



TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

## **PEREHDYTYS MONIAMMATILLISEEN**

## **TOIMINTAAN HOITOTYÖSSÄ**

**Vive Haapakoski**

Opinnäytetyö  
Huhtikuu 2017  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitajakoulutus



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitaja AMK

HAAPAKOSKI, VIVE:  
Perehdytys moniammatilliseen toimintaan hoitotyössä

Opinnäytetyö 58 sivua, joista liitteitä 8 sivua  
Huhtikuu 2017

---

Hoitotoiminta terveysasemilla tapahtuu moniammatillisessa yhteistyössä. Uuden työntekijän perehdytyksessä tätä näkökulmaa ei kuitenkaan ole huomioitu, mikä ei vastaa nykyajan vaateita tehokkaasta perehdytyksestä moniammatillisessa organisaatiossa toimimiseksi. Tämän tutkimuksen tavoite oli tuottaa toimeksiantajalle, Hämeenlinnan Terveyspalveluille, tietoa organisaation sisäisen moniammatillisen yhteistyön toteutumisesista sekä ajatuksia ja näkemyksiä parhaasta tavasta perehdyttää uusi työntekijä siihen.

Tutkimusmenetelmänä oli työryhmässä suunniteltu kyselytutkimus, mikä sisälsi sekä kvantitatiivisia että kvalitatiivisia kysymyksiä. Alussa olivat perustietokysymykset, joiden jälkeen tulivat kysymykset moniammatillisen yhteistyön näkymisestä tutkittavassa organisaatiossa. Lisäksi tiedusteltiin vastaajien ajatuksia hyvän perehdytyksen käytännöistä ja lopuksi perehdytysmateriaalista. Pääpaino kyselyssä oli kuudella avoimella kysymyksellä, joiden vastauksista tehtiin tiivistelmät ja analyysikaaviot. Kohderyhmänä tutkimuksessa oli toimeksiantajan organisaation määrittelemät 60 avainhenkilöä perehdytyksen suhteen. Vastausprosentiksi tuli 47 %.

Kyselytutkimuksen keskeiset tulokset toivat esille moniammatillisen yhteistyön olevan vastaajille arkipäivää työtehtävien vaatiessa monipuolista asiantuntevuutta. Erilaisten moniammatillisten tiimien olemassa olo, konsultaatioiden helppous ja sujuva ohjaus eri ammattilaisten puheille olivat moniammatillista yhteistyötä osoittavia työtapoja. Yhteistyön toteutumista organisaatiossa häiritsi kiire, puutteet toisten osaamisen tuntemisessa sekä organisaatorajat. Moniammatillisen yhteistyön huomioiminen perehdytysprosessissa nähtiin hyvin tärkeäksi. Moniammatillisuuteen perehdytyksen osalta keskeisiksi tuloksiksi nousivat tarpeet toimivan perehdytysprosessin luomisesta hyödyntäen eri ammattiryhmiä sekä erityisesti perehdytyksen arvioinnin kehittäminen ja toteuttaminen osana järjestelmällistä prosessia. Myös perehdytysmateriaalia tulee parantaa, sillä nykyinen materiaali on lähinnä luettelo läpikäytävistä asioista ja osittain vanhentunutta tietoa sisältävää. Omia erillisiä perehdytysoppaita toivottiin eri ammattiryhmille. Perehdytysmateriaalin parhaan hyödynnettävyyden nähtiin olevan sisäisestä intranetistä. Vastuu perehdytyksen onnistumisesta todettiin kuuluvan niin työnjohdolliselle esimiehelle kuin perehdytettävälle itselleen.

Vastausprosentti jäi alhaiseksi, joten tutkimuksen perusteella ei voi tehdä yleistyksiä. Tutkimuksen yhtenä tavoitteena oli tuottaa ajatuksia ja malleja tulevaisuuden moniammatillisen yhteistyöhön perehdytykseen ja niitä sillä saatiin hyvin esille. Perehdytyksen kehittämistä erillisenä hankkeena esitetään. Jatkossa voitaisiin myös selvittää pitkäkestoisen perehdytyksen toimivuutta moniammatillisessa hoitotyössä.

---

Asiasanat: moniammatillinen yhteistyö, hoitotyö, perehdytys, kyselytutkimus

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing

HAAPAKOSKI, VIVE:  
Orientation to Cross-Professional Collaboration in Health Care

Bachelor's thesis 58 pages, appendices 8 pages  
April 2017

---

Nowadays working in the health care in health centres takes place in inter- and cross-professional customer-oriented teams. This aspect has, however, not been fully accounted in the orientation process to new employees. This study was aimed at gaining to the Principal, Hämeenlinna Health Services, opinions about the state of the art of the fulfilment of the collaboration in its cross-professional organization and to provide ideas and views of the best methods to orientate new employees to the demands of the cross-professional team-work.

The research method adopted was a survey, a questionnaire planned in a working group, including both quantitative and qualitative questions. The latter, however, played the major role. The target group was the prime staff of the organization of the Principal, participating in the orientation stage.

The main results of the survey indicate that the cross-professional collaboration is already a part of the everyday team-work of the respondents. Cooperative activities, utilization of internal expertise and consultation aids were especially underscored. The challenges mentioned were extra hurry, unknown dignity and skills of the colleagues, and the constraints set by the organization. For more efficient orientation, the establishment of the orientation procedure utilizing all professionals, the improvement of the assessment of the process and its accomplishment in a systematic way were suggested. Further, the material for in the orientation process should be compiled.

A low response rate does not allow drawing general conclusions, but numerous ideas and views for the future orientation process for the cross-professional collaboration were found out. To start a specific project for the orientation process is suggested. Advantages of the adoption of the long-term onboarding-type orientation process in health care could also be clarified in the future.

---

---

Key words: cross-professional collaboration, health care, orientation, survey

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
2	TAUSTA.....	8
2.1	Terveys- ja terveyshyötypalvelut Hämeenlinnassa .....	8
2.2	Terveyspalveluiden strategia ja arvot.....	9
2.3	Lääkäri - hoitajatyöpari .....	9
2.4	Moniammatillinen tiimi.....	10
3	TERVEYSHYÖTYMALLI.....	11
3.1	The Chronic care model .....	11
3.2	Suomalainen pitkäaikaissairauksien hoidon terveyshyötymalli.....	12
3.2.1	Suomalaisen terveyshyötymallin piirteet .....	12
3.2.2	Yhteisö.....	14
3.2.3	Johto - palveluntuottaja .....	15
3.2.4	Omahoidon tuki .....	15
3.2.5	Palveluvalikoima .....	16
3.2.6	Päätöksenteon tuki.....	16
3.2.7	Kliiniset tietojärjestelmät.....	17
4	MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ .....	18
4.1	Moniammatillisen yhteistyön käsite.....	18
4.2	Haasteet ja arviointi.....	19
5	PEREHDYTYS .....	21
5.1	Perehdytyskäsite.....	21
5.2	Perehdytysprosessi .....	22
5.3	Hyvä perehdytys.....	24
6	KEHITTÄMISTYÖ.....	25
6.1	Kehittämistyön tarve .....	25
6.2	Kehittämistyön organisaatio.....	25
6.3	Kehittämistyön vaiheet.....	26
6.4	Kehittämistyön tavoite .....	27
7	MENETELMÄT JA TOTEUTUS.....	28
7.1	Tutkimusmenetelmät.....	28
7.2	Tutkimustapa.....	29
7.3	Aineiston keruumenetelmä.....	30
7.4	Aineiston käsittely ja analysointi .....	31
7.5	Kyselyn toteutus.....	32
8	TULOKSET.....	34
8.1	Kohderyhmä.....	34

8.2 Moniammatillisuus.....	35
8.3 Perehdytysmateriaali .....	36
9 POHDINTA .....	40
9.1 Keskeisten tulosten tarkastelu .....	40
9.2 Kyselyn luotettavuus ja eettisyys .....	42
9.3 Kehitystyön merkityksellisyys .....	44
9.4 Johtopäätökset ja suositukset .....	45
9.5 Jatkokehittämisideat .....	46
LÄHTEET .....	47
LIITTEET .....	51
Liite 1. Kyselylomake.....	51
Liite 2. Sähköposti ja linkki kyselyyn .....	54
Liite 3. Muistutus kyselyyn vastaamisesta .....	55
Liite 4. Kysymyksen 4 vastausten analysointi.....	56
Liite 5. Kysymyksen 7 vastausten analysointi.....	57
Liite 6. Kysymyksen 14 vastausten analysointi.....	58

## 1 JOHDANTO

Hoitotyön kehittämisen ja sen tulosten paranemisen kannalta ovat terveysasemien henkilöstön entistä parempi osaaminen, asiakasmyönteisyys ja moniammatillisen yhteistyökyky tekijöitä, joihin joudutaan kiinnittämään entistä enemmän huomiota. Terveysasemilla toiminta tapahtuu paljolti tiimityönä moniammatillisessa työympäristössä. Uusien työntekijöiden osaamisen saattaminen nopeasti tämän kehittyvän palvelun edellyttämälle tasolle vaatii mm. entistä tehokkaampaa perehdytystä hoitotyöhön ja moniammatilliseen yhteistyöhön. Näin voidaan parantaa asiakaskokemusta ja potilasturvallisuutta sekä saavuttaa parempia hoitotuloksia erityisesti pitkäaikais- tai monisairaiden asiakkaiden hoitotyössä. Lisäksi hyvä moniammatillinen yhteistyö tuo mukanaan toiminnan tehostumista ja kustannussäästöjä. (Sinervo, Tynkkynen & Vehko 2016, 77–78.)

Sairaanhoitajan työnkuvaan ja osaamistarpeisiin on tulossa muutoksia sosiaali- ja terveydenhuollon muutoksessa vuoden 2019 alusta. Hoitotyön jaosto on vuodesta 2015 alkaen pohtinut sairaanhoitajien tulevia toimenkuvia ja valmistellut ehdotusta siitä erikoisosaamisesta, jota sairaanhoitajan työssä tulevaisuudessa tullaan tarvitsemaan. Se on nimennyt useita alueita, joissa sairaanhoitajan osaamista tulee jatkossa kehittää. Sairaanhoitajan tulee tulevaisuudessa ymmärtää ja hallita yhä suurempia palvelukokonaisuuksia ja palveluiden muuttuvaa teknologiaa sekä käyttää tätä osaamistaan asiakkaan asioiden edistämiseen. Sairaanhoitajan työ tulee olemaan entistä enemmän asiakkaan auttamista, mentorointia, valmentamista ja rinnalla kulkemista. (Hahtela & Meretoja 2017, 36–37.)

Perusterveydenhoidon vastaanottotoiminnan kehittäminen Suomessa pohjautuu Terveystyömalliin. Sairaanhoitajien työnkuvan laajentamisella perusterveydenhuollossa haetaan sairaanhoitajien ammattitaidon parempaa hyödyntämistä sekä asiakkaan hoitotyön päätösten hajauttamista, joka toteutuessaan keventää lääkäreiden työtaakkaa, parantaa asiakkaiden asiakaskokemusta ja tehostaa hoitotyötä. Hyvä palvelu asiakkaalle terveyskeskuksissa syntyy monien tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Erityisesti henkilöstön keskinäinen yhteistyöosaaminen vaikuttaa siihen. (Sinervo ym. 2016, 94–95.)

Aiemmin uuden työntekijän perehdytystä on ajateltu lähinnä työnopastuksen näkökulmasta. Työtehtävien monimutkaistuessa ja organisaatioiden kasvaessa on myös perehdytyksen merkitys laajentunut eikä puhdas työnopastus enää palvele organisaatioiden

toimintaa. Perehdytys on yhä enemmän ymmärryksen avaamista siitä, miksi organisaatio on olemassa ja kuinka se toimii. Perehdytys on myös erilaista riippuen missä organisaatiossa sitä tehdään ollen riippuvainen organisaation tavasta kytkeä se toimintaansa ja omaan strategiaansa. (Kupias & Peltola 2009, 13–17.)

Tämä moniammatilliseen hoitotyöhön perehdytykseen liittyvä kehittämistyö on tehty Hämeenlinnan kaupungin Terveyspalveluiden pyynnöstä ja ohjauksessa. Terveyspalveluissa on tunnistettu tarve uudistaa perehdytystä sekä perehdytysmateriaalia, jotta sinne tuleva uusi työntekijä pystyy toimimaan mahdollisimman nopeasti osana hoitotyön moniammatillista yhteistyöverkosta.

Työn päätavoite on löytää uusia tehokkaita keinoja perehdytyksen kehittämiseksi Hämeenlinnan Terveyspalveluissa. Sitä varten tuli myös varmistua, että organisaatiossa avainhenkilöstöllä on yhteinen näkemys moniammatillisesta yhteistyöstä ja sen toimintatavoista. Perehdytyksen kehittämiseksi työn tarkoituksena oli

- 1) selvittää kyselytutkimuksella, miten moniammatillinen yhteistyö ja siihen perehdytys toteutuvat tällä hetkellä Hämeenlinnan kaupungin Terveyspalveluissa
- 2) hakea avainhenkilöiden kokemuksia, mielipiteitä, malleja ja ideoita, kuinka moniammatilliseen yhteistyöhön tulisi perehdyttää
- 3) selvittää tukeeko nykyinen perehdytysmateriaali moniammatilliseen yhteistyöhön perehdyttämistä ja miten sitä voisi parantaa
- 4) pohtia kyselyn tuloksia ja esittää, kuinka esiin tulleita ajatuksia ja ideoita voitaisiin hyödyntää ja kehittää jatkossa.

## 2 TAUSTA

### 2.1 Terveys- ja terveyshyötypalvelut Hämeenlinnassa

Hämeenlinnan kaupungin Terveyspalvelut tuottavat Hämeenlinnan ja sen lähialueiden noin 67 000 asukkaalle palvelusopimuksen mukaisia perusterveydenhuollon palveluita. Niitä tarjotaan kahdeksalla terveystasemalla, jotka sijaitsevat maantieteellisesti eri puolilla kaupunkia. Terveystasema määräytyy asuinpaikan perusteella tai sen voi myös valita. Terveystasemilla on käytössä hoidon tarpeen arviointi pääsääntöisesti puhelimitse, josta potilas ohjataan niin arvioitaessa terveydenhuollon ammattilaisen vastaanotolle. (HML 2017.)

Seitsemän satelliittiterveystaseman lisäksi Hämeenlinnassa on Viipurintien pääterveystasemalla terveyshyötypalveluiden toimipiste, jossa toteutetaan suomalaisen Terveyshyötymallin mukaista hoitoa. Terveyshyötymalli esitellään luvussa 3. Terveyshyötypalveluissa tarjotaan omahoidon valmennusta kaikille hämeenlinnalaisille aikuisille, jotka tuntevat tarvitsevansa sitä ja ovat motivoituneita muuttamaan elintapojaan ja voimaan sitä kautta paremmin. Terveyshyötypalvelut tarjoaa asiakkailleen niin yksilö- kuin ryhmäohjausta sekä sähköisiä palveluita. Hämeenlinnan alueen terveystasemissa lääkäri tai hoitaja voi ohjata asiakkaan Terveyshyötypalveluiden käyttäjäksi, tai asiakkaaksi voi tulla myös tilastopöytätyön perusteella. (HML Terveyshyöty 2015.)

Terveyshyötypalveluissa jokaisen asiakkaan kanssa tehdään yksilöllinen hoitosuunnitelma, jonka tavoitteet ovat asiakkaan omia. Hoitosuunnitelma pyritään saamaan mahdollisimman konkreettiseksi ja tukemaan asiakkaan elämäntapamuutosta. Elämäntapamuutos on pitkä prosessi kestäen 1–2 vuotta, jonka aikana kaikki asiakkaan tarvitsemat perusterveydenhuollon palvelut ovat saatavilla Terveyshyötypalveluista. Lisäksi asiakkaalla on käytössään sähköinen terveystasema, eOmahoito, jossa ovat näkyvissä ja säilytettävissä asiakkaan kaikki hoitosuositukset, lääkitykset, rokotukset ja diagnoosit. (HML Terveyshyöty 2015.)



## 2.2 Terveyspalveluiden strategia ja arvot

Terveyspalveluiden sisäisessä intrassa on kirjoitettu Terveyspalveluiden strategian pohjautuvan Hämeenlinnan kaupungin strategiaan. Terveyspalveluiden strategia kertoo Hämeenlinnan kaupungin henkilöstön ja toimien yhteisen päämäärän ja arvot. Arvot ovat esillä ja auki kirjoitettuna sisäisessä intrassa. Niitä ovat asiakaslähtöisyys, yhdenvertaisuus, luotettavuus ja yhteisöllisyys. (HML Intra2 2016.)

Asiakaslähtöisyys tarkoittaa Hämeenlinnassa, että palveluita tuotetaan asiakaslähtöisesti asiakkaita kuunnellen. Palveluiden suunnittelussa, toteuttamisessa ja jokapäiväisessä työskentelyssä näkyy oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon kunnioitus suhteessa asiakkaisiin/potilaisiin, omaisiin ja työtovereihin. Luotettavuus arvona tarkoittaa, että palvelut tuotetaan aina ammattitaitoisesti, vastuullisesti ja ammatillisesti eettisiä periaatteita noudattaen. Yhteisöllisyys tarkoittaa Hämeenlinnassa asiakkaiden/potilaiden perheen, yhteisön ja kulttuuritaustan huomioimista ja tuntemista. Kaupungin palvelut tuotetaan moniammatillisesti ja aktiivisessa yhteistyössä muiden asiakkaan/potilaan hoidon kannalta oleellisten yhteistyötahojen kanssa. Terveyspalveluiden arvojen tukena on tavoitteellinen ja osallistuva johtamistapa sekä tiimityö. (HML Intra2 2016.)

## 2.3 Lääkäri - hoitajatyöpari

Hämeenlinnan Terveysyhtytalveluissa on käytössä perusterveydenhuollon malli, jossa lääkäri ja hoitaja työskentelevät työparina. Sairaanhoitajan rooli vahvistuu tässä työskentelymallissa, sillä he pystyvät usein ratkaisemaan asian itsenäisesti tai konsultoimalla lääkäriä, kun asiakkaan sairaus on hallinnassa. Potilaalle nimetään omahoitaja, mutta ei omalääkäriä. Lisäksi pyritään samalla lääkäriellä tai hoitajalla asiointiin pitkäaikaissairaiden kohdalla. (Sinervo ym. 2016, 53–55.)

Hoitaja on asiakasvastuussa potilaan hoidosta. Hän haastattelee potilaan ja jo ennen lääkärin vastaanottoa tekee ns. valmistelevan käynnin, ottavat tarvittavat kokeet, käy läpi käytössä olevan lääkityksen yms. Lääkäri konsultoi tai tapaa asiakkaan tarvittaessa. Lääkäri voi myös ohjata potilaan hoitajalle esim. lääkkeenkäytön opastukseen. Tällä tavoin lääkärille jää enemmän aikaa olennaiseen ja potilaan hoidossa pystytään hyödyntämään muita terveydenhuollon ammattilaisia tarpeen mukaan. (Sinervo ym. 2016, 54.)

## 2.4 Moniammatillinen tiimi

Hämeenlinnassa perusterveydenhuollossa useiden alojen asiantuntijat ovat asiakkaan omahoitajaa lähellä (mm. lastenlääkäri, onkologi, reumatologi, psykiatrinen sairaanhoitaja, diabetes- ja päihdevastaanotto, fysioterapia). Täten moniammatillinen tiimi on osin yhtä ja osin useampaa organisaatioita. Hoitaja hyödyntää tiimiä potilaan kokonaisvaltaisessa hoitotyössä. Tiimi on tuttu ja yhteydenpitoon tiimin sisällä on työstyetty toimivia vuorovaikutuksen järjestelmäratkaisuja, mm. yhdenmukainen pikaviestijärjestelmä. (HML Intra2 2016.)

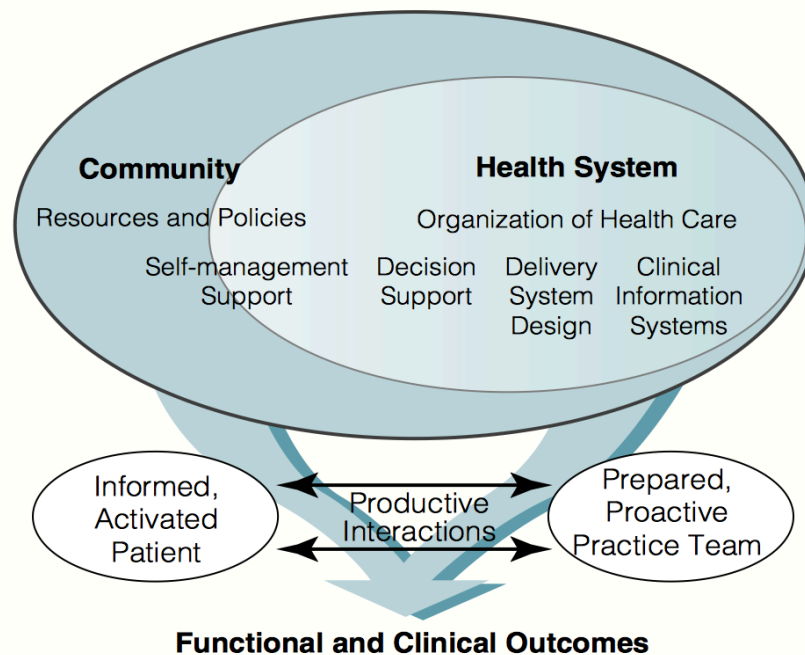
Moniammatillisen tiimin tulee tietoisesti pyrkiä vuorovaikutuksen mahdollistamiseen, jotta tieto ja eri ammattilaisten näkökulmat kohtaavat ja tiedon kokoaminen ja käsittely onnistuvat. Työyhteisön rooleja tulee tarkastella tästä näkökulmasta ja roolien rajoja tulee voida ylittää tai laajentaa. Käytännössä tämä tarkoittaa, että tiimin jäsenet antavat ja sallivat toisten tiimissä olevien eri alojen ammattilaisten ottaa heidän perinteisiä roolitehtäviään. Käytännön esimerkkinä voi olla sairaanhoitaja, joka opastaa potilasta kuntoutuksessa fysioterapeutilta saamiensa ohjeiden perusteella. Asiakkaan ei näin välttämättä tarvitse lainkaan kohdata kasvokkain fysioterapeuttia. Moniammatillisen tiimin koko voi olla suurempi kuin ne ihmiset, jotka potilas näkee, vaikka tiimin kaikki jäsenet osallistuvat potilaan hoitopolun ja -päätösten tekemiseen. (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 36–38.)

Etuina moniammatillisen tiimin toimintamallissa on sen nopeus ja joustavuus sekä asiakaskeskeisyys. Palvelut rakennetaan asiakkaan ympärille, jolloin pyritään siihen, ettei asiakas siirry ammatilliselta toiselle, vaan potilaan hoidossa hyödynnetään eri terveydenhuollon ammatillaisia tarpeen mukaan. Yhteiset tietojärjestelmät helpottavat nopeaa reagoitua ja konsultointia. (Sinervo ym. 2016, 55–56.)

### 3 TERVEYSHYÖTYMALLI

#### 3.1 The Chronic care model

Edward Wagner on julkaissut vuonna 1998 The Chronic care model (Wagner 1998; The Chronic care model 2016), josta Suomessa käytetään nimitystä Terveysyhyötymalli. Se on malli pitkäaikaissairaiden jatkuvaan, pitkäkestoiseen hoitoon. Malli koostuu kuudesta osasta: yhteisö, palveluntuottaja, omahoidon tuki, palveluvalikoima, päätöksentuki ja kliiniset tietojärjestelmät (kuvio 1). Terveysyhyötymalli on pohjana Suomessa perusterveydenhuollon näyttöön perustavassa kehittämistyössä. (Muurinen & Mäntyranta 2011, 6; Terveysyhyötymalli 2014.)



KUVIO 1. Wagnerin terveysyhyötymalli (Wagner 1998)

The Chronic care model kehitettiin Wagnerin huomattua kroonisten sairauksien jatkuvan kasvun ja sen, ettei perusterveydenhuolto entisellä toimintatavalla pystynyt vastaamaan pitkäaikaissairaiden tarpeisiin. Hänen havaintojensa mukaan asiakkaan kokonaistilannetta ei nähty hoitotyössä eikä asiakkailla ollut vastuuta omahoidosta. Hoitopäätökset tehtiin terveydenhuollon ammattilaisen toimesta. Näin asiakkaalle jäi passiivinen rooli,

joka näkyi sairauksien huonona hoitotasapainona ja vähäisenä sitoutumisena omahoitoon. (The Chronic Care Model 2016.)

Pitkäaikaissairauden syntymiseen ja hoitotasapainoon vaikuttavat asiakkaan elämäntavat ja päivittäiset valinnat. Jotta asiakas ottaisi vastuuta omasta terveydestään ja hoidostaan, hänet tulee saada aktiiviseksi toimijaksi hoidon suunniteluun. Asiakkaan tueksi omahoidon onnistumiseen tarvitaan osaava moniammatillinen tiimi. (The Chronic Care Model 2016.)

Wagnerin mukaan satunnaiset kontaktit potilaaseen antavat aina huonomman vasteen potilaan sairautteen vaikuttamisessa kuin organisoidut ja säännölliset tapaamiset. Haluttaessa muutosta terveydenhuollossa se vaatii systeemin uudelleen muotoilua. Potilailla ja omaisilla pitkäasiakassairauden kanssa eläessään ovat eri tarpeet kuin akuuteissa sairauksissa terveydenhuollossa käyvillä asiakkailla. Pitkäaikaissairaajat hyötyvät tapaamisista, joissa otetaan huomioon niin psyykkinen kuin fyysinenkin terveydentila. Näillä tapaamisilla tuotetaan potilaille parempi itsehoitohalukkuus ja -osaaminen. Systemaattinen toimintatapa ja säännölliset tapaamiset helpottavat myös potilaan yhteydenottoja terveydenhuollon suuntaan. (Wagner 1998.) Kokemukset Wagnerin terveyshyötymallista reilun 10 vuoden ajalta USA:ssa ovat osoittaneet sen onnistuneen hoitotyön tehostamisen suhteen, mutta kustannusten pienentäminen vaatii vielä lisää työtä (Coleman, Austin, Brach & Wagner 2009, 75).

## **3.2 Suomalainen pitkäaikaissairauksien hoidon terveyshyötymalli**

### **3.2.1 Suomalaisen terveyshyötymallin piirteet**

Wagnerin The Chronic Care Modelia on sovellettu pitkäaikaissairaiden hoitotyön kehittämisessä ja organisoinnissa monissa maissa, esimerkiksi Kanadassa, Englannissa, Hollannissa, Italiassa ja Tanskassa (Karvonen 2012, 8; Sinervo, ym. 2016, 22). Myös suomalaisella terveyshyötymallilla on sama lähtökohta. Terveyshyötymalli oli pohjana Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelman toteutuksessa. Tämä ohjelma toteutettiin valtakunnallisesti vuosina 2008–2011, ja siinä olivat mukana Sosiaali- ja terveysministeriö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Työterveyslaitos, Kansaneläkelaitos, Kuntaliitto

sekä ammattijärjestöjä ja muita järjestöjä. Ohjelman keskeisenä sisältönä oli siirtyä hajautetusta yhden sairauden kerrallaan hoitamisesta asiakkaan kokonaisvaltaiseen ja suunnitelmalliseen hoitotyöhön silloin, kun asiakkaalla on pitkäaikaissairaus tai useita sairauksia. (Muurinen & Mäntyranta 2011, 3.)

Suomalainen Terveysyötymalli keskittyy erityisesti niihin asiakkaisiin, jotka ovat monisairaita tai tarvitsevat jatkuvaa hoitoa. Terveysyötymallissa keskiössä ovat pitkäaikaissairaiden tunnistaminen, hoidon systemaattisuus ja koordinointi sekä asiakkaan oma sitoutuminen ja osallistuminen omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Nähdään, että omahoitoon motivoitunut asiakas myös sitoutuu paremmin hoitopäätöksiin, joten asiakkaan motivoitumiseen kiinnitetään mallissa paljon huomiota. (Karvonen 2012, 8–10; Muurinen & Mäntyranta 2011, 13.) Kuvio 2 esittää suomalaisen Terveysyötymallin keskeisiä osa-alueita.



KUVIO 2. Suomalaisen Terveysyötymallin keskeiset osa-alueet (Terveysyötymalli 2014)

Terveysyötymallissa toiminnan pohjana on saada aikaiseksi suunniteltu kokonaisuus asiakkaan hoitotyöhön. Tässä osasina ovat asiakkaan omahoidon parantaminen, hoitotyön koordinointi ja yhtenäistäminen. Näillä parannetaan kustannustehokkuutta ja hoi-

don laatua ja vaikuttavuutta. Terveysshyötymallista saatujen kokemusten perusteella sekä asiakkaat että henkilöstö kokevat mallin mielekkääksi. Kuitenkaan tiimityöhön perustuvan mallin käyttöön ottaminen ja hoitotyön uudelleen organisointi eivät onnistu ilman tiimityön kehittämistä ja henkilöstön motivaatiota. (Sinervo ym. 2016, 22.)

Terveysshyötymallin mukaisessa organisaatiossa tehtävä hoitotyö on potilaskeskeistä, vuorovaikutteista ja potilasta voimaannuttavaa. Monilla pitkäaikaissairauksia sairastavalla on useita vaivoja. Tällöin tarvitaan kokonaisnäkemys potilaan hoidon tarpeesta. Yhdessä potilaan kanssa määritellään hoidon tavoitteet ja keinot tavoitteeseen pääsemiseksi sekä varmistetaan seuranta ja tuki potilaalle. Hoitoon tarvitaan usein monia ammattilaisia, jotka voivat osallistua hoitoon esimerkiksi konsultoinnin kautta. Tärkeää on, että potilaan hoitovastuut ovat kaikilla hoitoon osallistuvilla selvillä. (Terveysshyötymalli 2014.)

Tavat kohdata asiakas voivat olla monenlaisia ryhmä- ja yksilötapaamisia, puhelinkontakteja, sähköposteja sekä erilaisia kutsu- ja muistutuspalveluita potilaan tilanteesta ja tarpeesta riippuen (Terveysshyötymalli 2014). Terveysshyötöpalvelumalli koostuu kuudesta osasta

- yhteisö
- palvelutuottaja
- omahoidon tuki
- palveluvalikoima
- päätöksenteontuki
- kliiniset tietojärjestelmät.

### **3.2.2 Yhteisö**

Potilaan parhaaksi toimiminen edellyttää yhteistyötä kaupungin, kunnan ja kolmannen sektorin kanssa. Terveystenhoito tekee yhteistyötä kaikkien tahojen kanssa potilaan etua ajatellen. (Terveysshyötymalli 2014.) Terveysshyötymallin mukaisesti tulee terveyskeskuksista ohjata potilaita aktiivisesti käyttämään myös terveydenhuollon ulkopuolisia palveluita. Tämä vaatii kolmannen sektorin ja kunnan omien palveluiden ja toimijoiden tuntemista perusterveydenhuollossa. (Komulainen 2011.)

### **3.2.3 Johto - palveluntuottaja**

Terveyshyötymallin palveluiden tuottamiseen tarvitaan palveluntuottaja, joka on Suomessa perusterveydenhoito. Organisaation johdon arvojen, strategian, vision, tavoitteiden ja mission tulee olla määritelty tukemaan terveyshyötymallin toteutumista, jotta sen tekeminen saa mahdollisuuden onnistua. (Terveyshyötymalli 2014.)

Terveyshyötymallin toteutumiselle ja toiminnan kehittämiseksi tarvitaan johdosta alkaen kaikilla organisaatiotasolla näkyvää strategiasta lähtevää tukea. Johdon tukea ovat kannustus laadun ylläpitämiseen eli avoimen ja järjestelmällisen virheiden ja ongelmien käsittelytavan edistäminen, tavoitteita tukevien järjestelmien kehittäminen, jatkuva toiminnan seuranta, toimiva organisaatiomalli, toiminnan ohjeistus, riittävien resurssien antaminen ja koulutus sekä johdon ohjaus työn suorittamiseen terveyskeskuksissa aivan perehdytysvaiheesta alkaen. (Komulainen 2011.)

### **3.2.4 Omahoidon tuki**

Terveyshyötymallissa keskeisiä asioita ovat omahoidon tuen antaminen sekä asiakasvastaavan (case manager) rooli, joka tarkoittaa vastaanotto toiminnan muuttamista niin, että pitkäaikais- ja monisairailla tai terveyskeskuksen palveluita runsaasti käyttävillä asiakkailla on oma, nimetty vastuhenkilö. Asiakasvastaava koordinoi ja vastaa asiakkaansa hoitoketjusta kokonaisuutena. Asiakasvastaava on nimetty terveydenhuollon ammattihenkilö, yleensä sairaanhoitaja tai lääkäri. (Muurinen & Mäntyranta 2011, 6.)

Terveyshyötymallin omahoito-osiossa ammattilaisen tehtävänä on kysyä, kuunnella ja neuvotella potilaan kanssa. Hänellä on valmentajan rooli potilaan omahoidon ja sen tavoitteiden rakentumisessa. Potilas saa mallin avulla tunteen omasta pystymisestäään vaikuttamaan tai mahdollisuuksien rajoissa hallitsemaan omaa sairauttaan ja terveyttään. Vaikuttamisen mahdollisuuksien näkeminen ja tunnistaminen sekä siihen keinojen löytyminen myös motivoivat potilasta omahoidon toteuttamiseen. (Terveyshyötymalli 2014.)

Terveyshyötymallissa tavoitteena on tasavertainen hoitosuhde ja asiakkaan sitoutuminen omahoitoon. Hoitajan tehtävä on tukea potilaansa motivaatiota ja keinoja muutokseen sekä auttaa tätä voimaantumaan sekä vahvistaa tämän tunnetta omasta itsemääräämisoikeudestaan. Tavoitteena on ottaa hoidon suunnittelussa asiakas aktiivisena kumppanina mukaan tekemään päätöksiä. Asiakas tarvitsee onnistuakseen onnistumisen tunteita ja mielihyvää omahoidon toimenpiteistä. Hoidon tuloksena on asiakas, joka hallitsee omaa elämäänsä, myös sairauttaan. (Ahoon, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 40–44.)

Terveyshyötymallissa asiakas määrittelee itse tavoitteensa ja keinot tavoitteeseen pääsemiseksi ja näin ottaa vastuun omasta sairauden hoidostaan. Hoitaja tai muu terveydenhuollon ammattilainen antaa vastavuoroisesti asiakkaan käyttöön oman osaamisensa ja tietämyksensä näyttöön perustuvasta hoidosta, tukien asiakkaan päätöksiä. Työvälineenä on asiakkaan kanssa tehtävä yksilöllinen hoitosuunnitelma. (Terveyshyötymalli 2014.)

### **3.2.5 Palveluvalikoima**

Hyvällä ja kattavalla palveluvalikoimalla saadaan potilaalle sopiva, yksilöllinen hoito ja hoiva aikaiseksi. Eri ammattiryhmien osaamisen hyödyntäminen ja vastuiden jakaminen potilaan hoidosta tuo tehokkuutta ja joustoa (Terveyshyötymalli 2014). Palveluvalikoimaan kuuluvat kiinteästi yksilölliset hoitosuunnitelmat, sähköiset palvelut asiointiin, verkostojen kuten kolmannen sektorin hyödyntäminen ja ennalta ehkäisevä hoito. Merkittävää on mallin palveluvalikoimassa, että se on suunniteltua toimintaa ja sitä seurataan säännöllisesti. Potilaalle pyritään näin antamaan hoito ja hoiva, jotka sopivat hänen kulttuuriinsa ja elämäänsä parhaiten. (Komulainen 2011.)

### **3.2.6 Päätöksenteon tuki**

Terveydenhuollon ammattilaisten hoitopäätökset perustuvat näyttöön perustuvaan lääketieteeseen (evidence-based medicine – EBM) ja sen pohjalta laadittujen hoitosuositusten hyödyntämiseen. Toteutuakseen tämä vaatii mm. prosessien hiomista, hoitoketjujen varmistamista ja erikoisosaamisen integrointia perusterveydenhuoltoon. Lisäksi on saa-



tava potilaalle itselleen riittävästi ymmärrettävässä muodossa olevaa informaatiota päätöksenteon tueksi. (Komulainen 2011.)

Tieteellinen näyttö on keskiössä Terveysyötymallin päätöksenteon tuen osiossa. Tieteellisen näytön tulee olla hoitopäätösten taustalla ja niiden perustana, ja myös kehittäminen ja koulutus tarvitsevat pohjaksi tieteellisen näytön. Hoitopäätösten tekemisessä tieteellisen näytön pohjalta on hyvänä esimerkkinä Käypä hoito-suositukset, joihin hoitoa ja päätöksentekoa pystytään nojaamaan. Terveysyötymallissa potilas on aktiivinen toimija, joten on merkittävää, että Käypä hoito-suosituksista on olemassa myös potilaalle itselleen yleiskielellä toimitettuja potilasversioita. (Terveysyötymalli 2014.)

### **3.2.7 Kliiniset tietojärjestelmät**

Perusterveydenhuollon avainasiakkaita ovat erityistä huomiota tarvitsevat potilaat. Heidän ja muiden tarpeellisten hakusegmenttien tunnistamiseksi ovat kliiniset tietojärjestelmät valjastettu ns. tiedon tehokäyttöön. Järjestelmä hakee tietojärjestelmän kirjausten ja perustietojen joukosta sekä yksittäisiä potilaita että potilasjoukkoja, esimerkiksi riskiryhmiä, joille määrättyjä palveluita voidaan tarjota ja kohdentaa. Tämä tiedonhaun tarve asettaa yhdenmukaiselle potilastietojen kirjaamiselle merkittävän vaateen. (Terveysyötymalli 2014.)

Tiedon tehokäyttö tuottaa ammattilaisille ja potilaille erilaisia muistutuksia tapaamisista, sovituista tavoitteista yms. ja on yhteydenpidon väylä toimijoiden välillä. Tiedon tehokäyttö, rakenteellinen tietojärjestelmä helpottaa hoitosuunnitelmien tekemistä, niiden seuraamista ja tulosten raportointia. Hyvä tietojärjestelmä myös monitoroi tiimin toimintaa ja antaa siitä palautetta, kuten raportteja. (Komulainen 2011.)

## 4 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

### 4.1 Moniammatillisen yhteistyön käsite

Moniammatillisuudesta käytetään kansainvälisesti kahta käsitettä interprofessional (ammattien välinen yhteistyö) ja trans-/crossprofessional (poikkiammatillinen yhteistyö). Suomessa moniammatillinen yhteistyö on vakiintunut käsite kuvaamaan näitä molempia. (Isoherranen 2012, 20.) Moniammatillinen yhteistyö on Terveystyömallin mukaisen toiminnan perusta. Se on keskeinen väline, jolla tuloksiin päästään. Pohja moniammatillisen yhteistyön olemassa ololle ja kehittämistarpeelle perusterveydenhuollossa on suorassa kytköksessä Terveystyömalliin ja Toimiva terveyskeskusohjelmaan. (Muurinen & Mäntyranta 2011, 3, 15.)

Niin Hämeenlinnan Terveystyöpalveluissa kuin muidenkin terveysasemien nykyisessä ja tulevassa toiminnassa moniammatillinen työympäristö korostuu. Moniammatillisen yhteistyön käsite on näkynyt asiantuntijoiden keskusteluissa jo 1980 loppupuolelta alkaen. Käsitettä on käytetty kuvaamaan hyvinkin erilaisia yhteistyösuhteita ja sitä voidaan tarkastella useista näkökulmista. Perusmäärittäminenä moniammatilliselle yhteistyölle voidaan pitää tilannetta, jossa eri alojen ammattilaisilla on yhteinen päämäärä, jonka suorittaakseen he yhdistävät tietonsa ja osaamisensa. (Isoherranen ym. 2008, 32.)

Moniammatillisen tiimin peruseriaatteita Kaarina Isoherranen (2008, 39) kirjoittaa olevan kyky jakaa tietoa ymmärrettävästi, ammatillisten rajojen väljyys, kyky ottaa vastuuta ja halukkuus olla sekä oppija että erikoisasiantuntija yhtä aikaa sekä valmius sopeuttaa rooleja tiimin sisällä asiakkaan tarpeista nähdessä. Moniammatillinen yhteistyö on enemmän kuin pelkkää yhteistyötä, sillä siinä haetaan yhteistä kokonaisnäkemystä ja -ymmärrystä, joiden pohjalta ratkaisuja tehdään (Isoherranen 2006, 14).

Moniammatillisuudella pystytään varmistamaan potilaan saaman hoidon laatu ja sen kohdentuminen tarkoituksenmukaisesti. Moniammatillisen tiimin ammattilaiset tuovat keskusteluun jokainen oman ammatillisen osaamisensa ja sen perusteella muodostetaan näkemys parhaasta hoitotavasta. Onnistuakseen moniammatillinen yhteistyö vaatii, että käytetään yhteistä tietoa hyväksi, vuoropuhelu on toimivaa ja ajantasaista. (Koivukoski & Palomäki 2009, 94–95.)

Sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla moniammatillinen yhteistyö on asiakaslähtöistä toimintaa ja käsitteenä laajempi kuin tiimityö. Keskiössä on asiakas. Moniammatillisessa yhteistyössä pyritään ottamaan huomioon potilas yksilönä ja hänen elämänsä kokonaisuutena. Näiden tietojen perusteella eri asiantuntijat kokoontuvat tekemään, omaa osaamistaan tiimissä jakaen, tapauskohtaiset hoitopäätökset. Yhteinen ymmärrys tarvitsee toteutuakseen yhteisen kielen, hyvät vuorovaikutustaidot sekä organisaatorakenteen ja ammattiroolit, jotka mahdollistavat dialogin käymisen. (Isoherranen ym. 2008, 34–35.)

## 4.2 Haasteet ja arviointi

Moniammatillisuuden haasteena on ammattilaisen oman erikoisosaamisen ymmärtäminen ja vahvistaminen sekä toisaalta kyky samalla rakentaa moniammatillisen tiimin yhteistä osaamista (Isoherranen ym. 2008, 41). Eri ammattiryhmien edustajilla on hyvin erilaista tietoa potilaasta, koska he tarkastelevat omasta näkökulmastaan potilasta tai hänen tietojaan, joten eri asiat nousevat merkittäviksi eri ammattilaisilla. Kuitenkaan monesti tiimissä ei tiedetä, mitä osaamista muilla ammattiryhmillä on annettavanaan. Tiimin jäsenten keskinäinen luottamus ja arvostus sekä sosiaalinen osaaminen, status, kokemus sekä käytettävissä oleva aika vaikuttavat niin positiivisesti kuin negatiivisesti tiimin toimintaedellytyksiin ja asiakkaan saamaan ratkaisuun, palveluun. (Isoherranen 2012, 44–48.)

Moniammatillisen yhteistyön haasteina ovat monissa tapauksissa vähäinen luottamus muiden ammattiryhmien osaamiseen ja tietämättömyys, mitä osaamista toisilla ammattiryhmillä voi olla. Yleisesti moniammatillista yhteistyötä vaikeuttava asia perusterveydenhuollossa ovat organisaatorakenteet, joissa eri ammattiryhmät toimivat hajallaan. Onnistuakseen moniammatillinen yhteistyö vaatii avointa vuoropuhelua ja yhteisiä arvoja. (Sinervo ym. 2016, 22.)

Isoherranen (2012, 33–34) kirjoittaa väitöskirjassaan, että tiimien ja työryhmien moniammatillisuuden toteutumista voidaan hyvin arvioida Millerin ja Freemanin kehittämien seitsemän tutkimusväittämän avulla. Tutkimusväittämät moniammatillisuuden arviointiin ovat:

- 1) Tiimillä on kehittynyt yhteinen näkemystiimityöstä ja yhteinen filosofia potilaan hoidosta.
- 2) Kaikki tapauksen kannalta oleelliset tiimin jäsenet auttavat potilaan ongelman ratkaisussa ja päätöksenteossa.
- 3) Tiimin toiminnasta on yhteinen vastuu.
- 4) Kommunikaation monitasoisuus: kaikkien ammattilaisten tieto ja yhteinen tiedon jakaminen tunnistetaan tärkeäksi.
- 5) Yhteinen ymmärrys rooleista: kaikki tiimin jäsenet kokevat tärkeäksi, että he tietävät, mitä eri roolit pitivät sisällään, kuinka ne toteutetaan ja mikä on toimintojen perustelu.
- 6) Roolien rajat ovat joustavia potilaiden tarpeiden ja tiiminjäsenten taitojen ja tietojen mukaan, ja hoidon jatkuvuus varmistuu.
- 7) Yhteistyötä ylläpitämään on kehitetty erilaisia välineitä, kuten yhteinen kirjaaminen, arviointi ja terapeutin interventio. (Isoherranen 2012, 33–34.)

## 5 PEREHDYTYYS

### 5.1 Perehdytyskäsite

Uuden työntekijän tullessa osaksi moniammatillista tiimiä tulee hänet perehdyttää tiimin toimintatapoihin. Perehdytykseen liittyy terminologian moninaisuus ja lähikäsitteitä sille ovat muun muassa mentorointi, valmennus, työnohjaus, ohjaus, opastus ja neuvonta (Lahti 2007, 16; Hartikainen 2016, 27). Työturvallisuuslaki (2008/738 14) velvoittaa työnantajan perehdyttämään työntekijänsä, jotta työntekijä saa riittävät tiedot työn tekemisestä, sen haitta- ja vaaratekijöistä sekä ammatillisesta osaamisesta. Työnantajan tulee huomioida aina uuden työntekijän osaaminen ja työkokemus perehdytettäessä. Perehdytysvelvollisuus koskee velvollisuutta perehdyttää työyhteisöön uutena tulevaa työntekijää ja kokenutta työntekijää, kun hänen työtehtävissä tapahtuu muutosta.

Perehdytys on osaamisen kehittämistä, jonka pohjalta uusi työntekijä saa valmiuksia suoriutua hyvin uudessa työtehtävässä. Perehdytys on tärkeää, sillä sen avulla saadaan uusi työntekijä löytämään nopeasti oma paikkansa työyhteisössä ja mahdolliset virheet vähenevät. Perehdytysjakson aikana uuden tekijän positiivinen tunne uudesta työstä joko vahvistuu tai heikkenee. Se, miten organisaatio onnistuu perehdytyksessä, vaikuttaa vahvasti työyhteisön työnantajakuvaan, työntekijöiden vaihtuvuuteen ja organisaation menestymiseen sekä tavoitteiden toteutumiseen. (Hyppänen 2013, 127, 223–225.)

Perehdytys käsitteenä sisältää työnopastuksen sekä alku- ja yleisperehdyttämisen. Sillä tarkoitetaan kaikkea sitä tekemistä, jolla yksilöä tuetaan onnistumaan työssään uuden työn alkaessa tai uudessa roolissa jo tutussa organisaatiossa. Perehdytys huomioi perehdytettävällä jo olevan osaamisen ja hyödyntää sitä. Perehdytystä ei siis voi nähdä ainoastaan uusien taitojen ja tietojen opettamisena, vaan sillä myös tuetaan uutta työntekijää tuomaan esille, kehittämään, tunnistamaan ja hyödyntämään jo olemassa olevaa osaamistaan. Perehdytyksen avulla luodaan edellytykset hänen työhyvinvoinnilleen. (Kupias & Peltola 2009, 18–20.) Vastuu perehdytyksestä on johdolla ja lähiesimiehellä, vaikka perehdytyksen ja etenkin työnopastuksen tekee joku hänen delegeimanaan. Mutta myös uudella työntekijällä tulee olla halu oppia uutta. Aktiivisuus ja vuoropuhelu oppimisen varmistamiseksi ovat työntekijän vastuulla. (Liski, Horn & Villanen 2007, 13.)

Lauri Luodon (2012) mukaan tulisi erottaa kaksi eri perehdytyksen muotoa, suppea ja laaja, joiden keskeinen ero on niiden kestossa. Perustiedot tehtävästä ja yrityksestä voidaan välittää nopeasti vähintäänkin viikon aikana. Mutta laajemmin ymmärrettyyn sitouttamiseen tähtäävään perehtymiseen kuuluu helposti useita kuukausia. Tänä aikana tapahtuu luontevasti myös yhteinen tavoitteiden asettaminen ja palautteen saaminen tehtävän haltuunotosta ja ensimmäisten työtehtävien suorittamisesta. Englannin kielessä onkin alettu käyttää näistä tavoitteeltaan erilaisista perehdytyksestä eri termejä: *orientation* ja *onboarding*.

*Orientation* on työsuhteen alun yleisperehdytystä eli se tähtää työn tekemisessä tarvittavien perusvalmiuksien antamiseen (Luoto 2012). *Onboarding* on laajempi käsite ja siinä tavoitteet ovat korkeammalla. Sen tarkoituksena on saada uusi tulija mahdollisimman nopeasti kiinni tuottavaan tekemiseen, varmistaa hänen sitoutumisensa ja edistää strategisten tavoitteiden jalkautumista hänen kohdallaan. Tällainen perehdytys on pitkäkestoinen ja vuorovaikutteinen prosessi. Tällöin on tärkeää, että koko prosessille nimitetään yksi vastuunkantaja ja perehtyjältä kerätään palautetta myös perehdytyksestä kokonaisuutena. (Luoto 2012; *New employee onboarding process*, UNC Charlotte.)

## 5.2 Perehdytysprosessi

Perehdytyksen keskiössä on uusi työtehtävä ja sen vaatima osaaminen, jonka avulla uusi työntekijä pystyy hahmottamaan helpommin työn ja organisaation kokonaisuutta. Perehdytys koostuu työpaikkaan, -yhteisöön ja -ympäristöön tutustuttamisesta. Itse perehdytysprosessiin kuuluvat ennakkotoimenpiteet eli perehdytyksen suunnittelu, työhön rekrytoitaessa ja siitä sovittaessa perusasioiden läpikäynti (työtehtävä, organisaatio, työaika yms.). Uuteen työhön tullessa perehdytykseen kuuluu työntekijän vastaanottaminen ja perehdytyksen käynnistäminen sekä tehtäväkohtainen työnopastus. Perehdytys voi jatkua työnteon ohessa, mutta sitä tulee arvioida myös säännöllisesti. (Liski ym. 2007, 8–13.)

Tehtäväkohtainen työnopastus jakautuu neljään vaiheeseen. Ensiksi suunnataan tehtävään, jota opetetaan. Toisessa vaiheessa näytetään tehtävän suoritus ja selitetään tehtävän vaiheet. Kolmannessa vaiheessa työnopastusta uusi työntekijä suorittaa tehtävän

itsenäisesti opastajan seurattessa tekemistä. Lopuksi oppija saa opastajaltaan palautteen suorituksestaan. (Liski ym. 2007, 11.)

Koko uusi työympäristö ihmisineen ja toimintatapoineen vaikuttaa uuden työntekijän kokemukseen perehdytyksen onnistumisesta, hänen oppimiseensa ja perehtymiseensä. Tässä onnistuakseen työyhteisölle tulee tiedottaa uudesta työntekijästä ennakolta ja kertoa mihin ja miksi uusi tulokas tulee. Uuden työntekijän vastaanottoon on hyvä tiimissä valmistautua. Uusi työntekijä on aina organisaatiolle myös mahdollisuus oppia uutta, nähdä asioita toisesta näkökulmasta. (Kupias & Peltola 2009, 76–78.)

Kokeneen, aiemmin työyhteisöön tulleen työntekijän käytöksellä on paljon merkitystä sille, kuinka työyhteisön uusi jäsen oppii tarkoituksenmukaiset työtavat ja miten helposti kotiutuu työyhteisöön. Kokeneen työntekijän osaamisen ja tietämyksen jakaminen organisaatiossa uudemmille on arvokasta pääomaa. Kokeen työntekijän tukea ilman jääminen vie uudelta työntekijältä paljon voimavaroja, mikä lisää epävarmuutta ja tyytymättömyyttä. (Mattila 2008, 87–94.)

Sairaanhoitajan perehdytys on aluksi tarkkojen ohjeiden vastaanottamista ja ohjeiden noudattamisen seuranta. Kokemuksen kautta hän voi toimia itsenäisemmin. Perehdyttäjän tehtävänä on seurata ja tukea tämän kokemuksen kasvua siihen saakka, kunnes rutiinitehtävät sujuvat itsenäisesti. Sairaanhoitajan odotetaan säilyttävän oman osaamisensa koko työuransa ajan, joka edellyttää jatkuvaa osaamisen päivittämistä ja kehittämistä. (Maunula & Valli 2012, 11.)

Systemaattista nuoren sairaanhoitajan perehdytysohjelmaa suuren yliopistosairaalan työntekijäksi on kuvattu Bahouth'in ja Esposito-Herr'in (2009) artikkelissa. Sen mukaan fokusoidun perehdytysohjelman avulla perehdytys pystytään hoitamaan 100 päivässä, kun aikaisemmin vastaavat valmiudet itsenäiseen työskentelyyn vaativat 6–8 kuukautta (Bahouth & Esposito-Herr 2009, 85).

Suomessa sairaanhoitajien perehdytyksestä on tehty vuosien varrella useita opinnäytteitä, esimerkkeinä Salonen (2004), Tossavainen (2006), Lahti (2007), Kumpunen (2012), Maunula ja Valli (2012), Lakotieva (2014), ja Hartikainen (2016). Tulosten pohdinnassa (luku 9) verrataan nyt saatuja kyselytuloksia muutamissa töissä tehtyihin havaintoihin.

### 5.3 Hyvä perehdytys

Kupias ja Peltola (2009) toteavat hyvän perehdytyksen koostuvan paitsi kaikista käytännön asioista ja varsinaisesta työhönopastuksesta sekä uuden työntekijän oman osaamisen hyödyntämisestä, myös niistä toimista, jotka auttavat uutta työntekijää onnistumaan työssään, sopeutumaan ja löytämään paikkansa uudessa työyhteisössä (Kupias & Peltola 2009, 9). Hyvä perehdytys varmistaa sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen kehittymisen ja hoitotyön oppimisen sekä sillä on vaikutusta työtehtävien sujumiselle sekä työtyytyväisyyteen (Maunula & Valli 2012, 29). Tutkimuksissa on osoitettu, että hyvän perehdytyksen ja koulutuksen avulla voidaan vaikuttaa sairaanhoitajien työssä suoriutumiseen sekä työhön liittyviin asenteisiin. Hyvä perehdytys parantaa hoitotyön laatua, lisää työtyytyväisyyttä ja parantaa koko organisaatiota (Hartikainen 2016, 46).

Maahanmuuttajasairaanhoitajien perehdyttämistä tutkinut Hartikainen (2016) on saanut yhdeksi väitöskirjatutkimuksensa tulokseksi, että hyvä perehdytys on merkittävää hyvän ja turvallisen hoidon toteutumiseksi. Sen ansiosta hoitotyö sujui itsenäisemmin ja tehokkaammin kuin niillä, joita ei ollut perehdytetty. Tämä näkyi lisääntyneenä työyhteisön töiden sujuvuutena, mikä samalla vähensi työn raskautta. Myös potilasturvallisuus tutkimuksen mukaan paranee perehdyttämisen avulla. (Hartikainen 2016, 8.)

Maunulan ja Vallin (2012) kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan sairaanhoitajien perehdytyksessä esiintyy suuria eroja organisaatioiden välillä. Hyvä hoitotyöhön perehdytys on yksilöllinen ja kattava ja sen toteuttamiseen on annettu organisaation puolelta riittävästi aikaa. Heidän mukaansa keskeisin tekijä onnistumisessa on toimiva ohjaussuhde. Lisäksi tarvitaan koko organisaation ja työyhteisön tukea. He toteavatkin, että uuden sairaanhoitajan perehdytyksen tulisi olla koko organisaation yhteinen asia. (Maunula & Valli 2012, 3.)

Sairaanhoitajan perehdytyksen onnistumisen arviointia tulee tehdä systemaattisesti arviointikeskusteluilla työntekijän ja esimiehen välillä. Arviointikeskustelussa perehdytettävä kertoo oman arvionsa ja saa palautetta esimieheltään/ohjaajaltaan. Ohjaajan keskeisiä tehtäviä on arvioida uuden sairaanhoitajan pätevyyttä (kriittistä ajattelua, teknisiä taitoja ja vuorovaikutussuhteita) ja verrata niitä tavoiteltuihin pätevyyskriteereihin. Positiivinen palaute helpottaa työpaineiden käsittelyä ja nostaa itsetuntoa. Arviointikeskustelussa myös perehdytettävä antaa omalle ohjaajalleen palautetta. (Maunula & Valli 2012, 14.)



## 6 KEHITTÄMISTYÖ

### 6.1 Kehittämistyön tarve

Tämä kehitystyö on tehty Hämeenlinnan Terveyspalveluiden pyynnöstä. Hämeenlinnan Terveyspalvelut olivat tiedostaneet haasteen organisaatiossaan moniammatillisen hoitotyön perehdytyksen osalta, joka siellä tiedetään toimivaksi keinoksi vastaamaan taloudellisesti ja tehokkaasti perusterveydenhuollon haasteisiin. Terveyspalveluissa oli tunnistettu, että uuden työntekijän rekrytoinnin yhteydessä moniammatillista työtettä ei ole helppo hahmottaa. Perehdytyksessä sitä ei ole aiemmin korostettu eikä se toimintatapana ole ollut helppo omaksua. Tästä aiheesta ei ole tehty tutkimusta aiemmin Terveyspalveluissa.

Kyselyllä haettiin tietyiltä Terveyspalvelujen henkilöiltä ideoita ja malleja toimivaan moniammatilliseen perehdytykseen omassa organisaatiossa. Samalla kyselyn tavoitteena oli myös varmistua, että organisaatiossa avainhenkilöstöllä on yhteinen näkemys moniammatillisesta yhteistyöstä ja sen toimintatavoista. Lisäksi toivottiin saatavan ideoita, miten perehdytysmateriaalia voitaisiin kehittää.

### 6.2 Kehittämistyön organisaatio

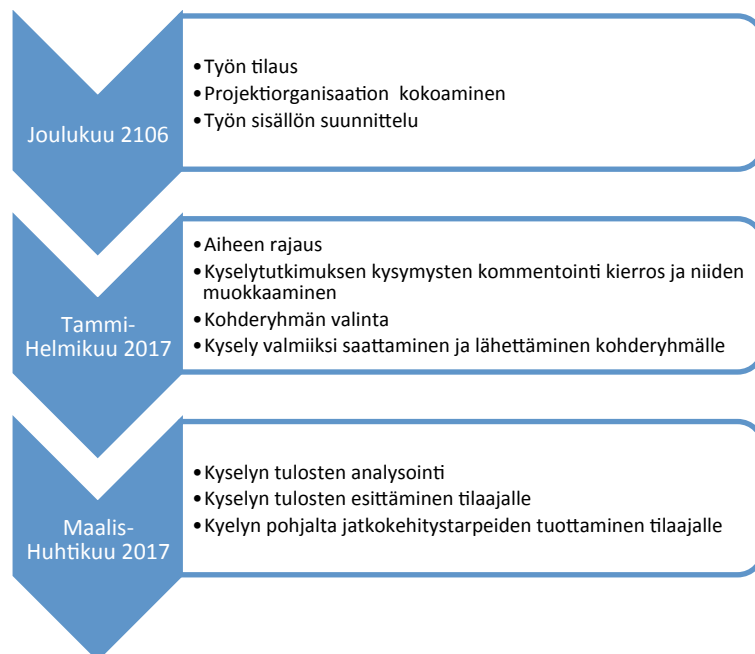
Tähän kehittämistyöhön osallistuivat Terveyspalveluiden puolelta palvelupäällikkö Kristiina Sistonen, jonka aloitteesta työ on tehty. Sistonen toimi myös työn ohjaajana työelämän puolelta. Työntekijänä projektissa oli Tampereen ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelija Vive Haapakoski, jonka opinnäytetyötä vastaava kehittäminen tämä tutkimus on.

Tutkimuksen suunnittelussa mukana olivat lisäksi Hämeenlinnan Terveyspalveluiden johtoryhmän jäsen ja sähköisten palveluiden kehittämisestä vastaava Ilona Rönkkö. Rönkkö oli mukana ideoimassa tehdyn kyselyn sisältöä ja kohderyhmää sekä muokkaamassa kyselyn kysymyksiä ja hän hoiti työn teknisen toteutuksen Terveyspalveluiden intraan.

### 6.3 Kehittämisyön vaiheet

Kehittämistyön vaiheet on esitetty kuviossa 3. Sen mukaisesti siihen kuuluivat työn sisällön suunnittelu, rajaus, kysymysten muokkaus ja kohderyhmän valinta sekä tulosten analysointi ja jatkokehitystarpeiden tuottaminen.

Kehittämistyön aikataulu oli hyvin tiivis. Terveyspalveluiden esimies Kristiina Sistonen pyysi joulukuussa 2016 Vive Haapakoskea tekemään kehittämistyön Hämeenlinnan Terveyspalveluille moniammatillisesta perehdyttämisestä. Samalla sovittiin projektio-organisaatio. Useamman tapaamisen ja monen sähköpostin vaihdon jälkeen kyselytutkimuksen sisältö saatiin hahmoteltua ja aihe rajattua tammikuussa 2017. Työn tilaaja (Terveyspalvelut) määritteli kohderyhmän ja kyselytutkimuksen kysymyksiä arvioitiin helmikuussa 2017 eri foorumeilla Terveyspalveluiden sisällä. Tutkimuksen kysely lähetettiin helmikuun lopussa kohderyhmälle ja vastaukset saatiin 16.3.2017. Tämän jälkeen vastausten analysointi käynnistyi välittömästi. Tulosten analysointi valmistui 14.4.2017. Tutkimuksen esittely johtoryhmälle tapahtuu suunnitelmien mukaan 21.4.2017.



KUVIO 3. Kehittämistyön vaiheet

#### 6.4 Kehittämistyön tavoite

Tutkimustehtävät pohjautuvat tutkimuksen tarkoitukseen. Hyvä tutkimusongelma on yksiselitteinen, josta selviää kysymyksen/kysymysten kautta se, mitä halutaan tutkia ja mitä tutkimuksella tavoitellaan (Kylmä ym. 2003, 611).

Tämän työn tavoitteena on kehittää perehdytystä Hämeenlinnan Terveyspalveluissa. Tätä varten työn tarkoituksena on selvittää kyselylomakkeen avulla osallistujien näkökannat suhteessa tutkimuksen keskeisiin tutkimusongelmiin, jotka ovat

- 1) mitä moniammatillinen yhteistyö on ja miten se toteutuu tällä hetkellä Terveyspalveluissa
- 2) miten uusi työntekijä voitaisiin entistä tehokkaammin perehdyttää moniammatilliseen yhteistyöhön
- 3) millaista perehdytysmateriaalia on jo olemassa ja miten sitä tulisi uudistaa.

## 7 MENETELMÄT JA TOTEUTUS

### 7.1 Tutkimusmenetelmät

Tutkimuksen aineiston keräämisessä voidaan käyttää joko määrällistä tai laadullista tutkimusmenetelmää tai niitä molempia onnistuneesti toisiaan täydentäen (Heikkilä 2014, 14). Molemmilla menetelmillä tavoitellaan totuuden selvittämistä tutkitusta ilmiöstä ja todellisuuden jäsentämistä (Kylmä & Juvakka 2014, 17). Tässä kyselytutkimuksessa on käytetty sekä kvantitatiivisia että kvalitatiivisia menetelmiä tutkittavan ilmiön jäsentämiseksi ja selvittämiseksi mahdollisimman kattavasti.

Kvantitatiivista eli määrällistä menetelmää käyttävä tutkimus kuvaa ja tulkitsee ilmiöitä mittausmenetelmillä, jotka keräävät numeerisia tutkimusaineistoja. Määrällisen tutkimuksen tarkoitus on joko selittää, kuvata, kartoittaa, vertailla tai ennustaa ihmistä koskevia asioita ja ominaisuuksia tai luontoa koskevia ilmiöitä. Tyypillisiä aineistonkeruumenetelmiä ovat lomakekyselyt, internet-kyselyt, strukturoidut haastattelut, puhelinhaastattelut, systemaattinen havainnointi ja kokeelliset tutkimukset. (Vilka 2007, 19, 27–35; Heikkilä 2014, 15.)

Kvantitatiivinen tutkimus pyrkii vastaamaan kysymyksiin kuinka moni, kuinka paljon ja kuinka usein (Vilka 2007, 14). Sillä selvitetään lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla saadaan yleensä kartoitettua olemassa oleva tilanne, joskaan ei pystytä selvittämään asioiden syitä. Kvantitatiivinen tutkimus edellyttää riittävän suurta ja edustavaa otosta. Suositeltava havaintoyksiköiden (esim. henkilöiden) vähimmäismäärä on 100, jos tutkimuksessa käytetään tilastollisia menetelmiä (Vilka 2007, 17). Luotettavan tuloksen kannalta tiedonkeruu, tulosten syöttö ja käsittely on tehtävä huolellisesti ja virheettömästi (Heikkilä 2014, 128).

Asenneasteikkona on usein Likertin asteikko, joka on tavallisesti 4- tai 5-portainen järjestysasteikon tasoinen asteikko, jossa toisena ääripäänä on useimmiten *täysin samaa mieltä* (tai *samaa mieltä*) ja toisena ääripäänä *täysin eri mieltä* (tai *eri mieltä*) (Heikkilä 2014, 51). Tämä oli mallina myös tämän tutkimuksen kyselyssä.

Tämän kehittämistyön tutkimus toteutettiin pääosin laadullisena (kvalitatiivisena) tutkimuksena. Tämä metodi valittiin, koska tarkoituksena oli kartoittaa organisaation avainhenkilöiden kokemuksia ja tunteita tutkittavasta aiheesta mahdollisimman avoimin keinoin. Laadullisen tutkimuksen suunnittelu on usein joustavaa, avointa ja kehittyvää, kuitenkin niin, että tutkimuksen tekijä tarvitsee onnistuakseen ymmärryksen tutkimuksen lähtökohdasta. Hänen tulee tietää mitä tutkitaan, miksi tutkii ja kuinka tutkimuksen toteuttaa. Usein tutkimuskohdetta täytyy rajata ja tuoda sanalliseen muotoon. (Kylmä & Juvakka 2014, 41.)

Laadullinen tutkimusmenetelmä tutkii ihmistä ja hänen kokemuspäiirinsä ilmiöitä ja niitä merkityksiä, joita hän on niille antanut. Sitä ohjaa induktiivinen päättely, jossa tutkimusaineistossa olevat yksittäiset ilmiöt yhdistetään isommaksi kokonaisuudeksi. Laadullisessa tutkimuksessa keskeistä on tutkimukseen vastaajien näkökulman ymmärtäminen tutkittavasta asiasta eli todellisuus sellaisena, kuin vastaaja sen kokee. Laadullisella tutkimuksella haetaan uutta tietoa tai teoriaa tai uutta näkökulmaa tutkittavaan ilmiöön ja sen tuottamat tulokset eivät ole yleistettävissä, vaan ne ovat tilannekohtaisia. (Kylmä & Juvakka 2014, 16, 23–24, 30, 115.) Laadullisessa tutkimuksessa keskeinen tutkimuskohde on tutkimuksen kohderyhmän subjektiiviset tai sosiaaliset tulkinnat tutkittavasta aiheesta. Lähtökohtana on näkemys, että ihmisten sisäinen tulkinta vaikuttaa aina ihmisen kokemukseen tutkittavasta aiheesta, näin laadullisessa tutkimuksessa on pyrkimys jäsentää kohderyhmän vastauksia luokittelemalla ja tuottamalla ilmiötä kuvaavia käsitteitä. Tutkimusprosessia ohjaa se, mikä on tutkittava ilmiö tai asia, ja se, mitä ilmiössä tapahtuu. (Kylmä ym. 2003, 610.)

## **7.2 Tutkimustapa**

Tämä kehittämistyö toteutettiin kyselytutkimuksena. Kysely soveltuu aineiston keräämisen tavaksi, kun tutkittavia on paljon ja he ovat hajallaan. Sitä käytetään myös hyvin henkilökohtaisten asioiden tutkimiseen. (Vilka 2007, 28.) Laadullisen tutkimuksen kohderyhmäksi valikoidaan ne, joilla katsotaan olevan eniten tietoa tutkittavasta asiasta tai ilmiöstä. Merkittävää laadullisessa tutkimuksessa on kohderyhmän eli tutkimukseen osallistujien valinnanvapaus päättää haluavatko osallistua tutkimukseen kertomalla ilmiöstä omia tulkintojaan ja merkityksiään. Laadullisessa tutkimuksessa kohderyhmä on

usein pieni, koska sillä haetaan mahdollisimman paljon ja monipuolista tietoa tutkimuksen kohteena olevasta asiasta. (Kylmä & Juvakka 2014, 27, 54.)

Kyselyn kohderyhmä koostui Hämeenlinnan Terveyspalveluiden valitsemista avainhenkilöistä perehdytyksen osalta. Nämä henkilöt olivat vastuussa asemansa vuoksi perehdyttämisestä tai he olivat perehdyttäneet tai heitä oli perehdytetty viimeisen vuoden aikana. Laadullisen tutkimuksen kohderyhmäksi valikoidaan ne, joilla katsotaan olevan eniten tietoa tutkittavasta asiasta tai ilmiöstä (Kylmä ym. 2003, 610). Terveyspalveluiden organisaation määrittelemien avainhenkilöiden lukumäärä (60 henkeä) oli liian suuri esimerkiksi haastattelututkimuksen kohderyhmäksi, joten tutkimuksen toteutustavaksi valittiin kyselytutkimus.

### **7.3 Aineiston keruumenetelmä**

Tämän kehittämistyön aineiston keruu toteutettiin työryhmässä suunnitellun kyselylomakkeen avulla. Laadullisen tutkimuksen kysymykset ovat tyypillisesti avoimia ja vain hieman strukturoituja, ja ne antavat tutkimukseen osallistujien osaltaan vaikuttaa vastauksillaan tutkimuksen etenemiseen. Näin aineistosta on mahdollisuus saada esiin muutakin kuin vastauksia tiukasti siihen, mitä on kysytty (Kylmä & Juvakka 2014, 64). Kun määrällistä tutkimuksen aineisto kerätään kyselylomakkeen avulla internetkyselynä lomake sisältää ns. suljettuja eli strukturoituja kysymyksiä valmiine vastausvaihtoehtoineen. Tuloksena syntyy lukuarvoja sisältävä havaintoaineisto, jota analysoidaan tilastollisin menetelmin. (Heikkilä 2014, 66–70.)

Tässä työssä tutkimusaineiston keräämisen ajatuksena oli selvittää perehdyttämisen tilaa mahdollisimman monipuolisesti. Tämä tarkoitti kyselylomakkeen sisällön painottumista avoimiin kysymyksiin, millä haluttiin saada esiin mahdollisimman paljon yksittäisten avainhenkilöiden kommentteja, ajatuksia ja ideoita moniammatillisesta perehdytyksestä ja sen kehittämisestä hoitotyössä.

## 7.4 Aineiston käsittely ja analysointi

Aineiston käsittelyllä tarkoitetaan saadun tutkimusaineiston puhtaaksikirjoittamista (Kylmä ym. 2003, 612). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkija kokoaa tulokset havaintomatriisiin. Tuloksia tulisi pystyä tarkastelemaan tilastollisesti. Tuloksia voi esittää esimerkiksi pylväsdiagrammina, taulukkona tai piirakkadiagrammina. Määrällisessä tutkimuksessa yhden muuttujan tuloksia esitetään tunnuslukuina, joita ovat sijainti-, keski- ja hajontaluvut sekä vinous ja huipukkuus. (Vilka 2007, 105–131.) Määrällisessä tutkimustulosten analyysissä avoimien kysymysten vastausten kohdalla korostuvat ongelmat kyseenalaisesta tarkkuudesta ja mahdollisuuksista väärinkäsityksiin. Tutkijan on tärkeä itse kriittisesti arvioida tutkimuksen luotettavuutta ja tuoda esiin mahdolliset tutkimuksen luotettavuutta alentavat seikat, esim. alhainen vastausprosentti, väärinymmärretyt tai moniselitteiset kysymykset, vino kohderyhmä jne. (Heikkilä 2014, 47.)

Laadullisena analyysimenetelmänä ovat yksilöllisten tulkintojen ilmaisut kuten sanat ja lauseet, joissa korostetaan merkityksiä. Laadullisen tutkimuksen analyysi on induktiivista päättelyä, jota kysymysten asettelu sekä tutkimuksen tarkoitus ohjaavat. Analyysin tarkoituksena on selvittää, mitä tämä aineisto kertoo tutkittavasta ilmiöstä. Analyysissä tutkimusaineisto ensin tiivistyy ja sen määritelmän tarkkuus nousee, jolloin siitä muodostuu tutkittavan ilmiön teoreettinen kuvaus. (Kylmä & Juvakka 2014, 28, 31, 66, 113.) Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on löytää eroavaisuuksia tai yhtäläisyyksiä tutkimusaineistosta. (Janhonen & Nikkonen 2001, 9, 21.) Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa analysoidaan koodaamalla sitä. Ensi haetaan toistuvien sanojen löytämistä aineistosta ja ne koodataan tarkoituksenmukaisesti. Tämän jälkeen analyysiprosessi etenee samankaltaisten koodien yhdistämiseen muodostamaan kokonaisuuksia. Tässä vaiheessa haetaan eroja ja yhteneväisyyksiä aineistosta, mikä tehdään tiivistämään ja jäsentämään aineistoa. Viimeisenä vaiheena analysoinnissa kootaan työ näistä palasista uudelleen yhteen. (Kylmä ym. 2003, 612.)

Tämän kyselytutkimuksen avoimien kysymysten vastaukset analysoitiin aineistolähtöisen sisältöanalyysin mukaisesti. Ensin vastaukset litteroitiin analyysia varten. Vastauksista syntyvää kokonais kuvaa muodostettiin lukemalla useaan kertaan läpi litteroidut vastaukset. Kyselyssä avoimia kysymyksiä oli kuusi, jotka liittyivät kolmeen tutkimuksen ongelmakysymykseen (luku 6.4) sekä perehdyttämisen vastuuseen ja perehdyttämismateriaaliin. Näitä kolmea asiakohtaa koskevista vastauksista haettiin niissä toistu-

via ilmaisia. Kyselylomakkeessa olleiden kuuden avoimen kysymyksen vastauksista tehtiin tiivistelmät ja analyysikaaviot (liitteet 4, 5 ja 6), joiden perusteella vastauksista muodostettiin kokonaiskuva, joka on esitetty tuloksissa yhteenvedon nimellä. Tutkimukseen osallistujien joukko oli pieni ja tuttua toisilleen, joten yksittäisten osallistujien kommentteja ei tämän tutkimuksen tuloksiin ole tuotu alkuperäisilmauksina sen varmistamiseksi, ettei vastauksista yksittäistä vastaajaa voi yksilöidä esimerkiksi käytettyjen sanamuotojen kautta.

Kyselylomakkeella oli myös kvantitatiivisia kysymyksiä, jotka toimivat pääosin aineiston analysoinnin tukena ja täydentämässä kvalitatiivisten vastauksien tuloksia. Niiden vastausten analysoinnissa käytettiin pienimuotoisesti tilastollisia menetelmiä, prosentiosuuksia ja ristiintaulukointeja.

## 7.5 Kyselyn toteutus

Tutkimuksen aineisto kerättiin strukturoituna kyselynä, jossa kaikille kohderyhmässä oleville Terveyspalveluiden johdolle, asiantuntijoille, sairaanhoitajille ja lääkäreille esitettiin samat kysymykset samanlaisella lomakkeella. Kyselytutkimus oli jäsenelty sen perusteella, mistä asiakokonaisuuksista haluttiin tiedonantajilta saada ajatuksia. Kyselyn (liite 1) alussa olivat perustietokysymykset, joiden jälkeen tulivat kysymykset moniammatillisen yhteistyön ilmenemisestä tutkittavassa organisaatiossa. Tästä kyselylomakkeessa siirryttiin vastaajien ajatuksiin hyvän perehdytyksen käytäntöihin ja siitä perehdytysmateriaaliin. Kyselylomake käsitti kolme sivua, jossa ensimmäisellä sivulla oli kyselyä selittävä ja siihen vastaamiseen motivoiva teksti sekä kyselyn perustiedot.

Kyselylomakkeessa oli 15 kohtaa, jossa kahteen vastattiin yhtenäisellä viisiportaisella asteikolla. Samoin kahteen kysymykseen vastattiin neliportaisella asteikolla, joissa asteikot erosivat toisistaan. Asteikkoja, joita käytettiin:

- Arvioi asteikolla 1–5, mitä tärkeämpi sen suurempi luku (2 väittämää).
- Näetkö tärkeänä...”erittäin tärkeänä, voisi olla ihan hyvä, en pidä kovinkaan tärkeänä”.
- Miten eri tekijät vaikuttavat...” ei ollenkaan, hieman, paljon, suuresti”.

Avoimia kysymyksiä oli kuusi ja niillä kerättiin vapaita kommentteja aiheista:



- ”Mitä moniammatillinen yhteistyö tarkoittaa omassa organisaatioissamme? ”
- ”Millä tavoin mielestäsi uuden työntekijän perehdytys moniammatilliseen yhteistyöhön toteutuisi parhaiten?”
- ”Vastaa, jos nykyinen perehdytysmateriaali on sinulle tuttua. Sisältääkö materiaali jotakin, joka on ristiriidassa moniammatillisuuteen perehdyttämisessä? Jos, niin mitä?”
- ”Kenelle meillä kuuluu ja millä vastuulla uuden työntekijän perehdyttäminen?”
- ”Miten perehdytyksen onnistumista tulisi arvioida? Kenen vastuulla arviointi on? Miten sitä tulisi arvioida?”
- ”Mitä haluaisit vielä sanoa?”

Kyselytutkimuksen taustoittamiseksi vastaajilta kysyttiin muutamia taustatietoja, jotta tutkimusaineistosta käy selville, millaiset henkilöt ovat tuottaneet aineiston tähän tutkimukseen. Kysytyjä taustatietoja olivat: työkokemuksen määrää tämän työnantajan palveluksessa (Terveyspalvelut) ja työkokemus yhteensä asteikolla: alle vuoden, 1–3 vuotta, yli 3–7 vuotta, yli 7 vuotta – 15 vuotta ja yli 15 vuotta. Lisäksi taustatietona kysyttiin vastaajan asemaa organisaatiossa: asiantuntija, esimies, päällikkö. Taustatietojen kerättiin vain asioista, joilla voisi olla merkitystä tutkittavaan aiheeseen nähden.

Tutkimuksen käytännön toteuttajana oli toimeksiantajan osoittama henkilö ICT-palveluista, koska tutkimuksen tekijällä ei ollut valtuuksia luoda lomaketta intranettiin. Tutkimus toteutettiin Webropol-ohjelmalla. Tutkittava materiaali on tutkijalla Excel-muodossa, josta suodattamalla on saatu esille eri näkökantoja esimerkiksi taustakysymysten valossa. Excel-ohjelma tuottaa valituilla hakukriteereillä tuloksen suoraan pdf-kuvaksi.

Linkki kyselylomakkeeseen lähetettiin sähköpostilla (liite 2) Terveyspalveluiden johdolle, esimiehille ja asiantuntijoille (sairaanhoitajat, lääkärit) vastattavaksi. Viimeinen mahdollisuus vastata kyselyyn oli keskiviikko 15.3.2017. Vastaamisen jälkeen lomakkeen lähetä-toiminto sulki pääsyn takaisin kyselyyn, niin että lomakkeen pystyi täyttämään ainoastaan yhden kerran. Kyselyn umpeuduttua 15.3.2017 todettiin vastauksia olevan vähän, joten kyselyaikaa jatkettiin vuorokaudella. Muistutusviesti (liite 3) ja pyyntö kyselyyn vastaamiselle lähetettiin koko kohderyhmälle 16.3.2017 aamulla.

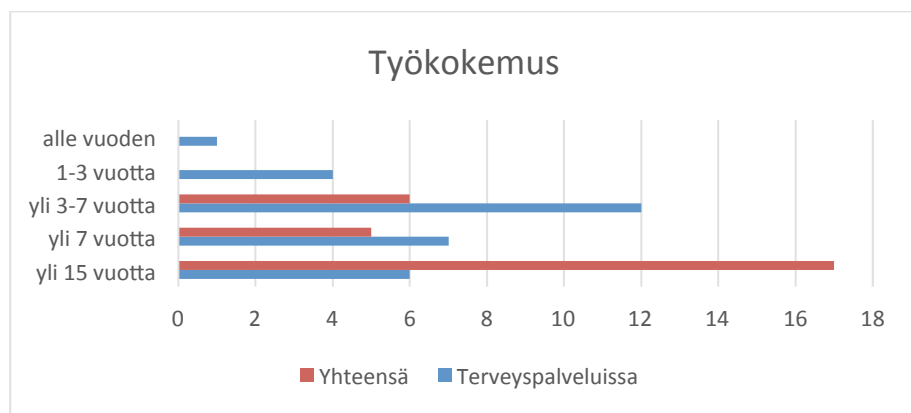
## 8 TULOKSET

### 8.1 Kohderyhmä

Kyselyn kohderyhmä koostui Hämeenlinnan terveystalouden valitsemista avainhenkilöistä perehdyttämisen osalta. Nämä henkilöt olivat vastuussa asemansa vuoksi perehdytyksestä tai he olivat perehdyttäneet tai heitä oli perehdytetty viimeisen vuoden aikana. Kohderyhmän koko oli 60 henkilöä. Kyselyyn vastasi 28 henkilöä, joten vastausprosentti oli 47 %. Kaikki kyselyyn vastaajat eivät vastanneet kaikkiin kyselylomakkeen kysymyksiin.

Perustietojen puolella kyselyyn vastanneiden kesken vallitsi koheesio, joten niiden valossa kyselyn tuloksia ei ole analysoitu. Asiantuntija-asemassa vastaajista oli 89 %. Esimies- ja päällikköasemassa olevien osuus vastaajista oli 11 %. Kun vastaajat koostuivat pääosin asiantuntijoista, niin ammattiaseman näkökulmasta analyysiä ei voitu tehdä.

Kaiken kaikkiaan työkokemusta oli kaikilla vastaajilla yli 3 vuotta ja 61 %:lla yli 15 vuotta (kuvio 4). Vastaajista 43 % oli työskennellyt Terveystalouksissa yli 3–7 vuotta. Vain yksi vastaajista oli työskennellyt alle vuoden Terveystalouksissa. Otoksen pienuuden vuoksi myöskään alle vuoden työskennelleiden mielipidettä ei tutkimuksessa erikseen analysoitu.



KUVIO 4. Vastaajien työkokemus

## 8.2 Moniammatillisuus

Kysymyksessä 4 tiedusteltiin, mitä moniammatillinen yhteistyö tarkoittaa Terveyspalveluissa. Tähän avoimeen kysymykseen vastasi 25 henkilöä eli 89 % vastaajista. Vastauksen analysointi on esitetty liitteessä 4. Sen mukaisesti yhteistyö tarkoitti jatkuvaa tiimityöskentelyä tai ainakin tapauskohtaisesti koottua moniammatillista työryhmää. Moniammatillisessa työympäristössä tietotaitoa oli helposti saatavilla ja sujuva konsultointimahdollisuus.

Kukaan vastaajista ei nähnyt moniammatillisen yhteistyön puuttuvan. Vastauksissa lueteltiin kattavasti moniammatillisen yhteistyön pääperiaatteita (viittaus kohtaan 4.1). 92 % vastaajista oli maininnut omassa organisaatiossaan sanan yhteistyö ja korostanut sen olevan olennainen tekijä sujuvaan työn tekemiseen.

Konsultaatioiden helppous ja erilaisten moniammatillisten tiimien olemassa olo olivat vastaajien näkemysten mukaisia ammatillisen yhteistyötä osoittavia työtapoja. Merkkinä toimivasta moniammatillisesta yhteistyöstä oli mainittu sujuva ohjaus eri ammattilaisten puheille. Vastaajista 8 % on tuonut esiin myös asiakkaan itsensä osallistuvan moniammatilliseen yhteistyöhön, hänen olevan oman elämänsä paras asiantuntija.

Moniammatillisen yhteistyön mainittiin olevan tiivistä yhteydenpitoa eri ammattilaisten kesken ja yhteistä potilaan asioiden eteenpäin viemistä. Asiakaspalveluprosessin todettiin tukevan moniammatillisuutta, koska siinä on vaiheita, jossa on samanaikaisesti monta eri alan ammattilaista yhdessä tekemässä hoitopäätöksiä. Vastauksissa myös työyhteisön tuki mainittiin useamman kerran työtä helpottavana asiana ja korostettiin, että voimakkaita raja-aitoja eri työntekijöiden tai ammattiryhmien välillä ei ole.

Kysymys 5 tiedusteli vastaajien käsitystä siitä, mitkä tekijät vaikuttavat moniammatillisen yhteistyön toteutumiseen tällä hetkellä Terveyspalveluissa. Keskeisiksi moniammatillista yhteistyötä vaikeuttaviksi asioiksi nousivat kiire, epätietoisuus toisten osaamista sekä organisaatorajat, kuten taulukosta 1 ilmenee.

TAULUKKO 1. Moniammatillista yhteistyötä haittaavat tekijät

	Ei ollenkaan	Hieman	Paljon	Suuresti	Yhteensä	Keskiarvo
kiire, ajan puute	0	13	14	1	28	2,57
organisaatorajat	1	20	6	1	28	2,25
tiukat ammattiroolit	14	12	2	0	28	1,57
vuorovaikutusosaaminen	10	15	1	2	28	1,82
eri päämäärät tai näkökulmat potilaan hoitotyössä	8	16	3	1	28	1,89
asenne	7	14	3	4	28	2,14
toisten osaamista ei tunneta	7	8	10	3	28	2,32
jokin muu, mikä?	18	2	6	2	28	1,71
Yhteensä	65	100	45	14	224	2,04

Moniammatillisen yhteistyön huomioiminen perehdytyksessä (kysymys 6) oli vastaajien mielestä tärkeää. 93 % vastaajista arvioivat aiheen joko tärkeäksi tai erittäin tärkeäksi (arvot 4 tai 5 asteikolla 1–5). Arvoja 1–2 ei ollut kukaan vastaajista valinnut. Vastaajien koheesio oli tässä hyvin selvä.

### 8.3 Perehdytysmateriaali

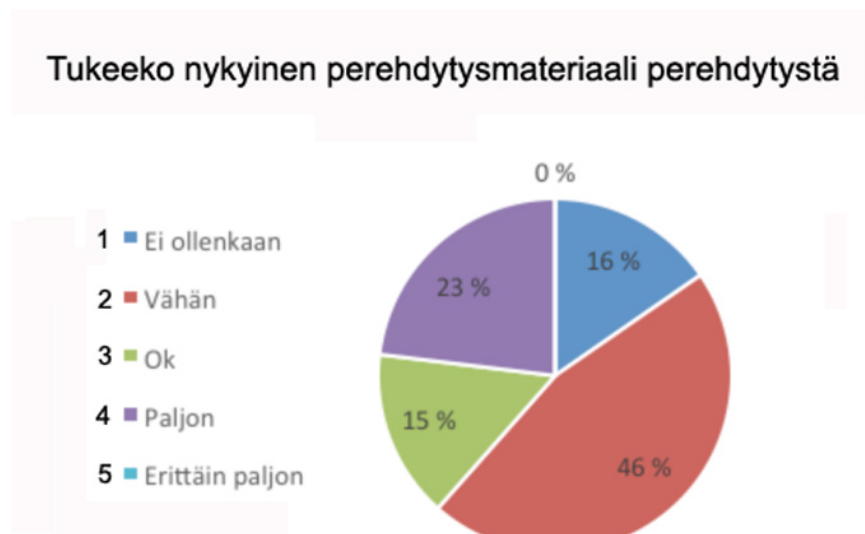
Kysymys 7 tiedusteli, millä tavoin uuden työntekijän perehdytys moniammatilliseen yhteistyöhön toteutuisi parhaiten. Kysymys oli saanut kaikilta vastaajilta kommentit. Vastaukset olivat yksityiskohtaisia ja osin pitkiä. Vastausten analysointi on esitetty liitteessä 5. Sen mukaisesti tarvitaan suunnitelmallinen perehdytysprosessi sekä hyvä perehdytysmateriaali. Perehdytysprosessiin on annettava riittävästi aikaa ja myös perehdyttävän on otettava vastuu prosessin onnistumisesta. Muutama vastaaja kommentoi moniammatillisen yhteistyön perehdytyksen olevan haastavaa, koska ammatilliseen yhteistyöhön kasvetaan, opitaan pikkuhiljaa.

Vastauksissa keskeisinä asioina hyvän perehdytyksen onnistumiseksi toistuivat useissa kommentteissa seuraavat asiat:

- Alusta saakka uuden työntekijän mukaan ottaminen yhteistoimintaan (palaverit, viestiketjut).

- Moniammatillisen yhteistyötavan kuvaaminen, jotta sen voidaan avata uudelle työntekijälle.
- Suunnitelmallinen perehdytys, jossa eri ammattiryhmät perehdyttävät omalta puoleltaan tulokasta.
- Ajantasaisten hoitoketjujen avaaminen.
- Yhteistyötä vahvistavan ilmapiirin luominen.
- Perehdytys kaikkien organisaation jäsenten tehtäväksi.

Nykyinen perehdytysmateriaali oli tuttu 46 %:lle vastaajista (kysymys 8), joiden mielipide nykyisen perehdytysmateriaalin hyödyistä moniammatilliseen yhteistyöhön perehdytyksessä (kysymys 9) vaihteli. Kysymyksessä pyydettiin vastaajaa antamaan arvio asteikolla 1–5, jolloin mitä paremmin nykyinen perehdytysmateriaali tukee moniammatilliseen yhteistyöhön perehdytystä, sen suurempi valittu arvo on. 46 % vastaajista oli valinnut arvon 2 (*vähän*) ja 23 % arvon 4 (*paljon*) (kuvio 5). Arvoa 5 (*erittäin paljon*) ei ollut valinnut kukaan vastaajista.



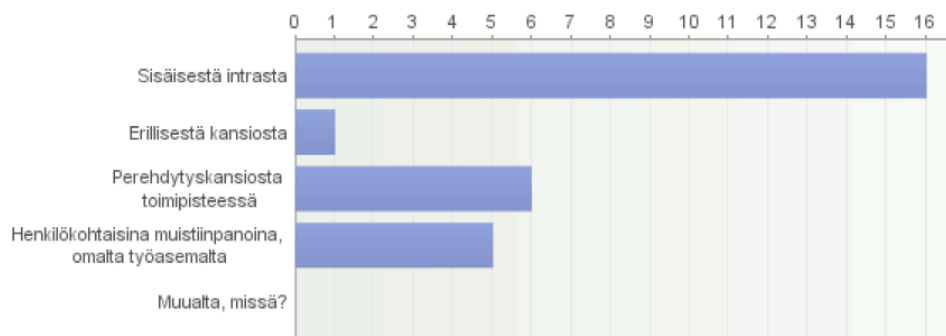
KUVIO 5. Nykyisen perehdytysmateriaalin hyöty perehdytettäessä moniammatilliseen yhteistyöhön

Kysymyksessä 10 tiedusteltiin, sisältääkö nykyinen perehdytysmateriaali jotain, joka on ristiriidassa moniammatillisuuteen perehdyttämisessä. Kolmestatoista (13) vastaajasta, joille nykyinen perehdytysmateriaali oli tuttua, seitsemän (7) oli kommentoinut nykyisen perehdytysmateriaalin sisältöä moniammatillisen yhteistyön näkökulmasta. Vastaus-

ten mukaan nykyinen perehdytysmateriaali on lähinnä luettelo läpikäytävistä asioista ja osaltaan vanhentunutta tietoa sisältävää. Sen ei nähty varsinaisesti tukevan moniammatillista yhteistyötä, mutta ei myöskään estävän sen toteutumista. Toivottiin myös omia erillisiä perehdytysoppaita eri ammattiryhmille.

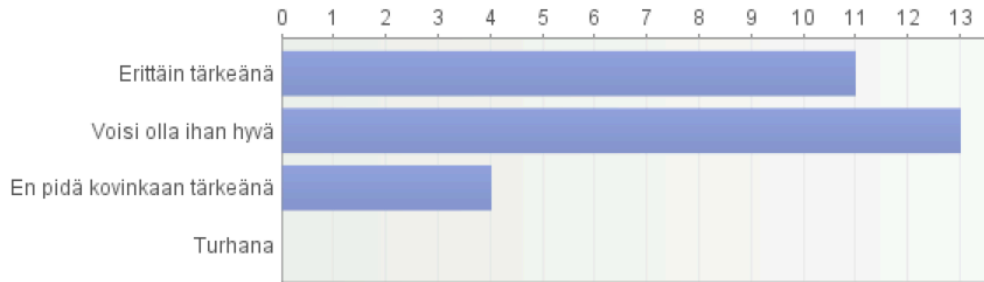
Kysymyksellä 11 tiedusteltiin, kenelle kuuluu ja millä vastuulla uuden työntekijän perehdytys. Vastaukset olivat hyvin yhdensuuntaisia, ja niissä vastuuta perehdytyksestä ositettiin niin työnjohdolliselle esimiehelle kuin perehtyjälle itselleen (kaikissa kommentteissa). Esimiehen nähtiin opastavan hallinnollisia asioita ja järjestän ennen kaikkea aikaa perehtyä työhön. Kollegat mainitaan osallisina perehdytyksessä useimmissa vastauksissa (79 %). Useassa kommentissa todettiin myös, että organisaation virallinen linjaus perehdytysvastuista ei ole tiedossa ja käytännössä sen suhteen perehdytystavoissa on vaihtelua.

Kysymykseen perehdytysmateriaalin parhaasta sijainnista (kysymys 12) vastaajista 57 % koki perehdytysmateriaalin parhaan hyödynnettävyyden olevan sisäisestä intranetistä (kuvio 6). Perehdytysmateriaalin luovuttamista uudelle työntekijälle jo etukäteen kukaan vastaajista ei pitänyt turhana (kysymys 13). Erittäin tärkeänä sitä piti 39 % vastaajista (kuvio 7).



KUVIO 6. Perehdytysmateriaalin paras sijainti

Kysymyksessä 14 tiedusteltiin, miten perehdytyksen onnistumista tulisi arvioida ja kenen vastuulla arviointi on. Vastauksia on analysoitu liitteessä 6. Sen mukaan arviointi tulisi suorittaa omalla lomakkeella muutaman kuukauden kuluttua. Tästä arvioinnista ovat vastuussa sekä lähiesimies että perehdytetty.



KUVIO 7. Perehdytysmateriaalin luovutus etukäteen

Vastauksissa annettiin paljon vastuuta perehdytyksen onnistumisesta uudelle työntekijälle itselleen ja hänen myös koettiin useimmissa vastauksissa olevan paras arvioimaan, onko perehdytys ollut onnistunutta. Toisena vastuullisena perehdytyksen onnistumisesta ja arvioinnista nähtiin olevan lähiesimiehen. Muita toimijoita ei avoimissa vastauksissa mainittu. Yhdessä vastauksessa tuotiin esiin hyvän ilmapiirin merkitys perehdytyksen onnistumisen takeena.

Vastauksista saattoi päätellä, ettei Terveyspalveluiden organisaatiossa ole kiinnitetty paljon huomioita perehdytyksen onnistumisen arviointiin. Se nähtiin puutteena, joka tulisi korjata. Perehdytyksen arvioinnin toteuttamiseksi esitettiin useita ideoita. Sen haluttiin olevan mmm. suunnitelmallista ja jatkuvaa (ei vain kerran perehdytyksen lopussa tapahtuvaa) ja perehdytysuunnitelmaa toivottiin perehdyttäjälle ja perehdytettävälle näkyväksi. Samoin toivottiin perehdytykseen luotavan selkeä prosessin arviointimenetely, josta sekä perehdyttäjä että perehtyjä ovat tietoisia.

Mitä vielä haluaisit sanoa? Tämä kysymys 15 oli mukana, jotta jos vastaamisprosessin aikana oli vastaajalle syntynyt aiheesta sanottavaa, jota hän ei vielä ollut tuottanut kyselyyn, niin sille löytyisi paikka tästä kohdasta. Tämän avoimen kysymyksen vastauksina saatiin monta kommenttia, joissa korostettiin perehdytyksen kehittämisen olevan tärkeää työtä. Moniammatillisuuden katsottiin kuuluvan osaltaan perehdytykseen ja korostettiin perehdytyksen olevan pitkä prosessi. Myös tässä kohden kommentteissa toistui tarve perehdytysprosessin kehittämiseksi, järjestelmällisestä lähestymistavasta perehdytykseen ja toive perehdytykseen panostamisesta jatkossa.

## 9 POHDINTA

### 9.1 Keskeisten tulosten tarkastelu

Tämän kehitystyön päätavoite oli perehdytyksen kehittäminen. Tätä varten toteutettiin kyselytutkimus, jolla selvitettiin Hämeenlinnan terveystalveluiden avainhenkilöiden käsitystä moniammatillisen yhteistyön tämän hetkisestä toteutumisesta. Toisekseen kysyttiin ehdotuksia ja ideoita, miten entistä tehokkaammin voitaisiin perehdyttää moniammatilliseen toimintaan hoitotyössä. Kolmanneksi haettiin ehdotuksia perehdytysmateriaalin kehittämiseksi.

Kyselytutkimuksen vastausten analysoinnin perusteella voidaan todeta, että moniammatillisuus ilmenee Terveystalveluissa tiimityöskentelynä taikka tiettyyn tarpeeseen perustettuna työryhmänä. Lisäksi monipuolista tietotaitoa on aina saatavissa yhteisössä, pyydetessä löytyy konsultointiapua ja joustavaa vastavuoroisuutta. Keveimmillään moniammatillinen tiimi on myös jokapäiväistä kuulumisten vaihtoa.

Kirjallisuudessa ja tässä opinnäytetyössä kohdassa 4.2 on moniammatillinen yhteistyö määritelty seuraavasti: moniammatillinen yhteistyö on enemmän kuin yhteistyötä, sillä siinä haetaan yhteistä kokonaisnäkemyä ja -ymmärrystä, joiden pohjalta ratkaisuja tehdään (Isoherranen 2006, 14). Koskelan (2013) alan kirjallisuuteen perustuvan artikkelin mukaan moniammatillisen toimintakulttuurin kehittäminen edellyttää uudenlaista asennoitumista yhdessä työskentelyyn. Tärkeä tuloksellisuuden edellytys on osallistujien yhteistyökykyisyys, jossa organisaatorajat pitäisi pystyä ylittämään. Lisäksi tarvitaan yhteinen kieli, osaamisen analyysia, yhteistä suunnittelua sekä osaamisen johtamista. (Isoherranen ym. 2008, 34–35; Koskela 2013.) Todellisen moniammatillisen yhteistyön sujuva toiminta edellyttää täten monen asian toteutumista. Tehty kysely ei anna näihin kaikkiin edellytyksiin selviä vastauksia, mutta sen tulosten perusteella vaikuttaa kuitenkin, että Terveystalveluissa asenne moniammatillista yhteistoimintaa kohtaan on avoin ja hyvin positiivinen. Suuria esteitä onnistuneelle tiimityölle ei esiinny, joskin kiire, toisten osaamisen tuntemisen puute ja organisaatorajat nousivat esiin käytännön ongelmina.



Miten perehdytystä tulisi kehittää moniammatillisuus huomioiden? Hyvä perehdytys koostuu paitsi kaikista käytännön asioista ja varsinaisesta työhönopastuksesta sekä uuden työntekijän oman osaamisen hyödyntämisestä, myös niistä toimista, jotka auttavat uutta työntekijää onnistumaan työssään, sopeutumaan ja löytämään paikkansa uudessa työyhteisössä (Kupias & Peltola 2009, 19). Asioita onnistuneen perehdytysprosessin suhteen tuo esiin myös kirjoitus, johon on viitattu tämän opinnäytetyön luvussa 5.2. Siinä todetaan perehdytyksen koostuvan työyhteisöön, sen tapoihin, ihmisiin ja itse työhön liittyvistä odotuksista sekä työhönopastuksesta, johon kuuluvat kaikki työn tekemiseen liittyvät asiat. Perehdytyksen tukena tulee olla perehdytys suunnitelma ja sen toteutumista tulee arvioida (Liski ym. 2007, 8–13.)

Tämän opinnäytetyön kohdassa 3.2 todettiin Terveystyömallin mukaisessa organisaatiossa tehtävä hoitotyön olevan potilaskeskeistä, vuorovaikutteista, potilasta voimaannuttavaa työtä. Tässä yhdessä potilaan kanssa määritellään hoidon tavoitteet ja keinot tavoitteeseen pääsemiseksi sekä varmistetaan seuranta ja tuki potilaalle (Terveystyömalli 2014.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä on toteutettu Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen -hanke, jossa tarkoitus on ollut kehittää perehdytystä ja tavoitteena saavuttavat yhteiset toimintaperiaatteet ja käytännöt jokaisella vastuualueella. Samassa yhteydessä on laadittu myös perehdytyksen arviointijärjestelmä. (Rajala & Heino-Tolonen 2012.) Loppuraportissa on lueteltu 30 asiaa, joilla on merkitystä perehtymiseen ja perehdyttämiseen. Suunnitelmallisuus, esimiehen vastuu, minimikesto 7 vrk, vastuu oppimisesta, oma-aloitteisuus sekä systemaattinen ja perehdytysmyönteinen arviointi jälkepäin esiintyvät tässä listassa.

Tässä kyselytutkimuksessa perehdytyksen suunnitelmallisuus sekä kunnan perehdytysmateriaali nousivat keskeisiksi ehdotuksiksi tehokkaalle perehdytysprosessille. Perehdytykseen on varattava riittävästi aikaa, mutta perehdytettävän on otettava itse vastuuta prosessissa etenemisestä ja onnistumisesta. Voidaan todeta, että nämä kaikki asiat esiintyvät myös edellä mainitussa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hankkeen pitkässä listassa. Myös kohdassa 5.1 tässä opinnäytetyössä kirjoitettiin, että vastuuta perehdytyksen onnistumisesta on organisaatiolla, esimiehellä, työhönopastajalla ja kollegoilla, mutta myös uudella työntekijällä itsellään. Uuden työntekijän oma asenne oppia uutta, aktiivisuus ja vuoropuhelu oppimisen varmistamiseksi ovat työntekijän vastuulla perehdytyksessä

(Liski ym. 2007, 13.) Näin saadut vastaukset ovat yhdenmukaisia kirjallisuudessa esitettyjen perehdytyksen onnistumistekijöiden kanssa.

Maunulan ja Vallin (2012) opinnäytetyön mukaan laadukas ja onnistunut perehdyttäminen sisältää yksilöllisesti toteutetun, riittävän pitkäkestoisen ja kattavan perehdyttämisen. Siihen sisältyy myös henkilökohtainen perehdyttäjä, tavoitteellinen ja kehitystä seuraava perehdytysjakso, johon sisältyy säännölliset oppimista seuraavat ohjauskustelut. Lisäksi perehdytyksessä tulisi käydä läpi koko organisaation toiminta, henkilökunnan ja työpisteen esittely sekä ne työtehtävät, jotka perehdyvän sairaanhoitajan tulisi hallita. (Maunula & Valli 2012, 3.) Nämä huomiot vastaavat hyvin tässä kyselyssä esiin nousseita asioita.

Voidaan mainita, että esimerkiksi Kumpusen (2013) opinnäytetyössä on tuotettu verkopohjainen perehdytysopas aloittavan hoitajan käytännön hoitotyöntyön avuksi ja tueksi. Myös Kyllönen ja Mäenpää (2013) sekä Lakotieva (2014) ovat laatineet opinnäytetyössään perehdytyslomakkeen, joita voinee käyttää mallina soveltuvin osin.

Perehdytysmyönteinen jälkikäteen tehty arviointi perehdytyksestä on tärkeä (Rajala & Heino-Tolonen 2012). Tämä näkemys tuli esille myös tässä kyselytutkimuksessa. Onnistumisen arviointia varten tulee laatia lomake, joka annetaan täytettäväksi perehdytylle muutaman kuukauden kuluttua perehdytyksestä. Vastuuhenkilö palautteen käsittelemiselle tulee määrittää. Lähiesimies ja perehdytetty itse voivat keskustella palautteen pohjalta.

## **9.2 Kyselyn luotettavuus ja eettisyys**

Tutkimuksessa oli monta laadullista kysymystä ja niissä useita kysymyksiä yhden kysymyskohdan sisällä. Avoimet kysymykset kuitenkin tuottivat sen, mitä niillä lähdettiin kyselyssä hakemaan, ajatuksia ja toiveita moniammatilliseen yhteistyöhön samoin kuin perehdytykseenkin. Kyselyn strukturoidut kysymykset tukivat vastauksillaan avointen kysymysten tuottamaa tietoa.

Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen on tutkimuksen tekemisen kulmakiviä. Tutkimuseettinen neuvottelukunta on julkaissut ohjeet, joiden mukaan tukijan tulee

noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimuksen teossa. Tiedonhankinnan tulee pohjautua tieteellisen tutkimuksen vaatimukseen ja eettisyyteen. Toisten tutkijoiden työn lainaaminen tai hyödyntäminen tulee tapahtua asianmukaisesti. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, 21, 23.)

Tämän kehitystyön teoriaosassa kohdassa 4.2 on esitetty Isoherrasen (2012) väitöskirjasta seitsemän kohtaa, joiden kautta moniammatillisen tiimin arviointia voidaan tehdä. Tutkimuksen alkuvaiheessa tarkoituksena oli analysoida näiden testattujen ja toimiviksi todettujen asioiden kautta myös tämän tutkimuksen aineistoa. Avoimien kysymysten vastauksista ei kuitenkaan pystynyt lukemaan luotettavasti, toteutuuko joku tietty asia tutkimuksen kohteena olleessa organisaatiossa kuten teoriassa. Tähän vaikutti myös tutkimuksen alhainen vastausprosentti. Näistä syistä Isoherrasen arviointimallia ei voitu hyödyntää tulosten tarkastelussa. Vastausprosentin jäätyä alle 50 %:n tulosten ei myöskään voida kirjoittaa olevan koko kohderyhmän mielipidettä esiin tuovia ja mahdollistavan yleistyksiä. Myös kvantitatiivisen kyselyn osalta otoksen pienuus, selvästi alle 100 henkilöä, ei mahdollistanut varsinaisten tilastollisten menetelmien käyttöä.

Tutkimuksen pätevyys (validius) tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Tämän kehitystyön kysymysten ja mittareiden validiutta pyrittiin varmistamaan etukäteen testaamalla kysymyksiä siinä organisaatiossa, jossa ne kyselytutkimuksena esitettiin. Kyselylomakkeen kysymykset käytettiin Terveyspalveluiden Avotiimin (osallistujina kaikki vastaanottotyössä olevat alueen sairaanhoitajat) kokouksessa ja heidän esimiehillään, joiden kommenttien perusteella kysymyksiä hienosäädettiin, lisättiin ja poistettiin.

Tutkijan vastuulla on huolehtia, ettei tutkimukseen osallistuvia voida tutkimustuloksesta tunnistaa niin, että tutkimukseen osallistumisesta olisi vastaajalle haittaa. Tutkijan tulee pyrkiä objektiivisuuteen tutkimuksen teossa niin, että tutkijan omat asenteet ja uskomukset vaikuttaisivat mahdollisimman vähän tutkimukseen. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, 23.) Tämän kehitystyön aiheen valinnassa ja toteutuksessa eettisyys on huomioitu ja toteutettu tutkimussääntöjen puitteissa. Tämä opinnäytetyö hyödyttää tilaajaorganisaatiota ja tuottaa sille tietoa, jolla se voi kehittää toimintaansa asiakkaan ja oman henkilökuntansa parhaaksi tulevaisuudessa. Tässä työssä eivät yksittäiset vastaajat tule julki. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, eikä vastaamatta jättämisestä ollut seuraamuksia. Tutkimukseen osallistumispyynnön yhteydessä kerrottiin, miksi

tutkimus tehdään, mitä tietoja siitä annetaan eteenpäin ja kuinka vastauksia käsitellään. Tutkimustuloksia ei ole muokattu tai kaunisteltu. Tutkimusaineisto on myös luovutettu muokkaamattomana toimeksiantajalle.

Tutkimuksen tekemisessä on koko ajan pyritty noudattamaan hyvän tieteellisen tutkimuksen periaatteita toimimalla rehellisesti, tarkasti ja huolellisesti. Tutkijalla ei ole läheistä suhdetta tutkittavaan organisaatioon, jolloin mm. eturistiriitoja ei tutkimusprosessin aikana ole tullut vastaan. Tutkimusaineistoa on säilytetty tarkasti niin, ettei siihen ole ollut pääsyä ulkopuolisilla henkilöillä. Kehitystyön teoreettisen viitekehyksen lähdemateriaali on kirjattu lähdeluetteloon ja lähdeviitteet on tehty asianmukaisesti.

### **9.3 Kehitystyön merkityksellisyys**

Tutkimus tulee tehdä todelliseen tarpeeseen ja tälle tutkimukselle oli tiedostettu etukäteen tarve Terveyspalveluissa. Moniammatillinen yhteistyö ja sen saaminen osaksi perehdytystä koettiin tehdyn kyselytutkimuksen perusteella tärkeäksi Terveyspalveluiden sisällä. Selvitystä kiiteltiin merkitykselliseksi ja sen kohdetta asiaksi, jolle todella pitää tehdä jotakin. Tutkimus antoi myös vastauksia kehittämistyön jatkamiseen. Saadut tulokset, etenkin avoimien kysymysten osalta, auttavat organisaatiota jatkokehittämään sekä perehdytystä moniammatilliseen yhteistyöhön että perehdytysprosessia myös kokonaisuutena.

Tutkimuksesta tuli hieman toisenlainen kuin alun perin oli tarkoitus. Tämä on tavallista laadullisessa tutkimuksessa, kun sitä ohjaavat kysymykset muuttuvat tutkimuksen tekemisen loppusuoralla (Kylmä & Juvakka 2014, 31). Tutkimuskysymyksiä muokattiin pitkään ja eri ihmisten toiveet otettiin huomioon kyselyä laadittaessa suoraan Terveyspalveluiden organisaation päätöksellä. Näin kyselyn johdonmukaisuus mielestäni kärsi ja kyselyn vastaajat joutuivat ottamaan kantaa hyvin monenlaisiin ja monella tavoin aseteltuihin kysymyksiin.

Kyselytutkimuksen tekninen toteutus tapahtui organisaation edustajan toimesta, koska organisaatiossa ulkopuolinen taho ei voinut viedä kyselyä Terveyspalveluiden alustalle. Kysymysten asettelu muuttui vielä tässäkin vaiheessa tutkimuksen toteutusta. Haastavaa oli olla tutkimuksen tekijä, jonka ajatukset ja toiveet tutkimuksen sisältöä kohti jäivät

painoarvoltaan vähäisiksi työn tilaajaan nähden. Yhteistyö tilaajan kanssa sujui kuitenkin erinomaisesti ja kokonaisuudessaan projekti onnistui mielestäni erinomaisesti.

#### **9.4 Johtopäätökset ja suositukset**

Vastausten perusteella tutkitulla osalla Terveyspalveluiden henkilöstöä on melko yhtenäinen käsitys moniammatillisuuden merkityksestä ja näkymisestä omassa organisaatioissaan. Moniammatillisen tiimityöskentelyn varsinaisia esteitä ei ole tavanomaista kiirettä, toisten osaamisen tuntemisen puutetta ja organisaatorajoja lukuun ottamatta.

Kyselyyn vastaajat olivat suurimmalta osaltaan kaikki asiantuntijoita. Esimiehiä kyselyyn vastasi vain 2 henkeä ja päälliköitä 1. Kyselyyn vastaamatta jättämisen perusteella voisi tulkita perehdytyksen olevan osalle organisaation johtoa vain vähän kiinnostava asia. Onko perehdytys itsessään mielenkiinnoton aihe, vai tehdäänkö sitä organisaatiossa niin paljon, ettei se enää jaksaa innostaa. Vai eikö sille riitä aikaa? Tätä on vaikea sanoa, mutta organisaatiossa tähän kannattaa kiinnittää huomioita, koska kyselyyn vastanneet puolestaan pitivät moniammatilliseen yhteistyöhön perehdytystä ja perehdytystä yleensäkin merkittävänä asiana. Toimintamallina perehdytys on tuttua, mutta perehdytysprosessi kannattaa systematisoida.

Vastauksissa perehdytyksen vastuun katsottiin olevan laajalla ryhmällä Terveyspalveluiden henkilöstöä, vaikkakin kaikissa vastauksissa tuotiin esille esimiehen olevan viime kädessä siitä vastuussa. Vastuuasiat tuntuvat puhuttavan organisaatiossa, joten niitä on hyvä pohtia jatkossa myös perehdytyksen osalta ja täsmentää laajemmalla näkökulmalla.

Nykyiseen perehdytysmateriaaliin ei oltu tyytyväisiä. Sen ei myöskään nähty nykyisellään antavan lisäarvoa nimenomaan moniammatillisuuteen perehdytyksessä. Täten perehdytysmateriaalia tulee parantaa. Myös perehdytyksen onnistumisen arviointiin tulee kehittää oma lomake. Vastaajien mukaan uusi työntekijä voi hyvinkin saada perehdytysmateriaalia jo ennen varsinaisen perehdyttämisen alkua. Tämä tarkoittaisi perehdytystä uuteen työpaikkaan omalla ajalla, ilman muuta ohjausta kuin annettu vihkonen tai verkkokurssi.

## 9.5 Jatkokehittämisideat

Kuten tavoiteltiin, kyselytutkimuksen vastaukset toivat esiin ajatuksia ja ideoita jatkokehittämisen kannalta. Terveyspalveluiden organisaatio saattaisi hyötyä, jos perehdytyksen kehittämisestä tehtäisiin oma hanke ja sille määrättäisiin vastuuhenkilö. Tekemistä on paljon tutkimuksen perusteella. Keskeiset toimintatavat, joilla perehdytyskehitys voitaisiin aloittaa, ovat

- 1) kirkastamalla moniammatillisen yhteistyön näkökulma kirjoittamalla käytänteet auki ja puhumalla asiasta
- 2) luomalla perehdytysprosessi organisaatiossa ja kirjoittamalla se myös auki
- 3) järjestämällä enemmän aikaa perehdytykselle
- 4) laatimalla lista arjen perehdytykseen
- 5) kirkastamalla ja systemoimalla perehdytyksen arviointia
- 6) laajentamalla perehdytykseen osallistuvien joukkoa
- 7) päivittämällä vastuut ja tekemällä ne näkyviksi
- 8) jakamalla vastuuta eri ammattiryhmille omasta osuudesta
- 9) päivittämällä perehdytysmateriaali ja osoittamalla sille paras paikka
- 10) luomalla osiot moniammatillisen yhteistyön tekemisestä sekä perehdytysmateriaaliin että perehdytysprosessiin.

Luodon (2012) mukaan tulisi erottaa kaksi eri perehdytyksen muotoa, suppea ja laaja, joiden keskeinen ero on niiden kestossa. Näitä on avattu tämän työn kohdassa 5.1. Suppea orientation-tyyppinen on työsuhteen alun yleisperehdytystä eli se tähtää työn tekemisessä tarvittavien perusvalmiuksien hankkimiseen (Luoto 2012). Tämän työn kohteena oli tämä perehdytyksen perinteinen lyhytkestoinen muoto, joskin prosessin onnistumisen seurannan tarpeellisuus nousi esille. Laaja ja enemmän sitouttava onboarding-tyyppisessä tavoitteet ovat korkeammalla (Luoto 2012). Jatkotutkimuksena voitaisiinkin selvittää sopisiko onboarding-tyyppinen perehdytys myös moniammatilliseen hoitotyöhön, ja jos se vaikuttaisi toimivalta, pyrkiä viemään läpi tai ainakin saattamaan alkuun tällainen kokeiluprosessi.

## LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. 1–2. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Bahouth M. N. & Esposito-Herr, M. B. 2009. Orientation Program for Hospital-Based Nurse Practitioners, AACN Advanced Critical Care 20 (1), 82–90.

Coleman, K., Austin, B.T., Cindy Brach, C. & Wagner, E.H. 2009. Evidence on the Chronic Care Model in the New Millennium. Health Affairs (Millwood) 28 (1), 75–85. doi: 10.1377/hlthaff.28.1.75

Hahtela, N. & Meretoja, R. 2017. Sairaanhoidajan työnkuvan muutokset sote-uudistuksessa. Tutkiva hoitotyö 15, (1), 36–37.

Hartikainen, J. 2016. Maahanmuuttajahoitajien perehdyttäminen vanhustenhoitotyössä - toimintatutkimus vanhustenkeskuksessa pääkaupunkiseudulla. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöstyö.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. uudistettu painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

HML. 2017. Yleistä Terveyspalveluista. Luettu 10.1.2017.  
<http://www.hameenlinna.fi/Palvelut/Terveyspalvelut/Yleista-tietoa/>

HML Intra1. 2016. Hämeenlinnan toimialat. 2016. Luettu 10.3.2017.  
<http://intra/toimialat/sosiaali-ja-terveys-pelastuslaitos/terveyspalvelut/>

HML Intra2. 2016. Terveyspalveluiden strategia. 2016. Luettu 10.3.2017.  
<http://intra/toimialat/sosiaali-ja-terveys-pelastuslaitos/terveyspalvelut/johtoryhma/strategia/>

HML Terveysyöty. 2015. Luettu 1.2.2017.  
<http://www.hameenlinna.fi/Palvelut/Terveyspalvelut/Yhteystiedot/Terveysasemat/Terveysyotyypalvelut/>

Hyppänen, R. 2013. Esimiesosaaminen liiketoiminnan menestystekijä. 3. painos. Porvoo: Bookwell.

Isoherranen, K. 2006. Moniammatillinen yhteistyö. 3. painos. Porvoo: WSOY.

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Väitöskirja. Luettu 11.2.2017.  
[https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen\\_vaitoskirja.pdf](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf)

Isoherranen, K., Rekola, L & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. 1. painos. Porvoo: WSOY.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy.

Karvonen, A. 2012. Omahoidon tuen ja palveluvalikoiman toteutuminen terveyshyötymallin mukaan. Hoitotyön koulutusohjelma. Metropolia ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Kauppi, I., Kähtävä, S., Lipasti, K., Niemi, T., Tamminen, E. & Vaaramo, P. 2010. Hoitoa ja huolenpitoa ammattitaidolla. 1. painos. Helsinki: EDITA.

Koivukoski S. & Palomäki U. 2009. Hoitotyön tiimikirja. 1. painos. Sipoo: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Komulainen, J. 2011. Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli (CCM). Luettu 10.2.2017.  
<http://docplayer.fi/19890834-Pitkaaikaissairauksien-terveyshyotymalli-ccm-10-2-2012.html>

Koskela L. 2013. Tarkastelussa moniammatillinen yhteistyö ja sen edellytykset. Elinikäisen ohjauksen verkkolehti. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Luettu 3.4.2017.  
<http://verkkolehdet.jamk.fi/elo/2013/03/28/tarkastelussa-moniammatillinen-yhteistyö-ja-sen-edellytykset/>

Kumpunen, K. 2012. Sairaanhoitajan perehdyttäminen hoitotyöhön - Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kirurgian varahenkilöstön perehdytysopas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Kupias, P. & Peltola, R. 2009. Perehdyttämisen pelikentällä. Palmenia sarja 61 (2012). Helsinki: Gaudeamus.

Kyllönen, J. & Mäenpää, M-M. 2013. Perehdytyslomakkeen luominen. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2014. Laadullinen terveystutkimus. Porvoo: Bookwell Oy

Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi? Duodecim 119, 609–615.

Lahti, T. 2007. Sairaanhoitajien työhön perehdyttäminen, Tampereen yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.

Lakotieva, S. 2014. Uuden röntgenhoitajan perehdyttäminen. Perehdytysopas Ivalon terveyskeskuksen röntgenhoitajan työhön. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Radiografian- ja sädehoidon koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Liski, M., Horn, S. & Villanen, M. 2007. Hyvä perehdytysopas. Oppimateriaalia, osa 4. Lahden ammattikorkeakoulu. 2007.  
[http://www.lamk.fi/tki-toiminta/julkaisut/c-artikkelikokoelmia-raportteja-muita-ajankohtaisia/Documents/Hyvä%20perehdytys\\_OR-BITS.pdf](http://www.lamk.fi/tki-toiminta/julkaisut/c-artikkelikokoelmia-raportteja-muita-ajankohtaisia/Documents/Hyvä%20perehdytys_OR-BITS.pdf)

Luoto, L. 2012. Ajattele perehdytys uudelleen. Psycon Oy. Luettu 7.4.2017.  
<http://www.psycon.fi/fi/blogi/ajattele-perehdytys-uudelleen>



Mattila, K-P. 2008. Arvostava kohtaaminen arjessa, auttamistyössä ja työyhteisössä. 2.painos. Juva: PS-kustannus.

Maunula, V. & Valli, O. 2012. Sairaanhoidajan perehdyttäminen hoitotyöhön - Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Laurea-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Mustonen, K. 2017. Terveysshoppailua vai pysyviä potilas-lääkärisuhteita? Hämeenlinnassa päästään pian kokeilemaan valinnanvapautta. Artikkel. Yle uutiset. 7.1.2017. Luettu 15.3.2017. <http://yle.fi/uutiset/3-9387255>

Muurinen, S. & Mäntyranta, T. 2011. Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa. Sosiaali- ja terveysministeriö. [http://stm.fi/documents/1271139/1427058/get\\_file.pdf/2a2a9f1a-8751-42b6-a0f5-ad92ff87e6a2](http://stm.fi/documents/1271139/1427058/get_file.pdf/2a2a9f1a-8751-42b6-a0f5-ad92ff87e6a2)

New Employee Onboarding Process. Human Resources. UNC Charlotte. Luettu 7.4.2017. [http://hr.uncc.edu/sites/hr.uncc.edu/files/media/documents/onboarding\\_ppt.pdf](http://hr.uncc.edu/sites/hr.uncc.edu/files/media/documents/onboarding_ppt.pdf)

Rajala K. & Heino-Tolonen, T. 2012. Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Toimialue 4:n NPT-hanke PEREHDYTYYS. Loppuraportti. Luettu 5.4.2017. <http://www.pshp.fi/download/noname/%7BC0A2C19B-AF3E-414C-8BA6-BD5F1C6EFD13%7D/33836>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Tampereen yliopisto. Luettu 16.3.2017. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>

Sairaanhoidajaliitto. 1996. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet. Luettu 20.2.2017. <https://sairaanhoidajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoidajan-eettiset-ohjeet/>

Sinervo T., Tynkkynen, L-K. & Vehko, T. (toim.), 2016. Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä. Raportti 16/2016. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Terveyshyötymalli. 2014. Luettu 10.1.2017. <https://www.innokyla.fi/web/malli795854>

The Chronic Care Model. 2016. Luettu 1.3.2017. [http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The\\_Chronic\\_Care\\_Model&s=2](http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2)

Tossavainen, J. 2006. Työhön perehdytys asiantuntijaorganisaatiossa, Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Pro gradu.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Wagner, E.H. 1998. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice* 1 (1), 2–4.  
<http://ecp.acponline.org/augsep98/cdm.pdf>

## LIITTEET

1/3

## Liite 1. Kyselylomake



### Moniammatillisen yhteistyön perehdytys

Moniammatillinen yhteistyö on terveyshyötyajattelun kanssa keskeisiä kulmakiviä Terveyspalveluissa. Moniammatillinen yhteistyö on enemmän kuin yhteistyötä, siinä haetaan yhteistä kokonaisnäkemyä ja -ymmärrystä, joiden pohjalta ratkaisuja tehdään.

Mitä nopeammin myös uudet, taloon tulevat työntekijät, pystyvät toteuttamaan arjessa toivottuja toimintamalleja moniammatillisen yhteistyön tiimoilta, sen paremmin onnistumme asiakkaittemme kanssa.

Perehdytysmateriaalia ei ole aiemmin mietitty tästä näkökulmasta. Nyt kevään 2017 aikana perehdytysmateriaaliin on tarkoitus tuoda vahvemmin moniammatillista yhteistyötä tukevia elementtejä. Tarvitsemme tässä työssä sinun ajatuksiasi ja asiantuntijuuttasi. Tätä varten olemme tehneet oheisen kyselyn kerätäksemme yhteen keskeisten asiantuntijoidemme ajatukset ja kehittämisasihteista.

Vastaathan kyselyyn 15.3.2017 mennessä. Kyselyn vastaukset käsitellään nimettöminä ja niistä ei voi yksittäistä vastaajaa tunnistaa.

#### Perustiedot

##### 1. Kauanko olet työskennellyt Hämeenlinnan terveystalossa? \*

- alle vuoden  
 1-3 vuotta  
 yli 3-7 vuotta  
 yli 7 vuotta – 15 vuotta  
 yli 15 vuotta

##### 2. Työkokemus yhteensä; \*

- alle vuoden  
 1-3 vuotta  
 yli 3-7 vuotta  
 yli 7 vuotta – 15 vuotta  
 yli 15 vuotta

##### 3. Asemasi \*

- asiantuntija  
 päällikkö  
 esimies

#### Moniammatillinen yhteistyö

##### 4. Mitä moniammatillinen yhteistyö tarkoittaa omassa organisaatiossamme?

##### 5. Miten eri tekijät vaikuttavat omassa organisaatiossamme moniammatillisen yhteistyön toteutumiseen. valitse mielipidettäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto \*

2(3)

	Ei ollenkaan	Hieman	Paljon	Suuresti
kiire, ajan puute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
organisaatorajat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tiukat ammattiroolit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vuorovaikutusosaaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
eri päämäärät tai näkökulmat potilaan hoitotyössä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
asenne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
toisten osaamista ei tunneta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
jokin muu, mikä? <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**6. Miten tärkeänä koet moniammatillisen yhteistyön huomioimisen perehdytyksessä? \***

Arvioi asetikolla 1-5, mitä tärkeämpi sen suurempi luku

1  2  3  4  5

**Perehdytys**

**7. Millä tavoin mielestäsi uuden työntekijän perehdytys moniammatilliseen yhteistyöhön toteutuisi parhaiten? \***

**8. Onko nykyinen perehdytysmateriaali sinulle tuttu? \***

Kyllä  
 Ei

**9. Jos vastasit edelliseen kysymykseen, että perehdytysmateriaali on sinulle tuttua, kuinka hyvin se tukee perehdyttämistä moniammatilliseen yhteistyöhön?**

Arvioi aseteikolla 1-5 (mitä paremmin, sitä suurempi luku)

1  2  3  4  5

**10. Vastaa, jos nykyinen perehdytysmateriaali on sinulle tuttua. Sisältääkö materiaali jotakin, joka on ristiriidassa moniammatillisuuteen perehdyttämisessä? Jos, niin mitä?**

**11. Kenelle meillä kuuluu ja millä vastuulla uuden työntekijän perehdyttäminen?**

3(3)

**12. Missä perehdytysmateriaali olisi parhaiten hyödynnettävissä? \***

- Sisäisestä intrasta
- Erillisestä kansioista
- Perehdytyskansioista toimipisteessä
- Henkilökohtaisina muistiinpanoina, omalta työasemalta
- Muualta, missä?

**13. Näkisitkö tärkeänä, että uusi työntekijä voisi saada perehitysmateriaalia jo etukäteen? \***

- Erittäin tärkeänä
- Voisi olla ihan hyvä
- En pidä kovinkaan tärkeänä
- Turhana

**14. Miten perehdytyksen onnistumista tulisi arvioida? Kenen vastuulla arviointi on? Miten sitä tulisi arvioida?****15. Mitä haluaisit vielä sanoa?**

Lähetä

**Liite 2. Sähköposti ja linkki kyselyyn**

Hei

Sairaanhoidajaopiskelija Vive Haapakoski kehittää opinnäytetyönään perehdytystämme. Tämä webropol – kysely on lähetetty sinulle siksi, että vastauksesi on arvokas Viven työn edistämiseksi ja omien perehdytyskäytäntöjemme kehittämiseksi. Oletko ystävällinen ja vastaat kyselyyn, vastaamiseen kuuluu aikaa noin vartti. Vastaathan jo 15.3. mennessä!

<https://www.webpolsurveys.com/S/22188C1C67B4A3C2.par>

Ystävällisin terveisin

T. Vive Haapakoski /sh-opiskelija TAMK

/puolesta Merita Kautonen

### **Liite 3. Muistutus kyselyyn vastaamisesta**

Huomenta!

Ole ystävällinen ja vastaa kyselyyn vielä tämän päivän aikana, jos et vielä ole vastannut! Vastauksesi on tärkeä, sillä sinut on valittu vastaajien joukkoon juuri siitä syystä, että olet melko äskettäin ollut itse perehdyttävänä, olet perehdyttänyt uutta työntekijää esim. viimeisen vuoden aikana tai vastaat perehdyttämisen kokonaisuudesta jossain määrin.

Kiitos!

Merita, Viven puolesta

## Liite 4. Kysymyksen 4 vastausten analysointi

Mitä moniammatillinen yhteistyö tarkoittaa				
ILMAISURYHMÄT	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA	
tiimityöskentelyä (2)	tiimityöskentelyä			
yhteistyötä eri ammattiryhmien kanssa				
tiivistä yhteistyötä				
yhteistyötä (3)				
työryhmässä (3)			jokapäiväinen	
porukalla			pysyvä työympäristö	
tehdään asioita yhdessä				
yhtäaikaista toimintaa				
yhteistä asiakkaan hyvinvoinnin edistämistä				
yhdistetään erilaisia osaamista			KÄSITYS	
eri ammattiryhmät ottavat osaa			MONIAMMATILLISEN	
asioiden käsittelyä yhdessä			YHTEISTYÖN MUODOSTA	
yhteisiä hoitopalavereja	tarpeen mukainen työryhmä tai yhteys			
yhdessä mietitään		tapauskohtainen työympäristön laajennus		
yhteistapaamisia				
yhteydenpitoa				
yhteistyötapaamisia				
tietotaitoa saatavilla	tietotaitoa saatavilla tarvittaessa			
apua voi pyytää				
matala kynnyks yhteistyöhön				
joustavaa työskentelytapaa	joustavuutta			
vastavuoroista yhteydenpitoa	vastavuoroisuutta	lisätietoja saa pyytämällä		
konsultointia	konsultointimahdollisuus			
konsultointiapua				
sujuvaa konsultaatiota ja ohjausta				
kahvipöytäkeskustelua	kahvipöytäkeskusteluja	vapaata tiedonvaihtoa		



## Liite 5. Kysymyksen 7 vastausten analysointi

Miten parhaiten perehdytetään				
ILMAISURYHMÄT	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA	
perehdytystä kuitakin ammattiryhmältä jokainen ammattilainen perehdyttää omastaan	eri ammattiryhmät perehdyttävät vuoroin			
jokainen kertoo työkuvaan				
perehdyttäjät ja tutustuttaminen				
toimipisteiden läpikäynti				
heti yhteistyöhön mukaan				
mukana tiimissä				
tekee yhteistyössä				
mukaan palaveriin		perehtyminen tiimissä osallistumalla	suunnitelmallinen prosessi perehdytykseen	
olemalla toimijoiden kanssa				
osallistumalla				
tutustumalla				
eri osaamisalueiden esiintuominen				
Case-työskentely				
pajoihin ja foorumeihin osallistuminen				
perehdytyskeskustelu painotuksineen				
kertomalla (3)	sopiviin tehtäviin osallistumalla			
vahvuudet tiedossa				
ainakin kerran seuraamaan				
infoa yhteistyön tavoitteista			TEHOKAS PEREHDYTYSPROSESSI MONIAMMATILLISEEN YHTEISÖÖN	
huomioidaan eri osa-alueilla	riittävä informaatio perehdytystavasta			
tiedonkulun parantaminen				
ajantasaiset yhteistiedot				
kertoa kuinka konsultoidaan				
perehdytyskansio				
perehdytysmateriaali	valmisteltu perehdytysmateriaali	kunnan materiaali perehdytykseen		
luettava materiaali				
suunnitelma				
vastuhenkilö				
nimetty perehdyttäjät				
laatimalla kattava monipuolinen perehdytys				
suunnitelmallinen perehdytys	selkeä suunnitelmallinen prosessi			
moniammatillinen perehdytys				
selkeä perustuksen kuvaus				
sisäiset listat kuka tekee mitkin				
täytyy perehtyä itse	perehdyttävällä vastuuta			
sisäistä oma rooli tiimissä				
vaatii aikaa		annettava aikaa mutta otettava itse vastuuta		
pitkä perehdytysaika	annettava aikaa			
aloitus hyvissä ajoin				

## Liite 6. Kysymyksen 14 vastausten analysointi

Miten arvoidaan perehdytyksen onnistumista			
ILMAISURYHMÄT	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
ei kiinnitetty huomiota			
perehdytysmuistio, lista läpikäydyistä asioista	ilmeinen tarve järjestää arviointi		
tarvitaan lomake			
selvä prosessi tarvitaan, esim kyselylomake			
konkreettinen lista, selkeät tavoitteet	arvioinnin onnistumislomake		
kysely muutaman kk kuluttua		arviointi järjestetään lomakkeella	
tiedustelemalla säännöllisesti perehdytetyitä		muutaman kuukauden kuluttua	
perehdytetty ja työyhteisö kertovat jonkin ajan kuluttua			
keskustelu jonkin ajan kuluttua			
kysymällä perehdytetyitä 2 kk kuluttua			
perehdytetyksen oma mielipide,			
palautte perehdytetyitä, esimies	kysely nimenomaan perehdytetyitä		PEREHDYTYSTÄ ARVIOIDAAN
kysely 6 kk jälkeen	sopivan ajan kuluttua		KYSELYLOMAKKEELLA
perehdytetyn toiminnasta jälkikäteen			
palautteen keruulla, näytön perusteella			
perehdytetyä itse jälkikäteen			
arviointi koeajan päätyttyä			
itsearviointikysely (webropol)			
kysely netissä			
suunnitelmallisuus ja vastuu puuttuu			
lähiesimies ja perehdytety			
perehdytetty	vastuu perehdytyksen onnistumisesta	sekä esimies että perehdytety ovat vastuussa	
keskustelu kolmin	esimiehellä ja perehdytetyllä		
esimies (2)			
tarvitaan hyvä ilmapiiri korjausehdotuksiin			
selvä vastuuhenkilö palutteen antamiselle			
vaikea arvioida, lähiesimies, perehdytetty			
palvelukoordinaattori			