, Paolo, Austad, Bjarne, Krogh, Frode Helgetun & Getz, Linn 2021. Suitability of Video Consultations During the COVID-19 Pandemic Lockdown: Cross-sectional Survey Among Norwegian General Practitioners. *Articles Journal of Medical Internet Research* 23 (2), 1–16. <https://www.jmir.org/2021/2/e26433/>. Viitattu 18.5.2022.

Kaiku Health 2022. A Path of Elekta. <https://kaikuhealth.com/>. Viitattu 24.5.2022.

Kananen, Jorma 2017a. Kehittämistutkimus interventiotutkimuksen muotona – Opas oppinäytetyön ja pro gradun kirjoittajalle. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino oy.

Kananen, Jorma 2017b. Laadullinen tutkimus 2. Pro graduna ja oppinäytetyönä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino oy.

Kasvi, Jyrki 2019. Digi digi digi. Digitalisaatiossa on kyse organisaatiokulttuurin muutoksesta ja se on tunnetusti vaikeaa. Tietoyhteiskunnan kehittämiskeskus ry. Julkaistu 15.10.2019. <https://tieke.fi/digi-digi-digi/>. Viitattu 9.2.2021.

Kiviniemi, Kari 2010. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. 3.uudistettu painos. Juva: Bookwell Oy, 70–85.

Koivisto, Kaisa 2019. Ohjaus ja dialoginen vuorovaikutus hoitotyössä. *ePooki* 65/2019. Oulun Ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 65. Julkaistu 23.10.2019. <http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe2019101132367>. Viitattu 21.3.2021.

Kyngäs, Helvi, Elo, Satu, Pölkki, Tarja, Kääriäinen, Maria & Kanste, Outi 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 2011, 23 (2), 138–148. https://www.researchgate.net/publication/261723764_Sisallönanalyysi_suomalaisessa_hoitotieteellisessä_tutkimuksessa. Viitattu 10.4.2021.

Luomanen, Jari & Nikander, Pirjo 2017. Haavoittuvat haastateltavat. Teoksessa Hyvärinen, Matti, Nikander, Pirjo & Ruusu vuori, Johanna (toim.) *Tutkimushaastattelun käsikirja*. Tallinna: Kustannus-yhtiö Vastapaino, 187–296.

Luoto, Riitta 2009. Kyselytutkimuksen suunnittelu. *Tutkimus ja opetus*. *Duodecim* 125 (15), 1647–1653. <https://www.duodecimlehti.fi/duo98221> Viitattu 24.5.2022.

Mattila, Lea-Riitta 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/67109/951-44-5099-X.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Viitattu 1.7.2022.

Matveinen, Mari 2021. Osaamisen kehittämisen asiantuntija, TtM. Siun Sote. Siun soten linjaus ihmisiin kohdistuvaan YAMK tasoiseen opinnäytetyöhön. Yksityinen viesti 12.3.2021. Viestin saaja: Koskenperä Maarit ja Ryyänen Anniina.

Microsoft 2021. Microsoft teams. <https://www.microsoft.com/fi-fi/microsoft-teams/group-chat-software>. Viitattu 9.2.2021.

Mills, Jason 2019. Digital health technology in palliative care: Friend or foe? *Progress in Palliative Care. Science and the Art of Caring* 27, 4/2019, 145–146. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09699260.2019.1650420?needAccess=true>. Viitattu 5.2.2021

Ollila, Maija 2018. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Teoksessa Pöyhä, Reino, Guldogan, Eeva & Vanhanen Aija (toim.) *Kotisairaala*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 62–63.

Patrikainen, Milla 2020. Terveystieteiden digitalisaatio ja sen tuomat hyödyt ja haasteet. Kandidaatin tutkielma. *Tietojärjestelmätiede. Informaatioteknologian tiedekunta*. Jyväskylän Yliopisto. <https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/68780>. Viitattu 28.1.2021

Petrovic, Ruzica 2017. Ethical Credibility Of Scientists In Social Research, 98–105.

Puusa, Anu 2020. Haastattelutyypit ja niiden metodiset ominaisuudet. Teoksessa Puusa, Anu & Juuti, Pauli (toim.) *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Tallinna: Gaudeamus, 103–117.

Pönkänen, Laura 2018. Kasvot ja katse digiajan vuorovaikutuksessa: aivotutkimuksen näkökulmia mediakasvatukseen. *Lähikuva* 2/2018, 50–57. <http://docplayer.fi/108192622-Kasvot-ja-katse-digiajan-vuorovaikutuksessa-aivotutkimuksen-nakokulmia-mediakasvatukseen.html>. Viitattu 23.3.2021.

Rauhala, Lauri 1983, 2005 & 2014. *Ihmiskäsitys ihmistyössä*. Helsinki: Gaudeamus Oy.

Rauhala, Lauri 2005. *Ihminen kulttuurissa – kulttuuri ihmisessä*. Helsinki: Yliopistopaino.

Ruusuvuori, Johanna & Tiittula, Liisa 2005. *Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus*. Teoksessa Ruusu vuori, Johanna & Tiittula, Liisa (toim.) *Haastattelu, tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 22–56.

Saarto, Tiina 2015. Palliatiivisen hoidon määritelmä. Teoksessa Saarto, Tiina, Hänninen, Juha, Antikainen, Riitta & Vainio, Anneli (toim.) *Palliatiivinen hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 10.

Savonia AMK 2022. Opetussuunnitelma. Kliininen asiantuntija, palliatiivinen hoito (YAMK). Opintojak-sotaulukko. <https://www.savonia.fi/opiskele-tutkinto/tutkinnot-ja-hakeminen/opetussuunnitel-mat/?yks=KS&krtid=1338>. Viitattu 1.7.2022.

Seppälä, Antto & Puranen, Kaija 2019. Sote-tieto hyötykäyttöön 2020 strategian väliarviointi: Loppu-raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:1. Julkaistu 28.1.2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4023-9>. Viitattu 9.2.2021.

Sipilä, Raija, Mäntyranta, Taina, Mäkelä, Marjukka, Komulainen, Jorma & Kaila, Minna 2016. Imple-mentointia suomeksi. Duodecim 132 (9), 850–7. <https://www.duodecimlehti.fi/duo13109>. Viitattu 13.8.2022.

Sipponen, Sirkka 2020. Kotihoidon hoitohenkilöstön kokemuksia etäkäynneistä. Pro gradu -tut-kielma. Hoitotiede. Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto. https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/23808/urn_nbn_fi_uef-20201516.pdf. Viitattu 10.4.2021.

TENK 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennak-koarvioni Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. Tutkimuseettisen neuvottelun-kunnan julkaisuja 3/2019. 2. uudistettu painos. https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistie-neiden_eettisen_ennakkoarvioinnin_ohje_2020.pdf. Viitattu 20.2.2021.

Tervala, Johanna 2014. Palliatiivinen hoito kotiympäristössä. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen tie-teenalaohjelma. Terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto. <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201406061689.pdf>. Viitattu 10.4.2021.

Tietosuoja laki 1050/2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2018/20181050>. Viitattu 6.5.2021.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisältöanalyysi. Helsinki: Kustannus-yhtiö Tammi.

Valli, Raine & Perkkilä, Päivi 2015. Nettikysely ja sosiaalinen media aineistonkeruussa. Teoksessa Valli, Raine & Aaltola, Juhani (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Juva: PS-kustannus, 109–120.

Valli, Raine 2015. Paperinen kyselylomake. Teoksessa Valli, Raine & Aaltola, Juhani (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Juva: PS-kustannus, 84–108.

Watson, Jean 2002. Holistic Nursing and Caring: A Value-Based Approach. 基調講演I Conference, 69–74. https://www.jstage.jst.go.jp/article/jans1981/22/1/22_69/_pdf. Viitattu 24.4.2021.

Watson, Jean 2021. Caring science & human caring theory. Watson caring science institute. <https://www.watsoncaringscience.org/jean-bio/caring-science-theory/>. Viitattu 24.4.2021.

WHO 2016. Telehealth. Global Health Observatory (GHO) data. <https://www.who.int/gho/goe/tele-health/en/>. Viitattu 23.2.2021.

WHO 2020. Draft global strategy on digital health 2020–2024. World Health Organization. Julkaistu 25.2.2020. https://www.who.int/docs/default-source/docu-ments/gS4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf?sfvrsn=f112ede5_68. Viitattu 5.2.20

LIITE 1: POTILAIKEN TEEMAHAASTATTELU

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Ikä? _____

Koulutus? _____

Sukupuoli? nainen
 mies
 muu

Kuinka kauan olet ollut kotisairaalan tai palliatiivisen poliklinikan hoidossa? _____

HAASTATTELUTEEMA 1: Kokemus etäkontaktista

- Onko sinulla aikaisempaa kokemusta etäkontaktista? Minkälaisia kokemuksia?
- Millaisena koet etäkontaktin käyttämisen osana hoitoa? Mitä hyvää? Mitä huonoa?
- Miten koet etäkontaktin käytön kommunikaatio muotona?

HAASTATTELUTEEMA 2: kohtaaminen, kommunikaatio etäkontaktin aikana

- Koetko tulleeesi kohdatuksi/kuulluksi etäkontaktin aikana?
- Jäitkö kaipaamaan jotain etäkontaktin jälkeen?
- Minkä koet itsellesi parempana vaihtoehtona; etäkontaktin, kasvotusten tapaamisen vai puhelimitse kohtaamisen? Miksi?

Tuleeko mieleesi vielä jotain muuta aiheeseen liittyen?

HYVÄ ETÄKONTAKTIN KÄYTTÄJÄ

Toivomme sinun osallistuvan tutkimukseen ja kertovan kokemuksesi etäkontaktin käyttämiseen liittyen. Ajatuksesi ja mielipiteesi ovat tärkeitä palvelun kehittämiseksi, jotta pystyisimme auttamaan paremmin palliatiivisen hoidon piirissä olevia potilaita.

Opiskelemme Savonia ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Teemme tutkintoon liittyvän opinnäytetyömme Siun soten palliatiivisessa keskuksessa koskien kotona toteutettavaa etäkontaktitoimintaa ja sen hyödyntämistä palliatiivisten potilaiden hoidossa. Tutkimme potilaiden ja palliatiivisen hoidon ammattilaisten kokemuksia etäkontaktin käyttämisestä. Olemme kiinnostuneita siitä, miten etäkontakti koetaan kohtaamisen, tiedonsaannin ja kokonaishoidon osalta.

Haluaisimme haastatella sinua. Haastattelu kestää noin 30–60 minuuttia, tallennamme haastattelun. Haastattelussa keskustelemme etäkontaktin käyttökokemuksesta ja etäkontakti välitteisestä kohtaamisesta ja kommunikoinnista. Nauhoitetut haastattelut ovat ainoastaan meidän käytössämme ja ne tuhoetaan heti niiden purkamisen ja käsittelyn jälkeen. Kukaan ulkopuolinen ei käsittele kerättyä aineistoa. Tutkimuksessa ei kerätä suoria henkilötietoja, joten osallistuminen tapahtuu tunnistamattomana. Yhteystietoluetteloa varten keräämistämme henkilötiedoista olemme tehneet asianmukaisesti virallisen tietosuojaselosteen. Tietosuojaseloste löytyy ohessa liitteenä.

Etäkontaktin käyttäminen hoidon yhteydessä ei velvoita sinua osallistumaan tutkimukseen. Tutkimuksesta kieltäytyminen ei vaikuta saamaasi hoitoosi millään tavoin. Osallistuminen on vapaaehtoista.

Jos haluat osallistua, hoitaja pyytää yhteystietosi ja luvan yhteydenottoa varten haastatteluajankohdan ja paikan sopimiseksi. Haastattelu voidaan tehdä kotona tai etäkontaktina.

Annamme mielellämme lisätietoa aiheeseen liittyen.

Terveisin,

Anniina Rynnänen
Sairaanhoitaja AMK
Kliininen asiantuntija palliatiivisessa
hoitotyössä YAMK opiskelija/ Savonia AMK
anniina.ryynanen@siunsote.fi
013- 330 4849

Maarit Koskenperä
Sairaanhoitaja AMK
Kliininen asiantuntija palliatiivisessa
hoitotyössä YAMK opiskelija/ Savonia AMK
maarit.koskenpera@siunsote.fi
013-330 4844

Ohjaava opettaja: Elina Turunen, TtT, lehtori, Savonia AMK.

Yhteyshenkilö: Mari Hirvonen, ylihoitaja, Siilaisen sairaala; kuntoutumiskeskus ja palliatiivinen keskus, Siun sote.

HYVÄ ETÄKONTAKTIN KÄYTTÄJÄ

Olet osallistumassa Potilaiden ja ammattilaisten kokemukset etäkontaktin käyttöönotosta palliatiivisessa hoitotyössä -tutkimukseen. Tutkimus toteutetaan haastatteluna. Pyydämme ystävällisesti täyttämään yhteystietosi alla oleviin kohtiin, jotta voimme ottaa sinuun yhteyttä haastatteluun liittyvien seikkojen sopimiseksi.

Nimi: _____

Puhelinnumero: _____

Sähköpostiosoite: _____

Yhteistyö terveisin,

Palliatiivisen keskuksen sairaanhoitajat
Anniina ja Maarit

Anniina Ryynänen
Sairaanhoitaja AMK
Kliininen asiantuntija palliatiivisessa
hoitotyössä YAMK opiskelija/ Savonia AMK
anniina.ryynanen@siunsote.fi
013- 330 4849

Maarit Koskenperä
Sairaanhoitaja AMK
Kliininen asiantuntija palliatiivisessa
hoitotyössä YAMK opiskelija/ Savonia AMK
maarit.koskenpera@siunsote.fi
013-330 4844

Ohjaava opettaja: Elina Turunen, TtT, lehtori, Savonia AMK.

Yhteyshenkilö: Mari Hirvonen, ylihoitaja, Siilaisen sairaala; kuntoutumiskeskus ja palliatiivinen keskus, Siun sote.

LIITE 4: POTILAIEN SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

SAVONIA AMMATTIKORKEAKOULU

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Minua on pyydetty osallistumaan tutkimukseen:

POTILAIEN JA AMMATTILAISTEN KOKEMUKSET ETÄKONTAKTIN KÄYTTÖÖNOTOSTA PAL-
LIATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ -INTERVENTIOTUTKIMUS

Olen perehtynyt tutkimustiedotteeseen ja saanut kattavasti tietoa tutkimuksesta, sekä henkilötietojeni käsit-
telystä. Olen kuullut tutkimuksen sisällön myös suullisesti ja koen saaneeni riittävät vastaukset kaikkiin tut-
kimusta koskeviin kysymyksiini.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

- Minulla on oikeus milloin tahansa tutkimuksen aikana ja syytä ilmoittamatta keskeyttää tutkimuk-
seen osallistuminen. Tutkimuksen keskeyttämisestä ei aiheudu minulle kielteisiä seuraamuksia.
- Voin peruuttaa suostumukseni tutkimukseen milloin tahansa. Suostumukseni peruuttamisesta ei
aiheudu minulle kielteisiä seuraamuksia.
- Keskeytystä edeltävästi kerätyt aineistot jäävät tutkimuskäyttöön.

Hyväksyn suostumuslomakkeen allekirjoittamisella tietojeni käytön tutkimustiedotteessa kuvattuun tutki-
mukseen.

Kyllä

Suostun siihen, että tutkimushaastattelujen ajankohdan ja paikan sopimiseksi minulta kerätään tarvittavia
yhteystietoja (nimi, puhelinnumero, sähköpostiosoite) myöhempää yhteydenottoa varten. Olen perehtynyt
tutkimustiedotteeseen ja olen tietoinen, etteivät minulta kerätyt yhteystiedot päädy lopulliseen tutkimusra-
porttiin, vaan ne tuhotaan asianmukaisten tietosuojakäytänteiden mukaisesti haastattelun suorittamisen
jälkeen.

Kyllä

Allekirjoituksellani vahvistan vapaaehtoisen osallistumiseni tutkimukseen, sekä annan luvan edellä mainit-
tuihin kohtiin ”Kyllä” merkinnällä. Jos en ole merkinnyt jotakin kohtaa, se tarkoittaa, että en anna lupaa
henkilötietojeni käyttämiseen. Voin kuitenkin osallistua tutkimukseen.

Allekirjoitus

Päiväys

Nimen selvennys

LIITE 5: AMMATTILAISTEN VERKKOKYSELY

AMMATTILAISTEN KOKEMUKSET ETÄKONTAKTISTA -VERKKOKYSELY

1. Koulutus? ___ sairaanhoitaja

 ___ lääkäri

2. Työkokemus sosiaali- ja terveysalalta vuosina? _____

3. Palliativisen hoidon työkokemus? _____

4. Minkä koet hyväksi etäkontaktin käyttämisessä?

5. Minkä koet haastavaksi etäkontaktin käyttämisessä?

6. Mitä kehittäisit etäkontaktin käyttämisessä?

7. Miten koet kommunikaation toteutuvan ollessasi etäkontaktissa?

8. Soveltuuko etäkontaktin käyttäminen mielestäsi osaksi palliativista hoitoa? Perustele.

9. Tuleeko mieleesi muita huomioita etäkontaktiin liittyen?

LIITE 6: AMMATTILAISTEN SÄHKÖINEN TUTKIMUSTIEDOTE

SÄHKÖINEN TUTKIMUSTIEDOTE

HYVÄ ETÄKONTAKTIA KÄYTTÄNYT AMMATTILAINEN

Toivomme sinun osallistuvan tutkimukseen ja kertovan kokemuksesi aiheeseen liittyen. Ajatuksesi ja mielipiteesi ovat tärkeitä toiminnan kehittämiseksi.

Opiskelemme Savonia ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Teemme tutkintoon liittyvän opinnäytetyömme Siun soten kotisairaалassa koskien kotona toteutettavaa etäkontaktitoimintaa ja sen hyödyntämistä palliatiivisten potilaiden hoidossa. Tutkimme potilaiden ja palliatiivisen hoidon ammattilaisten kokemuksia etäkontaktin käyttämisestä.

Olemme kiinnostuneita tutkimuksessamme siitä, miten sinä koit ammattilaisena etäkontaktin käyttämisen kohtaamisen, tiedonsaannin ja kokonaishoidon näkökulmista. Onko palvelussa jotain kehitettävää, muutettavaa tai teknisesti haastavaa?

Etäkontaktin käyttäminen hoidon yhteydessä ei velvoita sinua osallistumaan tutkimukseen. Osallistuminen on vapaaehtoista.

Haluaisimme sinun vastaavan lyhyeen verkkokyselyymme. Kyselyyn vastaaminen tapahtuu nimettömänä ja tunnistamattomana. Vastaamalla kyselyyn olet mukana kehittämässä etäkontaktitoimintaa.

Annamme mielellämme lisätietoa aiheeseen liittyen.

Terveisin,

Anniina Ryynänen
Sairaanhoitaja AMK
Kliininen asiantuntija palliatiivisessa
hoitotyössä YAMK opiskelija/ Savonia AMK
anniina.ryynanen@siunsote.fi
013-330 4849

Maarit Koskenperä
Sairaanhoitaja AMK
Kliininen asiantuntija palliatiivisessa
hoitotyössä YAMK opiskelija/ Savonia AMK
maarit.koskenpera@siunsote.fi
013-330 4844

Ohjaava opettaja: Elina Turunen, TtT, lehtori, Savonia AMK.

Yhteyshenkilö: Mari Hirvonen, ylihoitaja, Siilaisen sairaala; kuntoutumiskeskus ja palliatiivinen keskus, Siun sote.

LIITE 7: AMMATTILAISTEN SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

SAVONIA AMMATTIKORKEAKOULU

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Minua on pyydetty osallistumaan tutkimukseen:

POTILAIKEN JA AMMATTILAISTEN KOKEMUKSET ETÄKONTAKTIN KÄYTTÖÖNOTOSTA
PALLIATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ -INTERVENTIOTUTKIMUS

Olen perehtynyt tutkimustiedotteeseen ja saanut kattavasti tietoa tutkimuksesta, sekä henkilötietojeni käsittelystä. Olen kuullut tutkimuksen sisällön myös suullisesti ja koen saaneeni riittävät vastaukset kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

- Minulla on oikeus milloin tahansa tutkimuksen aikana ja syytä ilmoittamatta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen. Tutkimuksen keskeyttämisestä ei aiheudu minulle kielteisiä seuraamuksia.
- Voin peruuttaa suostumukseni tutkimukseen milloin tahansa. Suostumukseni peruuttamisesta ei aiheudu minulle kielteisiä seuraamuksia.
- Keskeytystä edeltävästi kerätyt aineistot jäävät tutkimuskäyttöön.

Vastaamalla kyselyyn suostun siihen, että verkkokyselyn vastauksiani voidaan käyttää osana kyseistä tutkimusta. Olen perehtynyt tutkimustiedotteeseen ja olen tietoinen, ettei mikään minulta kerätty aineiston kohta johda minun tunnistamiseeni valmiissa tutkimustyössä.