

PIRKANMAAN
AMMATTIKORKEAKOULU

SAIRAANHOITAJAT JA LÄÄKÄRIT

Avaimia ammattiryhmien välisen yhteistyön kehittämiseen

Heimo Outinen

Opinnäytetyö

Maaliskuu 2009

Terveystieteiden

koulutusohjelma

Ikääntyvien ja pitkäaikaisten
hoito

Ylempi AMK-tutkinto

Pirkanmaan ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Pirkanmaan ammattikorkeakoulu
Ylempi AMK-tutkinto
Terveystiedon koulutusohjelma
Ikääntyvien ja pitkäaikaisten hoito

OUTINEN HEIMO:

Sairaanhoitajat ja lääkärit. Avaimia ammattiryhmien välisen yhteistyön kehittämiseen
Opinnäytetyö 83 s.
Maaliskuu 2009

Tämän opinnäytteen tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien ja lääkäreiden välistä yhteistyötä. Tutkimus suoritettiin ammatin ja asiantuntijuuden näkökulmasta. Tavoitteena oli saada tietoa, jonka avulla voidaan kehittää sairaanhoitajien ja lääkäreiden välistä yhteistyötä.

Tutkimuksen pääpaino oli teemahaastatteluin kerätyn aineiston laadullisessa analyysissä ja tiedon keräämisessä sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyön kehittämiseen. Haastatteluista kertynyt aineisto analysoitiin sisällön analyysillä. Tutkimuksen laadullinen luonne syventää Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä tehdyn osastokohtaisen tuloskuntomittauksen tuloksia.

Tutkimustulosten mukaan toisen ammattiryhmän asiantuntijuus ja työnkuva ovat tiedossa pintapuolisesti ja näennäisesti. Tarkemmin tarkasteltaessa ei kuitenkaan tiedetä mitä toisen ammattiryhmän työ sisältää. Yhteistyön laatua arvioidessaan sairaanhoitajat kuvaavat, että se toimii yleisesti ottaen hyvin. Aineiston perusteella voidaan kuitenkin arvioida, että yhteistyö ei sujuisi täysin ongelmitta. Lääkäreiden arvioidessa yhteistyön toimivuutta vaihtelivat ilmaisut siten, että yhtäältä koettiin yhteistyön toimivan hyvin, toisaalla mainittiin, että yhteistyössä on parannettavaa tai siihen suhtauduttiin varauksella. Yhteistyön kehittämisessä molemmilla ryhmillä korostui selkeästi yhteisöllisyys ja yhdessä tekeminen.

Loogisena jatkotutkimushankkeena voisi tutkia protokollien laatimista ja päivittäisen toiminnan kehittämistä ammattiryhmien välisenä yhteistyönä.

ABSTRACT

Pirkanmaa University of Applied Sciences
Master of Health Care and Social Services
Degree Programme in Health Promotion
Health Care of Chronic and Geriatric Patients

OUTINEN HEIMO:

Nurses and doctors. Keys for developing cooperation between professional groups
Thesis 83 pages
March 2009

The purpose of this thesis is to describe the cooperation between nurses and doctors. The research was carried out from the point of view of profession and expertise. The goal was to gain knowledge with which to develop the cooperation between nurses and doctors.

The main emphasis was on the qualitative analysis of the material collected using theme interviews and the collection of information for the development of cooperation between nurses and doctors. The material accumulated in interviews was analysed using content analysis. The qualitative nature of the research deepens the results obtained in the ward specific occupational satisfaction survey carried out in Pirkanmaa Hospital District.

According to the results, the expertise and job description of the other professional group is known superficially. A closer look reveals however, that it is not known what the other group's work comprises of. When evaluating the quality of the cooperation, nurses describe that it works well in general. Based on the research material it can however be deduced that cooperation is not trouble free. When doctors evaluated the cooperation, expressions varied so that on one hand it was felt that the cooperation worked well but on the other hand it was mentioned that there is room for improvement or there were certain reservations towards it. In the development of the cooperation both groups emphasized clearly communal spirit and the act of doing together.

As a logical further research project, the creation of protocols and development of daily operations could be studied as a means of cooperation between the professional groups.

Key words: nurse, doctor, cooperation, multi-professional cooperation

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	5
2 SAIRAANHOITAJIEN JA LÄÄKÄRIEN AMMATTI JA ASiantuntijuus SEKÄ YHTEISTYÖ	7
2.1 Ammatti-identiteetti ja siihen vaikuttavat tekijät	7
2.2 Asiantuntija.....	10
2.3 Sairaanhoitajien ammatti ja asiantuntijuus.....	16
2.4 Lääkärien ammatti ja asiantuntijuus	20
2.5 Moniammatillinen yhteistyö ja moniammatilliset tiimit.....	22
2.6 Sairaanhoitajien ja lääkäreiden välinen yhteistyö	24
2.7 Aikaisempia tutkimuksia ammattiryhmien välisestä yhteistyöstä.....	26
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄ.....	30
4 TUTKIMUSMETODI	31
4.1 Tutkimuksen aiheen muodostuminen	31
4.2 Aineistonkerääminen	33
4.3 Tutkimusjoukon kuvaus	33
4.4 Aineiston tallennus, käsittely ja analysointi	34
4.5 Eettiset kysymykset.....	36
5 TULOKSET	38
5.1 Sairaanhoitajien ja lääkäreiden toistensa ammatin ja asiantuntijuuden ymmärtäminen.....	38
5.1.1 Toisen ammattiryhmän arvostaminen ja kunnioittaminen	39
5.1.2 Käsitelmä toisen ammattiryhmän asiantuntijuudesta.....	42
5.1.3 Näkemys toisen ammattiryhmän työnkuvasta	45
5.1.4 Sairaanhoitajien ja lääkäreiden ajatuksia toistensa työn vaatimuksista.....	46
5.2 Yhteistyön ymmärtäminen	47
5.2.1 Yhteistyön toteutuminen.....	48
5.2.2 Yhteistyön ongelmien ja onnistumisten ilmeneminen käytännössä.....	53
5.2.3 Näkemyksiä yhteistyön toimimattomuuteen	57
5.2.4 Yhteistyön uhat	60
5.2.5 Yhteistyön onnistumisen edut.....	61
5.3 Ehdotuksia yhteistyön kehittämiseksi	64
6 POHDINTA	69
6.1 Tutkimuksen luotettavuus	69
6.2 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	71
6.3 Opinnäytteen merkitys	76
6.4 Kehittäminen ja jatkotutkimusmahdollisuudet	76
LÄHTEET.....	80

1 JOHDANTO

Sairaanhoitajat muodostavat terveydenhuollossa suurimman työntekijäryhmän. Sairaanhoitajien lisäksi lääkärit muodostavat toisen keskeisen ammattiryhmän, jotka kantavat potilaan hoidosta päävastuun. Nämä kaksi ammattiryhmää työskentelevät välittömässä yhteistyössä keskenään. Tällöin yhteistyön tulee olla hyvin sujuvaa ja mutkatonta. Onko näin? Vuonna 2005 Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä saatujen tulokuntomittauksen tulosten mukaan voidaan todeta, että tutkimuksen kohteena olevassa yksikössä tulokuntomittarin pisteet eri ammattiryhmien välisessä yhteistyössä ovat kautta linjan huonommat kuin toisessa saman toimialueen yksikössä. Vuoden 2006 kyselyn mukaan pisteet olivat edelleen laskussa. Tulokuntomittarin tarkoituksena on, että tulosten perusteella voidaan etsiä kehittämiskohteita ja toiminnan kehittämisen painopistealueita. Tulokuntomittari osoittaa herkästi ilmapiirissä tapahtuvia muutoksia, etenkin kielteisesti koettuja tekijöitä. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Henkilöstökertomus, 2006.)

Sairaanhoitajat ovat hoitotyön asiantuntijoita, joiden tehtävänä on tukea yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä määrittämään, saavuttamaan ja pitämään yllä terveyttään muuttuvissa oloissa ja eri toimintaympäristöissä. (Santamäki, 2004.) Hoitotyö ei ole myöskään vain joukko toimenpiteitä eikä pelkästään empatiaa tai huolta pitävää suhtautumista ihmisiin, vaan siinä on kyse sairaanhoitajan kyvystä määrittellä ihmisen reaktiot sairauteen, vammaisuuteen, elämän siirtymävaiheisiin ja muihin todellisiin tai potentiaalisiin terveysuhkiin luottamuksellisessa vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. (Lauri, 2007.)

Lääkärin ammatti on sen sijaan vanha perinteinen ammatti ja tieteenala ja se voidaan luokitella professioksi. Profiessiot ovat ammatteja, joille historiassa uskottiin yksinoikeus tietyn alan ammatilliseen toimintaan. Tähän toimintaan oikeutti tietty koulutus ja tutkinto. (Henriksson & Wrede, 2004.) Profiessioon liittyvän koulutuksen ja erikoisosaamisen lisäksi lääkärin toimintaa ohjaa yhteinen arvopohja – lääkärin tapauksessa lääkärin etiikka. Lääkäriprofiessioon kuuluvilla on vapaus itsenäisesti tehdä ammatin harjoittamiseen kuuluvia päätöksiä eettisten sääntöjen mukaisesti. (Äärimaa, 2005.) Lääkäreitä koulutetaan erikoissairaanhoitoon ja perusterveydenhuoltoon. Erikoissairaanhoidossa lääkärin työ on erikoistunutta ja eriytynyt kapea-alaiseksi eri-

koisosaamiseksi. Perusterveydenhuollossa sen sijaan osaaminen on laaja-alaisempaa. (Vainionmäki, 1995.)

Näiden kahden ammattiryhmän ammatilliset ja asiantuntijuudessa olevat erot ovat selkeät: hoitotiede vs. lääketiede. Eroavaisuuksiin vaikuttaa ammattien historiallinen tausta. Sairaanhoidajien edustamat tieteenalat, hoitotiede ja terveystieteet, ovat vielä sen verran nuoria tieteenaloja, että vuonna 1997 tehdyssä ammattiluokituksessa sairaanhoito luokiteltiin ainoastaan asiantuntijatyöksi. Tuolloin sairaanhoitajat luokiteltiin erityisasiantuntijoiksi. Vuonna 2001 koettiin ”arvonalennus”, kun sairaanhoitajat saivat enää vain asiantuntijan statuksen. (Eriksson, 2002.) Sairaanhoidajien ammatillisen arvostuksen taso osoittaa, että tänäkin päivänä sairaanhoidajien ja lääkärin välillä on kuilu, joka liittyy tieteen tekemiseen, ammatin harjoittamiseen ja yhteiskunnalliseen arvostamiseen. Vaikka lääkäreillä on etiikkaan ja profession nojautuen yksinoikeus harjoittaa ammattia, ei sairaanhoidajan työtäkään voi tehdä kuin koulutettu ja rekisteröity henkilö. Kuinka ammattiryhmien keskinäistä toimintaa tasa-arvoistetaan ja saadaan yhteistyö toimivammaksi?

On kuitenkin potilaiden ja terveydenhuollon toiminnan kehittymisen kannalta tärkeää, että yhteistyötä sairaanhoidajien ja lääkärin välillä kehitetään. Tutkimusten perusteella on havaittu, että kollegiaalisempi yhteistyö parantaa potilaan kokonaishoidon laatua. Siksi tämän opinnäytteen tarkoituksena on kuvata sairaanhoidajien ja lääkärin välistä yhteistyötä. Ammattiryhmien välistä toimintaa tutkimalla on tavoitteena saada tietoa, jonka avulla voidaan kehittää edellä mainittujen ammattiryhmien yhteistyötä. Tehtävä suoritetaan ammatin ja asiantuntijuuden näkökulmasta ja tutkimuksen aineisto on kerätty teemahaastatteluilla.

2 SAIRAANHOITAJIEN JA LÄÄKÄRIEN AMMATTI JA ASiantuntijuus SEKÄ YHTEISTYÖ

2.1 Ammatti-identiteetti ja siihen vaikuttavat tekijät

Identiteetti ja ammatti-identiteetti

Identiteettiä on eri tieteiden piirissä analysoitu mm. ryhmäidentiteettinä, kansallisena, kulttuurisena ja kielellisenä identiteettinä, sukupuoli-identiteettinä ja ammatti-identiteettinä. Näissä tapauksissa identiteetti on ymmärretty tiettyyn kansallisuuteen, kieleen, kulttuuriin, sukupuoleen tai ammattikuntaan kuulumisen, samaistumisen tai osallisuuden kautta. Identiteetti on ymmärretty yksilön persoonallista ja sosiaalista todellisuutta välittäväksi ilmiöksi, joka rakentuu hänen ainutkertaisesta suhteesta yhteiskunnan ja yhteisön sosiaaliseen ja kulttuuriseen maisemaan. (Eteläpelto, 2007.) Toisaalta identiteetti viittaa yksilön henkilökohtaisuuteen ja henkilökohtaisuuden ykseyteen ja ainakin suhteelliseen pysyvyyteen (Löyttyniemi, 2004). Onkin katsottu, että identiteetti toimii ikään kuin yksilön ja yhteiskunnan leikkauspisteessä. Identiteetti rakentuu aina yksilön ja yhteiskunnan keskinäisestä riippuvuussuhteesta ja vuorovaikutuksesta. (Eteläpelto, Collin & Saarinen, 2007.)

Psykologiassa ensimmäisiä identiteettiteorioita esitti 1800-luvun lopulla amerikkalainen pragmaatikko William James. Ihmisen minuutta määritellessään James erotti materiaalsen, sosiaalisen ja henkisen minän. Ihmisen oman työn ja luovan toiminnan tuotokset ovat erityisesti hänen materiaaliselle minuudelle tärkeitä. Työhön liittyvä identiteetti kuvaa laajasti ja monitahoisesti ihmisen ja työn välistä suhdetta. Siinä kietoutuvat yhteen ammattialan yhteiskunnallinen, sosiaalinen ja kulttuurinen käytäntö sekä yksilön rakentamat ja jatkuvasti muokkaamat yksilölliset merkitykset ja käsitykset työn asemasta elämässä sekä työhön liittyvistä arvoista ja eettisistä sitoumuksista. Työidentiteetti rakentuu oman henkilöhistorian perusteella, mutta siinä ovat mukana myös tulevaisuuden odotukset suhteessa työhön. (Eteläpelto, 2007.) Ammatilliseen identiteettiin kuuluvat käsitykset siitä, mihin ihminen kokee kuuluvansa ja samaistuvansa, mitä hän pitää tärkeänä sekä mihin hän sitoutuu työssään ja ammatissaan.

Ammatilliseen identiteettiin sisältyy myös työtä koskevat arvot, eettiset ulottuvuudet sekä tavoitteet ja uskomukset. (Eteläpelto & Vähäsantanen, 2006.)

Nykyisessä työelämässä oletetaan, että ammatti-identiteetit rakentuvat entistä yksilöllisemmiksi ja kiinnittyvät lähinnä yksilöiden jatkuvaan ammatillisen kasvun ja elinikäisen oppimisen varaan (Eteläpelto, Collin & Saarinen, 2007). Nykyaikana ajatellaan identiteetin olevan pirstaloitunut, tilanteesta toiseen muuttuva ja epäjatkua. Käsitteiden minuudesta yksilön persoonallisuuden suhteellisen muuttumattomana ytimeksi on korvannut käsitys dynaamisesta ja jatkuvasti uudelleen neuvoteltavasta minuudesta. Identiteetti rakentuu suhteessa kokemuksiin, tilanteisiin ja ihmisiin, joiden kanssa olemme arjen vuorovaikutuksessa (Eteläpelto & Vähäsantanen, 2006.) Koulutuksen avulla hankittu mielikuva omasta ammatillisuudesta on kuitenkin tärkeä työtään aloittavalle noviisille. Homogeenisessä yhteiskunnassa samaan ammattikuntaan, kuten esimerkiksi insinööri-, lääkäri- tai sairaanhoitajayhteisöön kuulumisen ja sitä kautta avautuva osallisuus sekä käytännöt tuntuvat selviöltä. Perimmäinen käsitys ammattiyhteisöstä ilmentää idealisoitunutta mielikuvaa ammatillisesta yhteisyydestä ja tasa-arvosta. (Matinheikki-Kokko, 2007.) Kollektiivinen identiteetti vastaa yleisellä tasolla kysymykseen, ”keitä me olemme”. Ammattiryhmän kollektiivinen identiteetin peruskysymyksiä ovat myös, että ”mikä on tehtävämme?” ja ”mitä haluamme saada aikaan?”. Ammatillista identiteettiä rakennetaan lisäksi erilaisilla eronteon ja yhteenkuuluvuuden, samuuden ja toiseuden mekanismeilla, jolloin peruskysymyksiä ovat esimerkiksi, ”mistä ammattiryhmämme tunnistaa?”, ”keitä meihin kuuluu?” tai ”millä tavalla meihin kuulumattomat tunnistetaan?”. (Lapinoja & Heikkinen, 2006.) Samanlaisuus syntyy osittain tavoista ja identifikaatioista – arvoista, normeista, ideoista, malleista, sankareista, joihin ihminen samaistuu. Näistä muodostuu piirteiden ja tottumusten kokonaisuus, josta hänet tunnistaa samaksi, päivästä, viikosta ja vuodesta toiseen. (Löyttyniemi, 2004.)

Ammatin ydin

Keskiajalla ammattikuntien merkitys oli laajempi kuin mestari – kisälli -suhde. Se oli paitsi puhtaan ammatillinen, myös ideologinen yhteenliittymä. Esimerkiksi omaan säätyyn sopimaton käytös ei ollut yksityinen vaan koko ammattikuntaa koskeva asia. Georg Simmel kuvaakin, kuinka keskiaikainen ammattikunta sulki piiriinsä koko ihmisen. Ammattikunta ei ollut vain yksilöistä koostuva ammatinharjoittajien eduista

huolehtiva yhteenliittymä vaan elämänkaaren kattava yhteisö ammatillisessa, sosiaalisessa, uskonnollisessa, poliittisessa ja monessa muussa merkityksessä. Teollinen vallankumous sitten häivytti ammattikuntalaitoksen, eikä varsinainen mestari – kisällimalli voinut enää toimia. Kaikista moniosaamisvaatimuksista huolimatta ammatti on yhä yksilön persoonallinen suhde ja tapa kytkeytyä yhteiskunnalliseen tuotantoon ja työnjakoon. (Onnismaa, 2006.)

Professio

Ammatit ymmärretään siis yhteiskunnallisina sopimuksina, jotka koskevat työtä ja työnjakoa. ”Tavallisten” ammattien lisäksi on ammatteja, joita voidaan kutsua professioiksi. Professiot ovat ammatteja, joille historiassa uskottiin yksin oikeus tietyn alan ammatilliseen toimintaan, tähän toimintaan oikeutti tietty koulutus ja tutkinto. (Henriksson & Wrede, 2004.) Professioina on perinteisesti pidetty esimerkiksi lääkärin, papin, lakimiehen ja upseerin ammatteja. Professionalismi on ammattiryhmän pyrkimystä ymmärtää ja esittää itsensä ja työnsä kuten ammattikunta itse sen haluaisi nähdä. Ammatilliset muodostavat asiantuntijamonopolin, jolla on oikeus harjoittaa tiettyä ammattia. Näin ammattikunnat tuottavat itse oman professionaalisuutensa ja säätelevät itse toimintansa perusteet ja tavoitteet. Professioina pidettävillä ammateilla on systemaattinen työtä ohjaava teoria, jäseniä kontrolloiva ryhmä, auktoriteetti, yhdenmukainen sisäinen kulttuuri sekä urakehityskuva. Professionaalisen ammattikunnan toimintaa ei kontrolloida kovin yksityiskohtaisesti vaan yhteiskunnalla on tietty luottamus ammattilaisten sisäiseen kuriin ja ammattietiikkaan. Ammattiyhteisöissä itse asetetut lait kiteytyvät sosiaalisiksi sopimuksiksi, jotka ovat usein tiedostamattomia ja julkaisemattomia. Säännöt ja sopimukset rakentavat myös kollektiivista identiteettiä. (Lapinoja & Heikkinen, 2006.) Kollektiivinen ja yhteisöllinen ammatillinen toiminta on professionaalisuuden välttämätön edellytys (Vanhalakka-Ruoho, 2006). Professionaaliseen ammattiin kuuluu ominaisuuksia, joihin ammattikunnan ulkopuoliset eivät pääse käsiksi, sillä ekspertti tietää alastaan enemmän kuin kuka tahansa. Ammatillinen tieto saattaa olla osittain jopa salattua, eikä se avaudu muille. Professionaalisuuteen kuuluukin eksperttiedon varjeleminen ulkopuolisilta. (Lapinoja & Heikkinen, 2006.)

Professioiden kehitys nähtiin luonnonvoimaisena osana yhteiskunnallista edistystä. Esimerkiksi Englannissa ja Yhdysvalloissa nämä ammattikunnat, jotka luokiteltiin

professioiksi, järjestyivät ulossulkeviksi ryhmiksi, jotka vartioivat ammatinharjoittajien oikeuksia. (Henriksson & Wrede, 2004.) Professionaalinen ura on sekä professionalismin ideologiassa että professioteorioissa nähty perinteisesti muusta elämästä irrallisena rakenteena ja autonomia on liitetty ihanteena sekä uralla etenijään että koko ammattikuntaan. Äärimmillään professio on moraalisen arvon sisältävä elämäntapa – kutsumus. Professionaalisuus tarjoutuu myyttisenä ja kyseenalaistamattomana ihanteena, joka ei salli muita tapoja sitoutua ja toimia eettisesti kuin sitoutua tiettyyn ammattiin tai tieteenalaan. (Löyttyniemi, 2004.)

2.2 Asiantuntija

Osaaminen, ammattitaito, kvalifikaatiot ja kompetenssi

Osaaminen on todettu tärkeäksi kilpailukykytekijäksi nopeasti muuttuvassa ja uudistuvassa työelämässä. Osaamisella tarkoitetaan työn vaatimien tietojen ja taitojen hallintaa ja niiden soveltamista käytännön työtehtäviin. Osaaminen on sekä yksilöllistä että yhteisöllistä. Osaaminen on sekä formaalin koulutuksen että informaalin kokemuksen ja kehityksen tulosta. Osaaminen ei ole vain tietämistä, vaan laajempaa tekemisen hallintaa, jossa sosiaalinen vuorovaikutus painottuu aiempaa enemmän. Osaaminen on joustavuutta, epävarmuuden sietoa ja muutoshalukkuutta, sekä jatkuvaa arviointia ja kehittämistä. Osaaminen on kontekstisidonnaista ja sen arviointi on arvosidonnaista ollen yhteydessä toimintakulttuuriin. (Helakorpi, 2005.) Osaamisesta on kysymys silloin, kun joudutaan ratkaisemaan avoimia ongelmia, asettamaan itse tavoitteita ja hakemaan menettelytapoja niiden saavuttamiseksi (Helakorpi, 2005). Esimerkiksi terveysalan osaamiseen voidaan liittää teoreettinen osaaminen, kyky käyttää ja soveltaa tieteellistä tietoa, käytännöllinen osaaminen, ohjaus- ja vuorovaikutusosaaminen, kehittymiskyky, kriittinen ja reflektiivinen osaaminen, ryhmätyö- ja johtamisosaaminen sekä eettinen ja yhteiskunnallinen osaaminen (Kuoppamäki 2008, Paloposken, Eskolan, Heikkilän, Miettisen, Paavilaisen ja Tarkan 2003 mukaan).

Ammattiensa edustajat ovat erikoisalojensa asiantuntijoita, joista jokaisella on osaamis- ja tehtäväalueensa yhteiskunnassa. Koulutus ja sen tarjoamien ajattelun välineiden merkitys on varsin keskeinen, koska asiantuntijuutta tulee tarkastella muuttuvien

työelämän vaatimusten kannalta. Tällöin asiantuntijuus voidaan ymmärtää korkeatasoiseen tietämiseen perustuvaksi osaamiseksi. (Kuoppamäki, 2008, Tynnälän & Nuutisen 1997 mukaan.) Asiantuntijan osaaminen on sekä aiempaa ammattilaisen omaavaa toteutusosaamista, mutta entistä enemmän myös aiempaa suunnittelijan omaavaa ideointia ja kehittämistä. Asiantuntijan osaaminen muodostuu neljästä osa-alueesta: organisaatio, uudistuminen, yksilö ja toiminta. Osa-alue jako on ymmärrettävä analysoinnin ja kuvauksen välineeksi. Todellisuudessa ei ole selkeitä rajoja, vaan osaaminen näyttäytyy käytännön työssä kokonaisuutena, jossa eri tilanteissa painottuvat erilaiset osaamisvaatimukset eri tavoin. Asiantuntijan on hallittava kyseessä olevan ammatin tiedolliset ja taidolliset vaatimukset. Kuitenkin toimittaessa jossakin työyhteisössä ei tämä vielä riitä, vaan on hallittava myös laajemmin työelämän pelisääntöjä. Jokaisella ammattikunnalla on olemassa yhteisiä tavoitteita ja toimintaohjeita. (Helakorpi, 2005.) Osaaminen ja asiantuntijuuden keittyminen edellyttävät kykyä reflektiiviseen ajatteluun (Kuoppamäki, 2008, Schönin 1983 mukaan). Itsetarkkailun ja reflektion avulla oppija tulee tietoiseksi omista prosesseistaan, ajattelustaan, kokemuksistaan tietojen ja taitojen soveltajana (Kuoppamäki, 2008, Ruohotien 2005 mukaan).

Joissain tapauksissa voidaan puhua myös ydinosaamisesta, joka voidaan määritellä todelliseksi strategiaksi ja jolla tarkoitetaan sellaista yksilön, työryhmän, yrityksen tai alueellisen osaamistihentymän jalostusverkkoon antamaa kontribuutiota, jonka kyseinen yksilö, työryhmä, yritys tai alueellinen osaamistihentymä hallitsee parhaiten maailmassa (Helakorpi, 2005, Nonakan & Takeuchin 1995 mukaan). Ydinosaaminen on pitkän aikajakson kuluessa kehittyntä tasokasta, vähintään ryhmätason osaamista. Ryhmät eivät välttämättä ole organisaation muodollisia yksiköitä, vaan ne saattavat olla myös dynaamisesti muotoutuvia ja vaihtelevia organisaatorajat ylittäviä asiantuntijaverkostoja. Ydinosaaminen on enemmän yhteydessä prosesseihin kuin tuotoksiin. Kun henkilökohtaista hiljaista tietoa sosiaalistetaan, summataan ja levitetään mm tiimioppimisen kautta, syntyy siitä organisaatiokohtaista ydinosaamista. Ydinosaamisen oleellisia alueita ovat mm asiakaspalveluprosessit, tuote- ja menetelmäkehitykseen liittyvät prosessit ja kokonaisuuden hallinnan ja kehittämisen prosessit. (Helakorpi, 2005.)

Osaaminen ja uusien ideoiden välittyminen tapahtuu usein yhteisöjen välityksellä. Tämä johtuu siitä, että ryhmällä on toiminnassa syntyvät tiedolliset ja/tai käytännölliset tavoitteet, jotka suuntaavat voimakkaasti ryhmän ajattelua ja toimintaa. Käytännön yhteisössä oppimisen tukeminen tapahtuu asteittain syvenevän osallistumisen kautta. Tiimityötä tarvitaan myös siksi, että erilaisia osaamisen ulottuvuuksia esiintyy samalla henkilöllä hyvin harvoin. Asteittain syvenevä osallistuminen asiantuntijayhteistyöhön syntyy nimensä mukaisesti vähitellen. Yhdessä tekemisen kautta prosessiin osallistujat omaksuvat asiantuntijoiden hiljaista tietoa. Yhdessä tekeminen siirtää toimintakulttuuria esimerkiksi aloittelevalle työntekijälle ja edistää tällä tavalla kasvua asiantuntijaksi. (Helakorpi, 2005.)

Ammattitaito on osaamista, joka on älyllistä ja fyysistä. Taidot ovat hankittu kokemuksella, harjoittelulla, koulutuksella tai luontaisilla kyvyillä. Ammattitaidoksi voidaan kutsua sitä, kun jotakin taitavuutta käytetään hyväksi ammatinharjoittamisessa. Näin ollen ammattitaito on käsitteenä suppea, lähinnä motorinen taito. Helakorpi kuitenkin viittaa Aristoteleen käsitykseen taidosta, jolla tarkoitetaan oikeaa järkipäätäistä tekemisvalmiutta. Tästä asetelmasta syntyy käsitys tietotaidosta, jolla tarkoitetaan tietoa miten tehdä tai toimia menestyksellisesti. Puhutaan siis tiedosta, joka ei ole uskomuksia vaan osaamista. (Helakorpi, 2005, Niiniluodon 1989 & Vehkavaaran 1999 mukaan.) Asiantuntijan taitoprofiilin pääkategoriat ovat: ammattispesifiset tiedot ja taidot, yleiset työelämävalmiudet ja ammatillista kehittymistä edistävät itsesäätelyvalmiudet (Kuoppamäki, 2008, Ruohotien 2002a & 2005 mukaan). Taitava työsuoritus käsittää siis useita erilaisia taitoja. Vertailtaessa taitavaa työsuoritusta ja aloittelevan henkilön suoritusta, on huomattu, että aloittelija kiinnitti huomiota ulkoiseen suoritukseen. Taitava suoritus perustuu sisäisten mallien järjestelmään, joka ohjaa toimintaa. Taitoon siis sisältyy esimerkiksi kognitiivisia prosesseja, motorista osaamista, visuaalista hahmottelua, sosiaalista kyvykkyyttä ja strategista osaamista. Kasvaminen asiantuntijuuteen on kehitysprosessi, jossa ammattilainen reflektoi osaamistaan suhteessa työorganisaatioon, taustatietämyksen (tiedetaustaan) ja asiakkaisuun sekä yhteistyöverkostoihin. Lisäksi toimintaympäristön ollessa motivoiva ja kannustava, kehittyvät taipumukset kyvykkyydeksi, joka näyttäytyy mm. työtaitona. Eli kykyjen kehittyminen taitavaksi osaamiseksi edellyttää oppijan tasolle sopivaa ympäristöä ja tehtäviä. Kysymys on siitä, että tarjoutuuko työssä tilaisuuksia kehittää kykyjä ja toimia persoonallisesti. (Helakorpi, 2005.)

Uusia työn asettamia vaatimuksia on alettu kutsua avainkvalifikaatioiksi. Avainkvalifikaatiot mahdollistavat erityisosaamisen hankkimisen nopeasti ja tehokkaasti. Avainkvalifikaatiot ovat abstraktimpia kuin ammattispesifiset kvalifikaatiot, joten avainkvalifikaatiot mahdollistavat nopean reagoinnin työn muutoksissa. Avainkvalifikaatiot siis tekevät mahdolliseksi nopean reagoinnin työn muutoksissa ja ne tekevät mahdolliseksi hallita omaa urakehitystä. (Kuoppamäki, 2008, Ruohotien 2005 mukaan.) Kvalifikaatio onkin ammatillisen osaamisen peruskäsite. Yleensä ammatitaidosta puhuttaessa tarkoitetaan vain kapeasti tuotannollisia tietoja ja taitoja. Ne tulevat välttämättä osata jokapäiväisessä työssä. Asiantuntijatyössä korostuvat innovatiivisuus ja henkilökohtaiset ominaisuudet. Tällöin normatiiviset ja innovatiiviset kvalifikaatiot ovat tärkeitä. Jokainen työntekijä tarvitsee entistä enemmän työssään seuraavia ominaisuuksia: kokonaisuuksien hahmottamista, muutoksen ja erilaisuuden sietokykyä, analyyttistä ja loogista päättelykykyä, yhteistyö- ja verkostotaitoja, käytännön ongelmaratkaisukykyä, graafisesti kuvattujen tietojen ja järjestelmien lukutaitoa, tutkivaa, kokeilevaa ja kehittävää työtettä ja globaalia, ekologista ja eettistä ajattelua. Tulevaisuuden työtaidot ovat riippuvaisia siitä, mihin työelämä kehittyy. Helakorven mukaan nykyaikaisia osaamisvaatimuksia ovat verkottumisen kehitys, tietoteknologian käytön laajeneminen, globalisoituminen, työorganisaatioiden muutos sekä palvelujen kasvu. (Helakorpi, 2005.)

Kvalifikaatioiden lisäksi puhutaan ammatillisista kompetensseista. Kompetenssia voidaan tarkastella työn vaatimuksina (Kuoppamäki, 2008, Ellströmin 2001 mukaan). Toisaalta kompetenssia voidaan tarkastella inhimillisenä resurssina tai pääomana, jonka yksilö tuo mukanaan työpaikalle (Kuoppamäki, 2008, Ruohotien 2005 mukaan).

Asiantuntijuus

Asiantuntijuuden ydinkäsitteitä ovat professio, professionaali, professionaalinen tieto, professionaalinen järjestelmä ja professionalisaatio. Asiantuntemus ja asiantuntijat olivat modernin yhteiskunnan toiminnan välttämätön funktionaalinen osa. Asiantuntijakunnilla eli professioilla oli olennaisia myönteisiä tehtäviä yhteiskunnassa. Ne olivat osa yhteiskunnallista modernisoitumista. (Pirttilä, 2002.) Asiantuntijuus syntyi teolliseen yhteiskuntaan täyttämään lisääntyneen spesialisoitumisen ja kvalifioitumisen asettamia vaatimuksia. Asiantuntijaprosessit ovat suuressa määrin vieläkin kiinni

tässä alkuasetelmassaan. Niiden avulla järjestetään yhteiskunnallisesti säädeltyjä ja tieteen, professioiden sekä instituutioiden omalakisesti ja etukäteen säätelemää vakavuutta. (Eräsaari, 2002.)

Asiantuntijuuden perustan muodostavat siis tiede, instituutiot ja professiot. Tiede siksi, koska asiantuntijat edustavat tietämisen dominoivia muotoja ja nämä dominoivat muodot ovat muodoltaan tieteellisiä. Instituutiot siksi, koska asiantuntija on jo määritelmän mukaan luotetun instituution edustaja tai tuotettava tiedon ja pätevyyden kantaja. Professiot taas siksi, koska asiantuntijan prototyyppi on byrokraatti, joka suorittaa virkaansa liittyviä tehtäviä. Tieteellisellä toiminnalla on kuitenkin erityinen punainen lanka asiantuntijuudessa. Kyse on siis siitä kuinka ajatustraditiot, käskyjärjestelmät, metodologiset tai juridinen diskurssi tiettyjen hierarkioiden, diskurssien tai hallitsemisstrategioiden välityksellä ovat määrittelemässä, rajaamassa ja takaamassa asiantuntijuutta. Asiantuntemukseen asennoituminen alkaa kuitenkin muodostua toisin tai toiselta pohjalta. Tämä näkyy mm. siinä, että asiantuntijat ovat yhä enemmän spesialisteja ja siinä, että asiantuntijoiden työnjako ruokkii monenlaista yleistietämystä. Nykytilanteelle ominainen, asiantuntijan tilannetta oleellisesti muuttanut piirre on, että monimuotoistuva asiantuntemus on korvannut tradition. Tässä on kysymys asiantuntijasta mahdollisuuksien kehittäjänä ja mahdollisuuksien johtajuutena. Siis aivan toisenlaisesta mistä perinteisen asiantuntijuuden yhteydessä oli puhetta. (Eräsaari, 2002.)

Asiantuntijuutta voidaan jakaa suljettuun ja avoimeen asiantuntijuuteen. Suljettu asiantuntijuus on ankara ja ehdoton strategia, eetos tai mentaliteetti, jossa asetetaan luja yhteys tietostrategioiden ja spesifien tietosuoritusten välille. Suljetussa asiantuntijuudessa maallikon on vain seurattava asiantuntijuuden ilmentävää totuutta, pätevyyttä ja vakautta (tiede, professio ja instituutio). Kun taas avoimen asiantuntijuuden on tultava osaksi itse kohde- ja ongelmatilaa ja siten myös sitä koskevaa kommunikaatiota. Täten ei usein ole mahdollisuutta päästä, eikä myöskään tarvetta kiinnittyä vahvasti tieteen sisäisiin etukäteisjärjestelyihin. Avoimessa asiantuntijuudessa on hyvin vaikea tehdä jyrkkää erottelua tieteen sisäisen ja ulkoisen absorboinnin välillä. Tämä johtuu tieteenalojen tai asiantuntijakäytäntöjen suuntautumisesta. Sen sijaan, että ne vetoaisivat etukäteisjärjestelyihin, ne ikään kuin lähettävät signaalin, jolla ilmoittavat olevansa kykeneviä muovaamaan yhteiskunnallisia puitteita ja elämänolosuhteita osallis-

tumalla aktiivisesti niihin asiantuntijaprosesseihin sulkematta pois vasta-asiantuntijuutta, maallikkoperspektiiviä. (Eräsaari, 2002.)

Yhteisöllinen asiantuntijuus

Yhteisöllinen asiantuntijuus on tärkeää, koska asiantuntijatyö ja asiantuntijaorganisaatiot kohtaavat yhä nopeutuvan työelämän muutokset, johon työntekijät eivät pysty vastaamaan yksilösuorituksilla. Koulutukseen perustuvana ammattihierarkiana hahmotettu asiantuntijuus on käymässä yhä keinotekoisemmaksi ja vähemmän merkittäväksi jaotteluksi. Tuotannon joustavuus- ja laatuvaatimuksiin on viime vuosien vastauksena ollut inhimillisten resurssien organisoiminen tiimityöksi. Asiantuntijatyö ei ole vain perättäisten erityisosaamista vaativien tehtävien sarja vaan asiantuntijat toimivat monien erilaisten välineiden, sääntöjen, yhteistyökumppanien ja erilaisten organisaatioiden rajapinnoilla, joilla on mm. omat sääntönsä ja välineensä. Eri asiantuntijoiden ja asiakkaan yhteistoiminnan solmu on leikkauspiste, johon moni osaaaja antaa panoksensa prosessin eri vaiheissa monia välineitä käyttäen. (Vähäaho, 2002.) Yhteisöllisen asiantuntijuuden näkökulmasta oppiminen tarkoittaa toimintajärjestelmän lähikehityksen ja työn laadullisesti seuraavan kehitysvaiheen luomista asiantuntijoiden yhteistyönä (Launis, 1994). Yhteistyölle tulisikin rakentaa mahdollisimman konkreettisia kohteita. Näistä kohteista käytetään nimitystä rajakohte. Rajan ylitykset edellyttävät paitsi rajakohteita, myös konkreettisia rajanylityksiä. (Launis, 1997.) Asiantuntijatyön rajoja ovat tällä hetkellä asiantuntijan ja asiakkaan väliset rajat, sisällöllisen asiantuntemuksen väliset reviirirajat ja organisaatioiden hierarkkiset rajat. Rajojen ylityksillä voidaan tarkoittaa organisaatioiden, yhteisöjen ja roolien rajoja koskevien sääntöjen sovittuja ylityksiä asiakaslähtöisesti ja joustavasti työskennellessä. Asiakaslähtöisyys edellyttääkin joustavuutta ja rajojen ylittämistä. (Isoherranen, 2005.) Näiden rajojen ylitykset eivät onnistu pelkästään yhteisissä kokouksissa ja keskustellen. Rajojen ylittäminen edellyttää konkreettista toimintaa, esimerkiksi yhteisiä kokeiluja, yhteisiin tilanteisiin menoa, siirtymistä työskentelemään toisen ”reviirille”. Edellä mainitut tilanteet ovat sellaisia, joissa asiantuntija joutuu kohtaamaan erilaisuutta. (Launis, 1997.)

Työelämän monimutkaistuessa ja muuttuessa yhä useammin tietojärjestelmien ja abstraktien käsitteiden kautta hallittavaksi, edellyttävät monimutkaiset toimintajärjestelmät yhä enemmän tiukkojen tehtävä- ja ammattirajojen purkamista (Launis, 1994,

1997). Yhä useampi uusi ja toimintaa uudistava ratkaisu syntyy perinteisten ”reviiri-en” rajamaille. Asiantuntijat työskentelevätkin yhä useammin yhtäaikaaisesti monissa tilanteissa, joissa he sovittavat asiantuntemustaan yhteen, milloin erilaisissa asiantuntijaryhmissä, milloin yhteistyötilanteissa erilaisten asiakkaitten kanssa. Erilaisissa tilanteissa syntyy erilaisia asiantuntemuksen yhdistelmiä. (Launis, 1997.) Työelämän monimutkaistumisen lisäksi kasvava työmäärä voi olla hyvä syy tehtävärajojen purkamiseen. David Sines South Bankin yliopistosta esittää, että esimerkiksi Isossa-Britanniassa tehtävärajojen purkamisen haasteena oli erikoistuvien lääkärin suuri työmäärä. Yksi vastaus tähän huoleen on ollut uusien konsultoivien terapeuttien ja konsultoivien sairaanhoitajien virkojen perustaminen. (Downes, 2001.) Roolijakojen rikkomiseen liittyy keskinäistä opetusta tai lisäkoulutusta tiimin sisällä (Isoherranen, 2005). Moniammatillisuus edellyttää asiantuntijuuden horisontaalisen, rajoja ylittävän näkökulman nostamista yhdeksi tärkeäksi kehittämisen perustaksi. Moniammatillisen asiantuntijuuden näkökulmasta yhteistyön tarkastelu edellyttää koko toimintatavan ja sen vuorovaikutuskäytäntöjen ottamista tarkastelun kohteeksi. Taitavina yksilösuorituksina tai koulutukseen perustuvana ammattihierarkiana hahmoteltu asiantuntijuus on joka tapauksessa käymässä yhä vähemmän merkittäväksi ja keinotekoiseksi jaotelluksi, joka enemmän ehkäisee kuin mahdollistaa uusien ratkaisujen syntyä. Perinteiset yhteistyön toimintatavat perustuvat valtaosaltaan yksilöasiantuntijoiden kohtaamisiin. Kohtaamisissa jokainen asiantuntija tarkastelee asioita omasta tai edustamansa asiantuntija-alan lähtökohdista. Rajat säilytetään toisen asiantuntemusta kunnioittamalla. (Launis, 1997.)

2.3 Sairaanhoitajien ammatti ja asiantuntijuus

Sairaanhoitajat muodostavat terveydenhuollon suurimman ammattiryhmän. Neljäsosa kaikista terveydenhuollon ammattilaisista Suomessa on sairaanhoitajia. Sairaanhoitajat ovatkin hoitotyön asiantuntijoita, joiden tehtävänä on tukea yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä määrittämään, saavuttamaan ja pitämään yllä terveyttään muuttuvissa oloissa ja eri toimintaympäristöissä. (Santamäki, 2004.) Maailman terveysjärjestön (WHO) yleiskokouksessa vuonna 1956 määriteltiin viisi perustehtävää, jotka ehdottomasti kuuluvat koulutetulle sairaanhoitajakunnalle: heidän tulee antaa pätevää hoi-

toa sairaille ja invalideille ottaen huomioon heidän ruumiilliset, henkiset ja hengelliset tarpeensa siitä riippumatta, annetaanko hoito sairaaloissa, kodeissa, kouluissa vai tehtaissa; sairaanhoitajien tulee antaa terveydenhoidollisia neuvoja potilaille ja heidän perheilleen kodeissa, sairaaloissa, parantoloissa, kouluissa ja tehtaissa; heidän tulee tehdä täsmällisiä huomioita potilaan ruumiillisesta ja henkisestä tilasta sekä niihin vaikuttavista olosuhteista sekä tiedottaa huomionsa toisille terveydenhuoltoryhmän jäsenille; sairaanhoitajien tulee valita, kouluttaa ja ohjata alihoitohenkilökuntaa ja järjestää henkilökunta kunakin aikana potilaan tarpeiden mukaan; sairaanhoitajien tulee ottaa osaa toisten terveydenhuoltoryhmien jäsenten kanssa väestön terveydenhuoltotarpeiden erittelyyn, tarvittavan huollon määrittelyyn ja suunnitteluun sekä tarvittavien toimenpiteiden harkintaan. (Lauri, 2007.)

Sairanhoitajien ammatti on monipuolinen ja haastava. Sairanhoitajien koulutukseen tarkoitettun oppikirjan mukaan sairaanhoitajien ammatin ydin on hoitotyön ammattitietoon ja -taitoon perustuva toiminta, toisen ihmisen terveyden edistäminen ja hyvinvoinnin saavuttaminen. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen, 2005.) Toisesta ihmisestä huolehtiminen on yleismaailmallista ja ajatonta. Se on aina ollut olemassa ja tulee olemaan kautta ihmiskunnan historian. (Lauri, 2005.) Lauri (2007) on poiminut vuonna 2001 ilmestyneen teoksen, *Hoitamisen taito*, pääkirjoituksesta viittauksen siitä, että hoitotyön tavoitteet ovat edelleen samat kuin sata vuotta sitten ja että ainoastaan hoitotyön ja olosuhteiden vivahteet ovat muuttuneet. Työorientaation valossa keskimääräistä useampi terveydenhuollon toimija pitää työtään kutsumuksena. Esimerkiksi sairaanhoidon opiskelijat liittävät ammatinkuvaan ihmisen ymmärtämisen, tunnollisuuden, kärsivällisyyden, ilon tuottamisen, empaattisuuden ja ammattitaitoisuuden. Käytännön työssä toimivat hoitoalan työntekijät puolestaan korostavat sitä, että koska työ kohdistuu ihmisiin, se on henkisesti raskasta, vastuullista ja käytännöllisyyttä vaativaa. Hoitajien perinteinen kutsumusammattiin kytkeytyvä rooli uhrautuvina ihmisauttajina täydentyy kuitenkin ihmisasiantuntijan roolilla. (Eriksson, 2002.) Sairanhoitajan työ vaatii ammattikohtaisia erityistaitoja ja kykyä siirtää sekä käyttää yleisiä ja ammattikohtaisia perustaitoja eri työympäristössä (Lauri, 2007; Miettisen, Heikkilän, Paunosen & Höylän 2001 mukaan). Lisäksi kestävyys on ominaisuus, jonka sairaanhoitajat haluavat liitettävän ammattiinsa (Riskä & Wrede, 2004).

Mitä tulee sairaanhoidon asiantuntemukseen, luokiteltiin sairaanhoito ja perushoito asiantuntijatyöksi vuoden 1997 ammattiluokituksessa. Tällöin sairaanhoitajat määriteltiin erityisasiantuntijoiksi ja perushoitajat asiantuntijoiksi. Vuoden 2001 ammattiluokituksessa sairaanhoitajat saavatkin enää vain asiantuntijan statuksen ja perushoitajat hoitotyöntekijöiden statuksen. Tekemiensä haastattelujen perusteella Eriksson tuo esiin, että sairaanhoitajien puheessa tietyn asiantuntemuksen hallintaan liittyy myös ammatissa kehittymisen ajatus. Haastattelujen perusteella vuorovaikutustaidot ovat se osa hoitajien ammattitaitoa, jota painotetaan kautta linjan ja kehittymisen ajatus liitetään juuri näihin asioihin. (Eriksson, 2002.) Ammatilliseen potilas – hoitaja -suhteeseen kuuluvat mm. ammatin vaatimien tietojen ja taitojen hallinta, puolueettomuus ja objektiivisuus, suhtauduttaessa sekä potilaisiin että omien tunteiden hallintaan. Hoitotyö ei ole myöskään vain joukko toimenpiteitä eikä pelkästään empatiaa tai huolta pitävää suhtautumista ihmisiin, vaan siinä on kyse sairaanhoitajan kyvystä määritellä ihmisen reaktiot sairauteen, vammaisuuteen, elämän siirtymävaiheisiin ja muihin todellisiin tai potentiaalisiin terveysuhkiin luottamuksellisessa vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. (Lauri, 2007.)

Lauri esittää Clarkin (1998) määritelmät hoitotyön toiminnasta. Hoitotyö on älyllistä toimintaa ja siihen liittyy kliinistä päätöksentekoa sekä diagnostista ja terapeuttisia päätöksiä, jotka tehdään ajan tasalla olevien tietojen perusteella. Hoitotyö on emotionaalista toimintaa, johon liittyy potilaan kokemuksiin osallistumista ja kumppanina työskentelyä yhdessä sovittuihin tavoitteisiin pääsemiseksi. Hoitotyö on eettistä toimintaa, johon liittyy molemminpuolinen luottamus ja jossa valinnat ja päätökset eivät perustu pelkästään tieteelliseen tietoon. Hoitotyö on myös poliittista toimintaa, jossa vähäiset voimavarat pyritään kohdentamaan parhaalla mahdollisella tavalla. Hyvä sairaanhoitaja on alansa asiantuntija, neuvottelija ja potilaan edustaja. Hän on myös yhteistyökykyinen ja toimii ”katalysaattorina” suhteessa toisiin työntekijöihin. (Lauri, 2007.)

Hoitotieteelliseen teoriaan kuuluvat sekä hoitotieteellinen ja lääketieteellinen tieto että ne perussäännöt, jotka opitaan työpaikkaharjoittelun aikana ja työkokemuksen kautta. Käytäntö ilman teoriaa ei tuota taitavaa käyttäytymistä monimutkaisia selviytymistaitoja edellyttävillä aloilla, jollainen hoitotyökin on. Todellinen asiantuntijuus saavutetaan vain, jos kumpaakin osa-aluetta kehitetään ja arvostetaan. (Benner, Tan-

ner & Chelsea, 1999.) Lääketieteellisen ja hoitotieteellisen retoriikan käyttö on yksi osoitus sairaanhoitajan ammatillisesta tietämyksestä ja hänen asiantuntemuksestaan (Eriksson, 2002). Lauri esittää Wilkmanin, Sairaanhoitaja lehden juhlanumerossa 2/1998, esittämän näkemyksen hoitotieteestä, että hoitotieteellä ja siihen perustuvalla hoitotyöllä on oma yhteiskunnallinen tehtävä. Näiden tehtävä on tuottaa tietoa, jota minkään muun tieteenalan edustajat eivät tuota. Tehtävänä on lisätä väestön hyvää oloa ja vähentää kärsimystä. (Lauri, 2007.) Hoitotieteen edustajat ovat todenneet, että hoitotieteen keskeisenä tehtävänä on tutkia ja kehittää hoitotyön omaa erityistietoa, mutta myös käyttää hyväkseen muiden tieteenalojen tuottamaa tietoa ratkaistessaan hoitotyön omista lähtökohdista nousevia kysymyksiä (Lauri, 2005). Esimerkiksi vuorovaikutussuhteen luomisen käsite voi tarkoittaa potilaan kuuntelemista ja hänen kanssaan keskustelemista, mutta hoitaja ei tuota tämänkaltaisia käytännöllisiä merkityksiä vaan tekee työtä ymmärrettäväksi hoitotieteellisin termein (Eriksson, 2002). McCherry, Simmons ja Abbot esittävät, että hoitotilanteeseen sopiva tieto perustuu näyttöön: se on syntynyt yhdistämällä tutkittua tietoa, hyväksi havaittua toimintaa ja kokemuksen kautta hankittua tietoa. Näyttöön perustuvan tiedon pohjalta jäsennetty hoitotyön perusta muodostaa sairaanhoitajan ammatillisen asiantuntijuuden viitekehysten. (Lauri, 2005.) Sairaanhoitajat vetoavat esimerkiksi hoitotieteelliseen asiantuntemukseen ja kyseenalaistavat sillä tavoin muiden toimintaa. Hoitajat rakentavat ammatillista identiteettiään myös lääketieteellisen retoriikan myötä silloin, kun se suuntaa sairaanhoidollisia toimenpiteitä. Olennaisilta näyttävät kuitenkin hoitotieteelliset näkemykset, joiden kautta identiteettiä niin ikään rakennetaan korostamalla esimerkiksi hoitotyössä tarvittavia vuorovaikutustaitoja. Omaa ammatillista asemaa ylläpidetään humanististen merkitysjäsenysten kautta, joihin hoitotiede pitkälti näyttää perustuvan. Hoitotieteellistä retoriikkaa hyödyntämällä toteutetaan asiantila, jossa hoitaja on humanin ihmisasiantuntijan roolissa. Hoitotyön tieteellistäminen kytkeytyy prosessiin, joka on käynnissä kulttuurisesti laajassa mielessä. (Eriksson, 2002.) Verrattaessa hoitotiedettä lääketieteeseen oli varhaisen sosiologian tutkimuksen tavoite selvittää, vastasiko hoitotyö niitä kriteerejä, joiden perusteella lääketieteellinen ammattikunta oli sosiologiassa määritelty professioksi. Näiden varhaisten tutkimusten mukaan hoitotyö sijoitettiin kuitenkin semiprofessioksi. (Riskä & Wrede, 2004.)

2.4 Lääkärien ammatti ja asiantuntijuus

Jauho esittää Henryn (1991) näkemyksen lääketieteestä:

”Lääketieteen historioitsijoiden mukaan ennen lääkäreiden ammatillista eriytymistä terveydenhoitoa ja lääkitsemistä koskeva tietämys oli pitkään osa kansan yhteistä kulttuurista pääomaa” (Jauho, 2004.)

Moraalifilosofian professori Downie ja anatomian dosentti Charlton näkevät, että lääkärit ovat käytännön toimintaan suuntautunut ammattikunta, joka ymmärtää sairaudesta, taudeista ja toimintavajaudesta, mutta joilla on vain vähän sanottavaa ”normaalin” ihmisen olemassa olosta. (Vainionmäki, 1995).

Lääkäreitä koulutetaan lähinnä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuoltoon. Näissä kahdessa eri sektorissa on hieman toisistaan poikkeava työnkuva. Sairaalaalääkärin työ, etenkin yliopistollisissa sairaaloissa, on erikoistunutta ja eriytynyt kapealaiseksi erikoisosaamiseksi. Perusterveydenhuollossa osaaminen on laajalaisempaa. Perusterveydenhuollossa potilaan kokeman oireen tai sairauden suhteen ei ole rajoituksia, lääkäri hoitaa kaikenlaisia asioita. Ammattitietojen lisäksi lääkärikoulutuksessa sosiaalistutaan käyttäytymismalleihin, asenteisiin, arvoihin ja eettiseen säännöstyön. (Vainionmäki, 1995).

Monista perinteisistä ammateista on syntynyt kiinteä, melkein stereotyyppinen ammattikuva, johon on yhdistetty erilaisia piirteitä ja ominaisuuksia (Lauri, 2005). Lääkärin ammatti on luokiteltu yhdeksi tällaiseksi perinteiseksi ammatiksi. Lääkärien ammatti on tyypillisin ja perinteisin professio. Professiota yhdistää pitkään koulutukseen liittyvä, yleismaailmallisesti tärkeä erikoisosaaminen sekä yhteinen arvopohja – lääkärien tapauksessa lääkärien etiikka. (Äärimaa, 2005.) Lääkärien etiikka on lääkärien ammattityötä ohjaava säännöstö, joka takaa työlle asetettujen korkeiden vaatimusten noudattamisen. Ammattietiikka on tae siitä, ettei ammatin tarjoamaa itsenäistä asemaa käytetä väärin. Se on siis ulkoisen kontrollin korvaava itsekontrollin muoto. Ammattietiikkaan kuuluu kuitenkin myös kutsumuksellisia piirteitä, jotka tulevat esiin esimerkiksi lääkärien valassa. Tämä viittaa siihen, ettei lääkärien etiikka ole ainoastaan menettelytapoja ohjaava säännöstö vaan siihen liittyy myös lääkärien persoonaa koskevia periaatteita. Foucault’laisesti lääkärien etiikan voi tulkita tarkoittavan sitä eettistä työtä ja niitä eettisiä ominaisuuksia, joita vaaditaan ammatillaiseksi tulemi-

seen. (Jauho, 2004.) Arvokas lääkäriys rakentuu eettisyyden lisäksi ammattitaidosta, kollegiaalisuudesta ja työhalukkuudesta (Löyttyniemi, 2004). Lääkäriin etiikka ei ole vain oman edun tavoittelun peittävää retoriikkaa. Professionaalinen etiikka ei toteudu vain käytännön työn ratkaisuisissa, vaan se toteutuu ennen kaikkea laajemmissa taloudellisissa, poliittisissa ja ideologisissa ratkaisuisissa, joilla asetetaan työn tavoitteet ja puitteet. (Löyttyniemi, 2004, Freidsonin 2001 mukaan.) Lääkäriin etiikan lähtökohtana on siis vala, Hippokrateen vala. Hippokrateen vala tekee hyvästä hoidosta lääkärien eettisen velvollisuuden ja siihen sisältyy lääkäriin ammattitaitoon liittyviä laatu- ja eettisiä kohtia. Suomen lääkäriiliitto otti lääkäriin valan uudelleen käyttöön vuonna 1997. (Hallila, 1999.)

”Työssäni noudatan lääkäriin etiikkaa ja käytän vain lääketieteellisen tutkimustiedon tai kokemuksen hyödylliseksi osoittamia menetelmiä. Tutkimuksia ja hoitoja suositellessani otan tasapuolisesti huomioon niistä potilaille koituvan hyödyn ja mahdolliset haitat”...”Pidän jatkuvasti yllä korkeaa ammattitaitoani ja arvioin työni laatua.”(Hallila, 1999.)

Professioon kuuluvilla on vapaus itsenäisesti tehdä ammatinharjoittamiseensa kuuluvia päätöksiä eettisten sääntöjen mukaisesti (Äärimaa, 2005). Löyttyniemi kuvaa Elliot Freidsonia mukaillen, että vaikka profession ideaalimalli ei toteudu sellaisenaan missään, ei ideaalimalli ole vain teoreettinen. Ideaalimalli professiosta elää lääkärikunnan keskusteluissa myyttisenä ihanteena, johon omaa professiota ja professionaalisuutta verrataan. Professionaalisuus voisi tulla myös osaksi sitä sisäistä dialogia, jota lääkäri käy itsessään tehdessään ratkaisuja työssään, urallaan ja elämässään. (Löyttyniemi, 2004.) Opiskelija kasvaa lääkäriin rooliin ja alkaa jo opiskelun aikana progressiivisesti omaksua lääkäriin identiteettiä. Lääkäreiden ammattiin liittyy runsaasti myös ulkoisia merkkejä, jotka lisäävät tietynlaisia ammatti-identiteettiä. Symboliset tekijät kuten lääkäriin valkoinen takki ja lähityökalut, ulkopuolisille vieras kieli sekä lääkäriin ulkoiset käyttäytymistavat ja -normit tukevat uuden identiteetin omaksumista ja säilyttämistä.

Vaikka hyväksi lääkäriksi voi tulla erilaisten persoonallisuuskuvioiden pohjalta esittää Vainionmäki kuinka Tähkä on vuonna 1977 yksilöinyt ominaisuuksia, jotka ovat hyvälle lääkäriin välttämättömiä tai toivottavia. Lääkäriin tulee olla valmius riittävien tietojen ja taitojen ajan tasalla pitämiseen. Myös empaattinen ja arvoa antava, kiin-

nostunut suhtautuminen ihmisiin ja valmius kuunnella potilasta ovat tärkeitä ominaisuuksia. Hyvän lääkärin tulee olla valmis observoimaan kaikkea potilasta koskevaa ja käyttämään havaintojaan johdonmukaisesti. Hyvä lääkäri on selvillä rajoituksistaan ja on valmis muuttamaan käsityksensä ja myös myöntämään tekemänsä virheet potilaalle. Hyvältä lääkäriltä odotetaan yksilön ja yhteisön terveystarpeisiin vastaamista, oman toimintansa ja työnsä laadun jatkuvaa arviointia ja parantamista, teknologioiden optimaalista hyväksikäyttöä ajatellen sekä etiikkaa että taloudellisia kustannuksia, terveyden edistämisen taitoja sekä kykyä ryhmätyöhön. (Vainionmäki, 1995.) Lääkärin roolissa yhdistyvät neuvottelija ja lääketieteellinen tietäjä (Löyttyniemi, 2004).

Lääkärin työn laadunvarmistukseen kuuluu omien tietojen täydentäminen ja tarkistaminen kollegoilta sekä konsultointi. Kuten lääkärin valassa sanotaan:

”Suhtaudu kollegoihin kunnioittavasti ja anna heille apuani, kun he potilaita hoitaessaan sitä pyytävät. Rohkaisen potilaitani kysymään tarvittaessa myös toisen lääkärin mielipidettä.” (Hallila, 1999.)

Vaikka kollegiaalisuudessa on kyse lääkärin keskinäisistä suhteista, on sen päätarkoitus sittenkin potilaan ja lääkärin välisen luottamussuhteen ylläpitäminen. Tämän vuoksi on tärkeää, että lääkärit suhtautuvat toisiinsa arvostavasti ja toistensa työtä halventamatta. (Hallila, 1999.) Lääkärin työ on kollegojen lisäksi aina ollut riippuvaista myös muiden ammattilaisten työstä (Löyttyniemi, 2004).

2.5 Moniammatillinen yhteistyö ja moniammatilliset tiimit

Kykyä tehdä yhteistyötä pidetään ihmiskunnan evoluution kannalta tärkeänä ominaisuutena. Yhteisin ponnistelu on läpi ihmisen kehityshistorian ratkottu eteen tulevia ongelmia sekä voitettu ulkoisia ja sisäisiä vihollisia. Nykypäivänä yhteinen tavoite on usein paljon vaikeammin havaittavissa. Kehitys edellyttää myös ihmisten yhteistoininnan muuttumista ja tätä muutosta kuvaamaan on syntynyt uusia käsitteitä. Nykyaikainen työote edellyttää siis uusia ratkaisuja monella eri tasolla. Tässä kehitysprosessissa yhteistyötaidot yli ammatti- ja organisaatorajojen nousevat aivan uudella tavalla tärkeäksi osaksi ammatillista osaamista.

Moniammatillisen yhteistyön käsite alkoi esiintyä asiantuntijoiden ja eri ammattiryhmien yhteistyön kuvauksessa 1980-luvun loppupuolella ja vakiintui Suomessa 1990-luvulla. Kysymys on perimmältään yhteistyöstä, jota voidaan käyttää hyvin erilaisissa tilanteissa, kuten strategisessa suunnittelussa ja hallinnollisessa ratkaisussa sekä asiakkaan päivittäisten ongelmien selvittämisessä. Moniammatillisuus tuo yhteistyöhön mukaan useita eri tiedon ja osaamisen näkökulmia. Moniammatillisessa yhteistyössä korostuu viisi kohtaa: asiakaslähtöisyys, tiedon ja eri näkökulmien kokoaminen yhteen, vuorovaikutustietoinen yhteistyö, rajojen ylitykset ja verkostojen huomioiminen. Tämän periaatteen mukaan työskentelevää moniammatillista työryhmää kuvaavat työskentelyperiaatteet, kyky jakaa tietoa ymmärrettävästi, ammatillisten rajojen väljyys, kyky ottaa yhteistä vastuuta, halukkuus olla samanaikaisesti oppija ja erikoisasiantuntija ja valmius sopeuttaa rooleja tiimin sisällä asiakkaan tarpeista lähtien. Moniammatillisuus on siis haasteellista. Toisaalta pitää selvittää ja kirkastaa omaa erityisosaamista ja asiantuntijuuttaan ja toisaalta kyetä rakentamaan ryhmän yhteistä osaamista. (Isoherranen, 2005.)

Moniammatillinen työskentely on käsitteenä laajempi kuin moniammatillinen tiimityö. Useimmiten tiimit kuitenkin nähdään pääasiallisena tapana organisoida moniammatillista yhteistyötä. (Isoherranen, 2005.) Tiimien merkitys työn organisoimisen muotona onkin lisääntynyt (Lindén, 1998, Simolan 1993 mukaan). Moniammatillisten tiimien tarkoituksena on saada sovitetuksi yhteen mahdollisimman hyvin asiakkaan tarpeet ja käytettävissä olevien ammattiryhmien taidot. Moniammatillisen tiimin jäsenet eivät siis kilpaile keskenään, vaan tietävät, että kukin saavuttaa parhaiten omat tavoitteensa toimimalla yhteistyössä muiden kanssa. (Lindén, 1998, Ketolan & Kevätsalon 1994 ja Övertveitin 1995 mukaan.) Moniammatillista tiimiä voidaan siis kutsua ryhmäksi, joilla on toisiaan täydentäviä taitoja ja jotka ovat sitoutuneet yhteiseen päämäärään, yhteisiin suoritustavoitteisiin ja yhteiseen toimintamalliin. (Kannisto-Maunula, Kuosmanen, Kuusilinna & Vekara, 2007).

Sosiaali- ja terveysalan moniammatillista yhteistyötä asiakastyössä voidaan kuvata eri asiantuntijoiden työskentelynä, jossa pyritään huomioimaan asiakkaan kokonaisuus (Isoherranen, 2005). Asiakkaiden huomiointi edellyttää, että tehdään ammattikuntien ja sektorien rajat ylittävää yhteistyötä, jossa osaaminen ja asiantuntemus yhdistetään asiakkaan tarpeiden mukaiseksi (Lindén, 1998, Marklundin & Lehtisen 1997 mu-

kaan). Yhteisessä prosessoinnissa eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot integroidaan yhteen asiakaslähtöisesti (Isoherranen, 2005). Moniammatillinen yhteistyö on asiakkaan etujen lisäksi myös työntekijöiden etujen mukaista (Lindén, 1998, Överveistin 1995 mukaan).

Tieteiden alueella monitieteisyyttä kuvataan eri asiantuntijoiden yhteistyönä. Tieteenalojen välinen yhteistyö on viimevuosina ollut yksi tutkimusta ohjaavista ”iskulauseista” (Isoherranen, 2005). Tietynlainen erikoistuminen on tarpeen ja toivottavaa, mutta vaara pirstaloitumisesta on kuitenkin olemassa, erityisesti silloin, kun oletetaan, että maailma koostuu erilaisista osioista, joita voidaan loputtomasti tutkia itsenäisinä ilman yhteiseen merkitykseen pyrkivää keskustelua. Tällä Isoherranen tarkoittaa tasa-vertaista kommunikaatiota, jossa osapuolet eivät pyri yksin määrittämään tilannetta vaan etsivät avoimessa tilanteessa yhteistä ymmärrystä. (Isoherranen, 2005, Klinen 1995 mukaan.) Sama kehitys näkyy myös asiantuntijatyöskentelyssä asiakkaan ympärillä. Työ pirstaloituu hyvin helposti, kun jokainen hoitaa vain oman osaamisalueensa, yhteistä keskustelun mallia ei ole eikä tietoa koota systemaattisesti yhteen. Dialogin välttämättömyys on aivan yhtä ilmeinen asiantuntijoiden välisessä yhteistyössä kuin tieteessä yleensäkin. Sosiaali- ja terveysalalla työskentelevät rinnakkain niin eri tieteenaloja edustavat kuin käytännön työtä tekevät asiantuntijatkin. Eri tiedeperusta saa aikaan sen, että ilmiöitä käsitellään eri tavalla. Yhteiseen merkitykseen pyrkivä keskustelu on silloin erityisen tarpeellista. (Isoherranen, 2005.)

2.6 Sairaanhoitajien ja lääkärin välinen yhteistyö

Jo 1970-luvulla on tutkittu, kuinka sairaanhoitajien ja lääkärin välillä vallitseva myönteinen ammatillinen suhtautuminen vaikuttaa positiivisesti potilaan hoidon toteutumiseen. Hoitotulokset ovat olleet parempia, kun hoitajien ja lääkärin välillä on yhteistyötä ja kollegiaalisuutta. Lääketieteen ja hoitotieteen välillä oleva jännite on arjen tasolla käytävää ”kamppailua” asiantuntijuudesta eri ammattiryhmien välillä. (Eriksson, 2002.)

Ammatilliset tutkinnot ovat tärkeitä pääsyvaatimuksia hyvinvointipalvelujen työmarkkinoille. Vahvoilla toimijoilla on kuitenkin taipumus säilyä vahvoina, esimerkiksi lääkäriprofession ja sairaaloiden valta on pysynyt suurena verrattuna perusterveydenhoidon ja hoivan ammattilaisiin. (Julkunen, 2004.) Statuserot ja vallan epäsuhtainen jakautuminen vaikuttaa kiistattomasti sairaanhoitaja – lääkäri -suhteiden ongelmiin (Benner, Tanner & Chelsea, 1999). Yhteiskunnan ja ammattiryhmän suhde näyttäytyy ongelmallisena, kun tarkastelua laajennetaan perinteisistä professioista muihin ammattikuntiin. Tällöin professiokäsite ei enää toimi lähtökohtana, jonka avulla ammatteja luokitellaan. (Henriksson & Wrede, 2004.)

Vaikka sairaanhoitajat ja lääkärit ovat tiiviissä yhteistyössä keskenään, voi siitä huolimatta ammattikuntien välillä vallita eriarvoisuutta. Sairanhoitajat ovat lääkäreille yksi oleellisimmista ammattiryhmistä, joiden kanssa he tekevät yhteistyötä potilaiden hyväksi. Yksikään sairaanhoitaja ei kuitenkaan kyseenalaista lääkärin – lailla ja yhteiskunnan tuella vahvistettua – erikoisoikeutta ja vastuuta päätöksen teossa. Sairanhoitajan vastuulla on kuitenkin jatkuvien kliinisten arvioiden tekeminen. (Benner, Tanner & Chelsea 1999.) Tämän perusteella sairaanhoitajien ja lääkärin yhteistyön tulee olla saumatonta ja molempia osapuolia kunnioittavaa toimintaa. Lääketieteellisten termien kautta kerrotaan sairaanhoidon arkirutiineista, kun taas hoitotieteellinen tietämys vaikuttaa pääasiassa humanistiseettisinä ohjeistuksina potilashoidossa. (Eriksson-Piela, 2003.) Kuten asiantuntija-käsitteen määrittelyssä tuotiin esiin, on olemassa kahta erilaista asiantuntijuutta, suljettu ja avoin asiantuntijuus. Lääketiede kuuluu suljettuun asiantuntijuuteen, joka on vankkojen etukäteisjärjestelyjen vuoksi itsestään esiin työntyvä mekanismi. Hoitotiede ei nähdäkseni ole avointa eikä suljettua asiantuntijuutta. Hoitotyössä kuitenkin työskennellään suljetun asiantuntijuuden omaavan ammattiryhmän kanssa. Toisaalta hoitotyö on lähellä sosiaalityötä, joka on luokiteltu Eräsaaren (2002) mukaan avoimen asiantuntijuuden ryhmään. Sairanhoitajien ja lääkärin tulisikin yhdessä tuottaa tehokas ja laadukas hoito potilaalle.

Sairanhoitajien ja lääkärin yhteistyöllä on yhteinen päämäärä: olla mukana järjestämässä terveyden edistämisen palveluja asiakkaille. Vaikka ihminen viimekädessä luo valinnoillaan oman elämänsä, on moniammatillisen yhteistyön tavoitteena ihmisen oman hallinnan tunteen vahvistaminen (Pietilä, 2000). Palvelu ja hoitoketju (perusterveydenhuollossa ja erikoissairanhoidossa) sisältävät toiminnan, palvelun, tut-

kimuksen, toimenpiteet, kuntoutuksen ja hoivan, jota potilaan tai asiakkaan terveysongelman tai terveydenedistäminen edellyttää. Jotta saadaan aikaiseksi saumaton hoito- ja palveluketju, edellyttää se kokonaisuuden hallintaa organisaatio- ja ammattikuntarajat ylittävällä yhteistyöllä. (Koponen, Hakulinen & Pietilä, 2000.) Asiakkaan hoito- ja palveluketjun ”asiamiehenä” voi toimia tiimi tai työpari kuten myös moniammatillinen työryhmä (Nylander & Nenonen, 2000). Moniammatillisuus perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa tarjoaa mahdollisuudet asiakkaiden terveyden edistämiseen. Moniammatillisten työryhmien työskentely tarjoaa mahdollisuuksia arvioida potilaiden oireiden ja ongelmien taustoja sekä elämäntilannetta monipuolisesti. Näin voidaan löytää erilaisia keinoja terveyden edistämiseksi. (Koponen, Hakulinen & Pietilä, 2000.)

2.7 Aikaisempia tutkimuksia ammattiryhmien välisestä yhteistyöstä

Stein, Watts ja Howell ovat kirjoittaneet vuonna 1990 artikkelin Lääkäri – Sairaanhoitaja -peliä (Sounding Board, The doctor – nurse game revisited). Artikkelissa vertaillaan lääkärin ja sairaanhoitajien välisten suhteiden muutosta kuluneiden kahden vuosikymmenen aikana. Vuonna 1967 Stein totesi, että on selkeä yksimielisyys siitä, että lääkärin ja sairaanhoitajien välinen suhde on hierarkkinen. Hierarkkinen siten, että lääkärit ovat ylemmässä asemassa kuin sairaanhoitajat. Lääkäri – sairaanhoitaja-pelissä oli selkeä sääntö siitä, että ammattiryhmien välistä avointa erimielisyyttä tuli välttää hinnalla millä hyvänsä. Sairaanhoitajien täytyi tehdä suositukset siten, kuin ne olisivat lääkärin aloitteita. Stein (1967) kertoo, että tämän kaltainen asetelma nousee esiin jo asenteita muokkaavassa sairaanhoitajien ja lääkärin koulutuksessa. Stein & ym. (1990) toteavat, että lääkäri – sairaanhoitaja-peli on kokenut runsaasti muutoksia sitten vuoden 1967. Se ei kuitenkaan tarkoita sitä, että asetelma olisi kadonnut kokonaan, monissa paikoissa se toteutuu edelleen samalla tavalla kuin vuonna 1967 on kuvattu. On joka tapauksessa luvassa, että muutos lääkäri – sairaanhoitaja -pelissä leviää ja sitä tapahtuu edelleen. Lääkärit ovat nykyään yhä enemmän riippuvaisia sairaanhoitajien erityisosaamisesta, erityisesti arvostetuissa paikoissa kuten ensiapu-poliklinikoilla ja teho-osastoilla. On odotettavissa, että sairaanhoitajat ovat päättäneet yksimielisesti olla pelaamatta kyseessä olevaa peliä. Sen sijaan he yrittävät tietoisesti

ja aktiivisesti muuttaa sairaanhoitoa ja sitä miten sairaanhoitajat suhteutetaan toisiin terveydenhuollon ammattilaisiin. Stein & ym. (1990) mukaan sairaanhoitajat haluavat, että sairaanhoidosta tulee hyvin rajattu erikoisosajien ammatti. Lisäksi sairaanhoitajat haluavat tehdä yhteistyötä tasavertaisena toisten terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. (Stein, Watts & Howell, 1990.)

Pirrie, Wilsson, Elgood, Hall, Hamilton, Harden, Lee & Stead ovat tehneet vuonna 1998 Glasgown yliopistossa tutkimuksen moniammatillisesta koulutuksesta terveydenhuoltoalalla. Työ käsittää kaksi vuotta kestäneen tutkimuksen, jonka tarkoituksena oli arvioida opiskelijoiden ja kurssienjärjestäjien havaintoja moniammatillisen koulutuksen vaikuttavuudesta terveydenhuoltoalalla. Tutkimuksessa keskityttiin lääkärien ja sairaanhoitajien lisäksi muihinkin hoitoalan ammatteihin kuten esimerkiksi kätilöihin ja fysioterapeutteihin. Kyseessä olevan tutkimustyön SCORE:lle (Scottish Council for Research in Education) antoi tehtäväksi Ison-Britannian terveysministeriö. Tutkimuksen toteutti sairaanhoitajien ja kätilöiden koulutusyhdistys East Anglian yliopistosta ja lääkärien koulutuskeskus Dundeen yliopistosta. Tutkimus jaettiin neljään vaiheeseen. Ensimmäiseksi suoritettiin valmisteleva vaihe, joka osoitti mm. sen, mitkä ammattiryhmät kiinnitettiin moniammatilliseen koulutukseen. Seuraavassa vaiheessa suoritettiin kysely moniammatillisesta koulutuksesta. Kyselyn tarkoituksena oli pohjustaa laadullisia haastatteluja. Kvalitatiivisen aineiston tarkoituksena oli lisätä ymmärrystä moniammatillisen koulutuksen ohjeistamiseen ja vaikuttamiin. Tämän jälkeen suoritettiin lopullinen aineiston kokoaminen. Kohderyhmäkokoontumisissa esille tulleita aiheita kierrätettiin osallistuvissa istunnoissa, joista esiin tullut palaute kirjattiin muistiin. Tulosten mukaan moniammatillinen koulutus on laajasti koettu helpottaneen ja vahvistamaan muutoksia työskentelytavoissa sosiaali- ja terveysalalla. Potilaiden etu toteutuu parhaiten, jos ammatilliset ryhmät työskentelevät yhdessä ja osaaminen on laaja-alaista. Tämän lisäksi tuotetaan palveluja, jotka ovat sekä suorituskäyviä että vaikuttavia. (Pirrie, Wilsson, Elgood, Hall, Hamilton, Harden, Lee & Stead, 1998.)

Helena Lyytikäinen on tehnyt pro gradu -tutkielman aiheesta sairaanhoitajien ja lääkärien yhteistyö tehohoidon rajaamisen päätöksenteossa. Tutkimus on suoritettu kyselynä teho-osastojen sairaanhoitajille. Tulosten mukaan sairaanhoitajien ja lääkärien kommunikaatio oli avointa ja heillä oli potilaan hoitoa koskevat yhteiset tavoitteet.

Lähes aina sairaanhoitajat luottivat lääkärin läsnäoloon, tietoihin ja taitoihin tehohoidon rajaamisen päätöksenteossa. Sairaanhoitajien ja lääkärin tiimityöskentely ja keskinäinen tuki oli harvinaista. Sairaanhoitajat esittivät harvoin omia mielipiteitä potilaan hoidon rajaamisesta ja osallistuivat harvoin tehohoidon rajaamisen päätöksen tekoon. Lyytikäisen mukaan sairaanhoitajien päätöksentekoon osallistumista edistäviä tekijöitä olivat sairaanhoitajien ja lääkärin yhteiset keskustelut potilaan omaisten kanssa, lääkärin rohkaisu päätöksentekoon osallistumiseen, lääkärin ehdotukset vastuun jakamisesta ja sairaanhoitajien oma halukkuus jakaa vastuuta sekä sairaanhoitajien ja lääkärin hyvät keskinäiset ihmissuhteet. Päätöksentekoon osallistumista estäviksi tekijöiksi muodostuivat avoimen keskustelun puute, sairaanhoitajien kokemuksen vähäinen arvostaminen, sairaanhoitajien tietojen vähäinen hyödyntäminen, lääkärin välinpitämätön suhtautuminen sairaanhoitajien eriäviin mielipiteisiin, sairaanhoitajien oma haluttomuus jakaa vastuuta ja myönteisen palautteen puuttuminen. (Lyytikäinen, 2002.)

McClain on vuonna 1988 tutkinut kriittisen teorian näkökulmasta käytännön yhteistyötä sairaanhoitajien ja lääkärin välillä. Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia havaittuja ongelmia sairaanhoitajien ja lääkärin yhteistyössä. Tarkoituksena oli kriittisesti analysoida olennainen osa perusterveydenhuollon jaetun praktiikan, hoitajavastaanoton harjoittajien ja lääkärin välisestä suhteesta. McClain haastatteli yhdeksää perheneuvolan vastaanoton sairaanhoitajaa ja heidän lääkäriyöparejaan. Haastatteluja kertyi 18 kappaletta. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että virheellistä kommunikointia ja merkityksetöntä vuorovaikutusta olivat edistämässä molemmat osapuolet, sekä sairaanhoitajat että lääkärit. Sairaanhoitajien ja lääkärin vuorovaikutuksessa täytyy olla muitakin päämääriä kuin tietojen vaihtamista, sen tulee olla molempipuolista vuorovaikutusta. Sairaanhoitajien ja lääkärin tulee molempien olla halukkaita luomaan tarvittavat olosuhteet pätevälle tiedonkululle. Heidän tulee pystyä kyseenalaistamaan oman ja työparien arvo ja aikaisemmat kyseenalaistamattomat oletukset. Näin tulee toimia, että pystyttäisiin siirtymään henkilökohtaisten etujen varjelusta yleisempien etujen huolehtimiseen. (McClain, 1988.)

Anne Iisakka (2008) on toteuttanut kehittämishankeen, jonka tarkoituksena oli kehittää hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden välistä yhteistyötä. Kehittämishankkeen tavoitteena oli selvittää osastonhoitajan roolia hoitohenkilökunnan ja lääkärin välisessä

yhteistyössä sekä löytää ne tekijät, jotka vaikuttavat yhteistyöhön. Tarkoituksena oli etsiä keinoja, joiden avulla osastonhoitaja voi vaikuttaa yhteistyön kehittämiseen hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden välillä. Kehittämishankkeen Iisakka toteutti toimintatutkimuksena ja hankkeessa oli viitekehyksenä jaettu johtajuus. Tulosten mukaan työyhteisön jäsenet tietävät, miten yhteistyötä tehdään ja missä yhteistyötä voi vielä kehittää. Esiin nousivat myös alaistaidot eli jokaisen henkilökohtainen vastuu hyvästä yhteistyöstä ja työyhteisön ilmapiiristä. Yhteistyön kehittämiskeinoina esiin nousivat avoin ja vuorovaikutuksellinen työyhteisö, tiedottaminen, keskustelu ja yhteinen tekeminen. Iisakan mukaan työyhteisön jäseniin tutustuminen paransi yhteistyötä. (Iiskka, 2008.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄ

Tämän opinnäytteen tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien ja lääkäreiden välistä yhteistyötä. Ammattiryhmien välistä toimintaa tutkimalla on tavoitteena saada tietoa, jonka avulla voidaan kehittää edellä mainittujen ammattiryhmien yhteistyötä. Tehtävä suoritetaan ammatin ja asiantuntijuuden näkökulmasta.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten sairaanhoitajat ja lääkärit ymmärtävät toistensa asiantuntijuuden?
2. Mitä on sairaanhoitajien ja lääkäreiden välinen yhteistyö?
3. Miten ammattiryhmien välistä yhteistyötä voidaan parantaa?

4 TUTKIMUSMETODI

4.1 Tutkimuksen aiheen muodostuminen

Opinnäytteen tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien ja lääkärien välistä yhteistyötä. Ammattiryhmien välistä toimintaa tutkimalla on tavoitteena saada tietoa, jonka avulla voidaan kehittää ammattiryhmien yhteistyötä. Näkökulmaksi muodostui teorian pohjalta ammatti ja asiantuntijuus.

Tässä opinnäytteessä on keskitytty haastatteluun kerätyn aineiston laadulliseen analysointiin siitä, kuinka sairaanhoitajat ja lääkärit näkevät toisen ammattiryhmän ammatin ja asiantuntijuuden ja yhteistyön ammattiryhmien välillä. Tutkimussuunnitelmaa kuvaavassa taulukossa on kuvattu, kuinka tutkimusprosessi etenee (Taulukko 1). Tämä opinnäytetyö sisältää prosessin kolme ensimmäistä vaihetta ja tarjoaa teoreettista tietoa, mitä asioita on hyvä ottaa huomioon ryhdyttäessä kehittämään sairaanhoitajien ja lääkärien välistä yhteistyötä. Tutkimusprosessin seuraaville vaiheille tarjotaan ehdotuksia luvussa 6.4.

TAULUKKO 1. Tutkimusdesign

↑	5. UUELLEEN ARVIOINTI <u>Mittari</u> Ø välitön mittausta, vuotuinen tulokuntomittaus Ø täsmällisemmän mittarin kehittäminen
	4. YHTEISTYÖN KEHITTÄMINEN <u>Kehittämishanke</u> Ø esimerkkinä A. Iisakan (2008) suorittama kehittämissuunnitelma Ø tavoitteena kehittämisen jatkuvuus
↑	3. RAPORTOINTI Ø kirjallinen raportointi ja raportin muodossa tulosten julkaisu
	2. AINEISTON KERUU JA AINEISTON ANALYYSI <u>Teemahaastattelut</u> Ø tiedetty lähtötilanne ja kokemus ennalta tiedossa Ø haastatellaan sairaanhoitajia ja lääkäreitä kahdesta eri yksiköstä Ø sisällönanalyysi haastatteluista kertyneestä aineistosta
	1. LÄHTÖTILANNE JA TEORIATAUSTAN LAADINTA <u>Tutkimusongelman ja –kysymysten asettaminen</u> Ø Miten sairaanhoitajat ja lääkärit ymmärtävät toistensa asiantuntijuuden? ü vastaa kysymykseen, kuinka yhteistyöammattiryhmä tunnetaan Ø Mitä on sairaanhoitajien ja lääkärin välinen yhteistyö? ü vastaa kysymykseen, kuinka yhteistyö mahdollisuutta osataan hyödyntää ja mitä yhteistyö haastateltavien mielestä on Ø Miten ammattiryhmien välistä yhteistyötä voidaan parantaa? ü teeman avulla saadaan ehdotuksia siihen, kuinka yhteistyötä kehitetään

Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa oli tiedossa kyseessä olevasta ilmiöstä mitattu lähtötilanne sekä opinnäytetyöntekijän subjektiivinen kokemus asiasta. Mitattu lähtötilanne saatiin tutkimuskohteesta tehtävästä jokavuotisesta tulokuntomittauksesta. Mittarissa on kohta, jossa arvioidaan eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä. Opinnäytetyön tekijän kiinnostusta aihetta kohtaan lisäsi henkilökohtaiset kokemukset yhteistyön toimivuudesta. Henkilökohtaisen kokemuksen vuoksi täysin objektiivista tutkimusotetta ei voitu toteuttaa, mutta laadullisessa tutkimuksessa ei objektiivisuutta ole mahdollistakaan saavuttaa perinteisessä mielessä, sillä tietäjä (tutkija) ja se, mitä

tiedetään, kietoutuvat saumattomasti yhteen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2006.) Tiedossa olevan tilastollisen tiedon lisäksi on kuitenkin tärkeä saada laadullista tietoa ilmiöstä. Laadullisen menetelmän lähtökohtana onkin kuvata todellista elämää ja kokemuksia. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan aihetta tai kohdetta myös mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2006.) Tiedossa olevan tilanteen pohjalta laadittiin tutkimussuunnitelma, johon kerättiin teoriataustaa näistä kahdesta tutkimuksessa esiintyvistä ammattiryhmästä. Suunnittelu- vaiheessa suunnitelmaa refleктоitiin, johon osallistuivat kohdeyksiköiden, organisaation hoitohenkilökunnan ja oman työyhteisöni esimiehet.

4.2 Aineistonkerääminen

Laadullinen aineisto kerättiin haastatteluilla. Haastattelumetodina oli teemahaastattelu. Tähän päädyttiin siksi, että tutkittava asia oli jo ennestään tiedossa ja koettu ilmiö. Teemahaastattelussa on se etu, että se ei sido haastattelua tiettyyn leiriin, kvalitatiiviseen tai kvantitatiiviseen, eikä ota kantaa haastattelujen määrään tai siihen miten ”syvälle” aiheen käsittelyssä mennään. Yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa. (Hirsjärvi & Hurme, 2000.) Haastattelun teemat muodostettiin aiheeseen liittyvien teorioiden, ammattien taustojen, ammattien erilaisuuksien ja asiantuntijuuden, näkökulmasta. Haastattelun teemoiksi muodostuivat asetetut tutkimuskysymykset. Ennen haastattelua haastateltavat saivat tutkimuskysymykset saatekirjeen mukana pohdittavaksi. Varsinaisessa haastattelussa käytettiin isompien teemojen lisäksi pienempiä apukysymyksiä, jotka auttoivat haastattelun etenemisessä.

4.3 Tutkimusjoukon kuvaus

Opinnäytteen empiirisen osuuden kohdejoukko oli neljä sairaanhoitajaa ja kolme lääkäriä. Haastateltavat työskentelivät kahdella eri osastolla, joiden päivärytmi ja toiminta ovat samansuuntaisia. Haastattelut suoritettiin yksilöhaastatteluina. Sairaanhoitajien työkokemus vuosissa oli vaihteleva. Lääkäreillä oli myös hieman erilaiset työko-

kemukset taustalla, mutta vaihtelu ei ollut niin suuri kuin sairaanhoitajilla. Tutkimukseen osallistuneet lääkärit edustivat kaikki eri erikoisaloja.

Haastateltavat valittiin kohdeyksiköiden hoitohenkilökunnan esimiesten ehdotusten perusteella. Haastatteluun osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Haastatteluihin tavoiteltiin neljää sairaanhoitajaa ja neljää lääkäriä, mutta aikataulujen yhteensopimattomuuksien vuoksi yksi lääkärihaastattelu jäi suorittamatta.

4.4 Aineiston tallennus, käsittely ja analysointi

Aineiston tallennuksessa, käsittelyssä ja analysoinnissa noudatettiin taulukon 2 mukaista ohjeistusta.

TAULUKKO 2. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 111).

1. Haastattelujen kuunteleminen ja aukikirjoitus sana sanalta
2. Haastattelujen lukeminen ja sisältöön perehtyminen
3. Pelkistettyjen ilmaisujen etsiminen ja alleviivaaminen
4. Pelkistettyjen ilmausten listaaminen
5. Samankaltaisuuksien ja erilaisuuksien etsiminen pelkistetyistä ilmauksista
6. Pelkistettyjen ilmauksien yhdistäminen ja alaluokkien muodostaminen niistä
7. Alaluokkien yhdistäminen ja yläluokkien muodostaminen niistä
8. Yläluokkien yhdistäminen ja kokoavan käsitteen muodostaminen

Haastattelujen jälkeen aineisto litteroitiin, eli puhuttu teksti muutettiin luettavaan muotoon. Litterointi voidaan suorittaa koko kerätystä aineistosta tai valikoiden (Hirjärvi, Remes & Sajavaara, 2006). Tämän tutkimustyön litteroinnissa kirjoitettiin koko aineisto luettavaan muotoon, kirjoitettiin auki sana sanalta. Opinnäytetyön tekijä suoritti litteroinnin itse, koska näin toimiessa oli mahdollista saada paras yleiskuva haastatteluista. Haastattelut kuunneltiin samalla nauhurilla, jolla haastattelut oli nauhoitettu. Haastattelujen purkamisessa käytettiin apuna kuulokkeita, että haastateltavien puheesta saisi paremmin selvää. Teksti kirjoitettiin sanasta sanaan Microsoft Word -tekstinkäsittelyohjelmalla.

Haastatteluista kertynyt aineisto analysoitiin sisällön analyysillä. Sisällön analyysi on menettelytapa, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti (Kyngäs, 1999). Tämän tutkimuksen suoritettujen haastattelujen analyysivaiheessa analysoitiin ainoastaan se, mitä oli ilmaistu. Siitä voidaanko dokumentissa analysoida piilossa olevia viestejä, on kiistelty, koska niiden analyysi sisältää yleensä tulkintaa (Kyngäs, 1999). Puhutussa tekstissä pysyminen vähentää ennakkoluulojen esiin tulemistä.

Litteroinnin jälkeen tekstit luettiin 2 – 4 kertaa läpi. Lukumäärä oli riippuvainen haastateltavan ulosannin selkeydestä. Lukemisen yhteydessä selkeytyi, että analyysiyksiköksi muodostuu lause tai lausahdus. Lukukertojen jälkeen tekstejä luettiin edelleen ja pelkistettyjä ilmaisuja merkittiin tekstiin. Tämä tehtiin ennen pelkistettyjen ilmaisujen listaamista tutkimuskysymysten alapuolelle.

Teoriataustan pohjalta muodostui haastattelulle teemat, mutta analyysi oli aineistolähtöistä. Tämä siksi, että saataisiin haastateltavien omat ajatukset yhteistyön kehittämisen lähtökohdaksi. Kategorioinnissa käytettiin tutkimuskysymyksiä otsikoina, joiden alapuolelle kerättiin kyseessä olevan aihealueen samankaltaisuuksia. Ensimmäisen luokituksen jälkeen lajiteltiin ilmaisuja pienempiin ryhmiin ja nimettiin aina yhden ryhmän esiin nousevalla yhteisellä tekijällä. Aineistoa luettiin edelleen ja pienemmät ryhmät luokiteltiin edelleen pienemmiksi kokonaisuuksiksi. Pienimmät ryhmät nimettiin samalla tavalla kuten edellisetkin kategoriat.

Luokittelun jälkeen aineistosta nousseista kategorioista laadittiin kaaviot, jotka kuvaavat kategorioiden kokoa. Käsitekaavioista saa kuvan siitä, miten asiaa on painotettu haastatteluissa. Kategorioiden laajuus ilmenee tuloksissa käsitekaavioiden avulla. Lisäksi kaaviot kuvaavat sitä, kuinka kummatkin ammattiryhmät ovat asioita kuvanneet. Kaavioiden jälkeen tuloksia tarkasteltiin tutkimuskysymyksittäin ja edelleen ammattiryhmittäin. Aineistoa käsiteltiin kuitenkin rinnakkain, jotta olisi mahdollista saada kuva kummankin ammattiryhmän näkemyksistä samasta aihealueesta.

Analyysin jälkeen tulokset kirjattiin opinnäytetyön loppuraporttiin, jonka muodossa ne julkaistaan kohdeyksiköissä. Tulosten julkaisun tarkoituksena on esittää käsityksiä tulokuntomittarin numeroiden takana oleviin arvioihin ammattiryhmien välisen yhteistyön laadusta ja siihen vaikuttavista seikoista.

4.5 Eettiset kysymykset

Ihmisiin kohdistuvissa tutkimuksissa mainitaan tärkeimpinä eettisinä periaatteina informointiin perustuva suostumus, luottamuksellisuus, seuraukset ja yksityisyys (Hirjärvi & Hurme, 2000). Jotta tutkittavat pystyvät päättämään osallistuvatko he tutkimukseen, täytyy heille antaa riittävästi tietoa siitä, mistä on kysymys. Informoinnilla on tarkoitus hälventää epäluuloja ja suostutella tutkittavaa väestöä haastatteluihin (Alastalo, 2005). Tutkimuseettisesti ja lain nojalla on erityisen tärkeää informoida tutkittavia tutkimusaineiston käsittelystä, mahdollisesta arkistoinnista ja käyttötarkoituksista. Tutkittavia henkilöitä on informoitava selkeästi, mitä aineistolle tapahtuu tutkimuksen jälkeen, tuhotaanko se vai arkistoidaanko mahdollisia myöhempiä tutkimuksia varten. Annettava informaatio tutkimuksesta on monessa mielessä tärkeä. Se saattaa ratkaista sen, haluavatko ihmiset osallistua tutkimukseen ja se ratkaisee myös tunnisteellisen aineiston kohtalon. (Kuula, 2006.)

Luottamuksellisuus nousi opinnäytetyössä tärkeään rooliin. Luottamuksellisuus on erityisen tärkeä siksi, että opinnäytetyön tekijä haastatteli kollegoita ja lääkäreitä joiden kanssa on tiiviissä yhteistyössä. Luottamuksellisuus tarkoittaa kyseessä olevan aineiston osalta sitä, että haastateltavat voivat luottaa tutkijan antamaan lupaukseen

aineiston käytöstä ja käyttötarkoituksesta. Luottamuksellisuuteen liittyy myös se, että kerätty aineisto tuhoetaan tutkimuksen oikeellisuuden tarkistamisen jälkeen. Aineistosta esiin nousevat asiat esitetään yleisellä tasolla, ei yksilötasolla. Luottamuksellisuuteen liittyy osana myös vaitiolo- ja salassapitovelvollisuus. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimusaineistoa ja sen osia ei luovuteta eikä näytetä ulkopuolisille henkilöille. Vaitiolo- ja salassapitovelvollisuus koskee tutkijaa myös sen jälkeen, kun tutkimus on päättynyt. (Kuula, 2006.) Arkaluontoisen opinnäytetyöstä teki se, että haastatteluissa saattaa ilmetä ammatillisesti ja henkilökohtaisesti arkaluontoisia asioita. Tämän vuoksi tutkijan on hyvä hallita paitsi hyvät tieteelliset käytännöt myös yksityisyyden suojan perusasiat. (Kuula, 2006.) Tutkimusta tehdessä on toki muistettava, että yksityisyys on jokaisen henkilökohtainen kokemus, toiset ovat avoimempia kuin toiset. Tutkimuksen lähtökohdaksi on hyvä ottaa tutkittavien itsemääräämisoikeus. Tällöin yksityisyyden rajat määrittää tutkittava itse, mitä itsestään ja ajatuksistaan haluaa tutkimuksen käyttöön antaa ja mitä ei. (Kuula, 2006.)

Tässä tutkimuksessa oli tutkittavana asia eivätkä ihmiset. Toisaalta asia, jota tutkittiin, on ihmisten aiheuttama ja vaikuttaa ihmisten välisiin suhteisiin työpaikalla. Tämän vuoksi tutkittava asia on luonteeltaan arka, toiset voivat ottaa asian henkilökohtaisesti. Tarkoituksena ei ole ollut asettaa ketään henkilöä vastuuseen, vaan tutkia ilmiötä. Vaikka tutkimuksessa on käytetty tiettyjen yksiköiden henkilökuntaa ja kehittämisen kohteena on tietty työyhteisö, on opinnäytetyön aihe ja menetelmä yleistettävissä myös muihin työyhteisöihin. Tutkimusta ei kohdenneta tiettyyn yksikköön myöskään eettisistä syistä, ettei asiaa tai ongelmaa kohdenneta tiettyyn työyhteisöön tai organisaatioon. Tiettyyn kohdeyksikköön kohdentaminen voisi paljastaa myös henkilöitä, jotka ovat tutkimukseen osallistuneet.

Haastateltavilla henkilöille on annettu tarvittavat tiedot tutkimuksen tarkoituksesta ja päämäärästä, tällöin heidän suostumuksensa haastateltaviksi perustui perehtyneesti annettuun suostumukseen. Tietoa annettiin osastotunneilla, sähköpostin välityksellä ja saatekirjeillä. Kaikkien haastateltavien osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Haastattelusta esiin nousevia asioita on käsitelty kaikissa tutkimuksen vaiheissa anonyymisti ja luottamuksellisesti. Asiaa on viety eteenpäin asiatasolla, ei henkilötasolla.

5 TULOKSET

Haastattelujen tulokset esitellään tutkimuskysymyksittäin, joista muodostui myös ylimmät käsittekatgoriat. Näin on pyritty antamaan kuva siitä, kuinka haastatteluissa saatu aineisto on vastannut asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tuloksissa esitetään ensin sairaanhoitajien näkemyksiä asiasta, jonka jälkeen esitetään lääkärien näkemyksiä vastaavasta aihealueesta.

Jotta saatiin vastaus ensimmäiseen tutkimuskysymykseen, oli haastatteluissa pyrkimyksenä selvittää ammattiryhmien käsityksiä toisesta kyseessä olevasta ammattiryhmästä. Toisen tutkimuskysymyksen kohdalla pyrittiin selvittämään ammattiryhmien edustajien näkemyksiä tämänhetkisestä yhteistyöstä ammattiryhmien välillä. Kolmannen tutkimuskysymyksen kohdalla keskityttiin keräämään ehdotuksia yhteistyön kehittämiseksi. Vaikka tuloksissa esiintyvät kategoriat ovat numeroitu, ne eivät ole minkäänlaisessa arvojärjestyksessä.

5.1 Sairaanhoitajien ja lääkärien toistensa ammatin ja asiantuntijuuden ymmärtäminen

Tämän tutkimuskysymyksen alapuolelle muodostui aineiston perusteella neljä yläkategoriaa: 1) toisen ammattiryhmän arvostaminen ja kunnioittaminen, 2) käsitys toisen ammattiryhmän asiantuntijuudesta, 3) näkemys toisen ammattiryhmän työnkuvasta ja 4) mitä lääkärit ja sairaanhoitajat ajattelevat toistensa työn vaatimuksista. Näiden kategorioiden alapuolelle muodostui alakategorioita, jotka edelleen jakautuvat pienempiin kokonaisuuksiin. Edellä mainitut käsitteet ja niiden muodostuminen käyvät ilmi seuraavalla sivulla esitetystä käsittekaaviosta (Taulukko 3).

TAULUKKO 3. Käsitekaavio sairaanhoitajien ja lääkärin toistensa asiantuntijuuden ymmärtämisestä

Sairaanhoitajien ja lääkärin toistensa asiantuntijuuden ymmärtäminen		
	sairaanhoitajat	lääkärit
Toisen ammattiryhmän arvostaminen ja kunnioittaminen	<ul style="list-style-type: none"> • arvostaminen ja kunnioittaminen • koulutus • sairaanhoitajien käsitys heidän työnsä arvostamisesta ja sen ilmeneminen 	<ul style="list-style-type: none"> • käsitys hoitajan taitavuudesta • osaaminen tukee lääkärin työskentelyä • työn arvostaminen
Sairaanhoitajien ja lääkärin käsityksiä toistensa asiantuntemuksesta	<ul style="list-style-type: none"> • asiantuntemus • kokemus ja sen vaikutus asiantuntemukseen • näkemys asiantuntemuksesta yhteistyössä • kokemus koulutus ja perehdytys 	<ul style="list-style-type: none"> • asiantuntemus ja sen muodostuminen • käsitys potilaan hoidosta • kokemus • osaaminen • toisen ammattiryhmän arvosteleminen
Sairaanhoitajien ja lääkärin näkemyksiä toistensa työnkuvasta	<ul style="list-style-type: none"> • työnkuva • konkreettinen työ 	<ul style="list-style-type: none"> • työn sisältö • ei osaa kertoa
Sairaanhoitajien ja lääkärin ajatuksia toistensa työn vaatimuksista	<ul style="list-style-type: none"> • työn vaatimukset • vastuunotto 	<ul style="list-style-type: none"> • tietopohja • erityistehtävät • osaaminen • ominaisuudet

5.1.1 Toisen ammattiryhmän arvostaminen ja kunnioittaminen

Sairaanhoitajat:

Arvostaminen ja kunnioittaminen. Sairaanhoitajat kunnioittavat lääkärin asiantuntijuutta ja ammattitaitoa, lääkärin kokemuksesta tai kokemattomuudesta huolimatta. Sairaanhoitajien näkemys asiantuntemuksesta ja ammattitaidosta korostaa lääkärin korkeaa osaamistasoa. Lääkärin asiantuntemus kattaa lääketieteellisen asiantuntemuksen.

”...arvostan ja ihailen ammattitaitoa vaikka ne (lääkärit) ovatkin nuoria...”

”...(hoitajalla) pitäisi olla tosi vahva tietotaito pohja, että voisit alkaa tekemään niitä asioita mitä lääkäri on tähän asti tehnyt...”

Koulutuksesta sairaanhoitajien peruskäsitys oli, että lääkärien asiantuntemus perustuu koulutukseen.

”... Luet lääkäriksi niin silloin sinä olet lääkäri...”

Sairaanhoitajien käsitys heidän työnsä arvostamisesta ja sen ilmeneminen. Tämän sairaanhoitajat kokivat siten, että lääkärit arvostavat heidän tekemää työtä ja osaamista. Arvostus ilmenee kiitoksena ja sujuvana työskentelynä. Luottamuksen kasvaessa kasvaa myös arvostus.

”...Suurin osa lääkäreistä tietää sen, että hoitajat tekevät paljon, että hoitaja valmistele ja on kirjallista työtä ja näin...”

Lääkärit:

Käsitys hoitajan taitavuudesta on paikkakohtaista. Tällä lääkärit tarkoittavat, että jokaisessa työpaikassa on hyviä hoitajia. Esiin nousee myös, että eri toimipaikoissa on eritasoisia hoitajia. Yksilö ja persoona vaikuttavat hoitajan taitavuuteen, kaikista hoitajista ei tule koskaan hyviä hoitajia. Pääsääntöisesti hoitajat ovat kuitenkin päteviä, toiset parempia kuin toiset. Tässä kategoriassa nousi esiin, ajatus että hoitajat ovat hoitajia. Tällä tarkoitetaan, että hyvistä lääkäreistä ei tule hyviä hoitajia ja hyvästä hoitajasta ei tule välttämättä hyvää lääkäriä. Ideaali hoitaja on valpas ja keskittynyt.

”...persoonallisuustekijät sanelee kenestä tulee hyvä hoitaja...”

”...yksilöistä, jotka on hyviä hoitajia tulisi hyviä missä tahansa...”

”...instrumenttihoitajasta ei tule kirurgia...”

”...hyvistä anestesia-lääkäreistä ei tule hyviä anestesiahoitajia...”

”...kuka tahansa lääkäri ei pysty ja kuka tahansa hoitaja ei pysty...”

Osaaminen tukee lääkärin työskentelyä tarkoittaa sitä, että lääkärit tarvitsevat osaavia hoitajia. Hyvä lääkäri tarvitsee hyvän hoitajan, esimerkiksi toimenpiteistä ei tulisi mitään ilman osaavia hoitajia. Lääkärit arvostelevat hoitajan osaamista sen mukaan, kuinka hyvin hän osaa potilaan asiat lääketieteellisesti. Tieto potilaasta on tärkeä ja tukee lääkärin työskentelyä. Hoitajat huomaavat hyvin potilaan ongelmat ja tuovat ne esiin. Hoitajat tietävät potilaasta, koska heillä on kokonaisvaltaisempi näkemys potilaan hoidosta ja tilanteesta. Lisäksi lääkärin mielestä potilaat avautuvat hoitajille eri tavalla. Lääkärin työskentelyä tukee myös se kun työt hoidetaan, mm. se, että hoitajat kykenevät toteuttamaan lääkärin määräykset täsmällisesti.

”...en osaa hoitajan tehtäviä...”.

”...Hyvä kirurgi tarvitsee osaavan instrumenttinhoitajan...”

”...vaatii meidän hoitajilta ihan pirusti tietoa lääketieteestä...”

”...perus farmakologian ja fysiologian ja hoitofilosofian ymmärtäminen on välttämätöntä...”

”... Täytyy varmaan tietää, kun siitä oli ne verikokeet otettu, että on kalium 7,4, että se on aika poikkeava...”

Työn arvostaminen. Lääkärit yksinkertaisesti arvostavat hoitajien työtä. Esiin nousi myös, kuinka lääkärin arvostus hoitajien työtä kohtaa on jossakin vaiheessa noussut. Lääkärin mukaan hoitajien työpanos on välttämätön ja nykyään arvostus on runsasta. Hoitajien kokemusta arvostetaan. Ammatin kehittymisestä tuotiin esiin, kuinka sairaanhoitajien professio on kehittynyt.

”...kunnioitusta herättää se, että miten itsenäisesti hoitajat hoitavat potilasta...”

”...ihailtavaa taitoa, ettei tarvitse ohjeistaa kokoajan...”

”... kokenut hoitaja osaa antaa valmiita ehdotuksia...”

”...hoitajien professio on vahvistunut ja lääkäreiden heikentynyt...”

5.1.2 Käsitys toisen ammattiryhmän asiantuntijuudesta

Sairaanhoitajat:

Asiantuntemus. Sairaanhoitajien näkemys lääkärien asiantuntemuksesta on, että he tietävät mitä tekevät ja mitä potilaalle täytyy tehdä. Lääkäreillä on tietotaitoa potilaan hoidosta. Lääkäreillä on paljon sellaista osaamista, jota sairaanhoitajilla ei ole. Heillä on asiantuntijuutta ja osaamista erilaisiin toimenpiteisiin tai sitten osaaminen voi olla laajempaa erityisosaamista.

”... Lääketieteellinen asiantuntemus...”

”... Aina on miettinyt potilaan tilanteen ja vaihtoehdot...”

Kokemuksesta ja sen vaikutuksesta asiantuntemukseen. Sairaanhoitajat kokevat, että mikäli lääkäri on kokematon tai aloitteleva, on hänellä heikommat kädentaidot ja teorian tiedoissakin on tuolloin kehittämistä. Nuoremmat aloittelevat lääkärit tarvitsevat tukea ja opastusta. Erikoistuvat lääkärit eivät välttämättä tunne koko hoitoprosessia, eikä erikoistuva lääkäri välttämättä tiedä välineistä tarpeeksi. Kokemus näkyy hätätilanteissa ja kokemus tuokin varmuutta muuttuvissa tilanteissa. Eroavaisuutta mielipiteissä kuitenkin esiintyy. Esiin tuli näkemyksiä, että nuoretkin lääkärit käyttävät rohkeasti tietotaitoaan ja tekevät rohkeita ratkaisuja.

”...kädentaidot on heikommat kun aloittaa työt, teoriassakaan ei voi tietää kaikkea...”

”...vanha hoitaja voi olla asiantuntevampi kuin vasta-alkaja lääkäri...”

”... nuoret käyttävät rohkeasti tietotaitoaan...”

”... nuoret tekee itsenäisiä ratkaisuja...”

Sairaanhoitajien **näkemys asiantuntijuudesta yhteistyössä** on, että sairaanhoitajat näkevät kokonaisuuden paremmin. Heidän mukaan lääkärit tietävät mikä on sairaanhoitajan toimenkuva ja että on asiantuntija omassa työssään.

Sairaanhoitajien mukaan asiantuntemukseen vaikuttavia asioita ovat **kokemus, koulutus ja perehdytys**. Kokemus koostuu työkokemuksesta ja kokonaiskokemuksesta. Pääsääntöisesti tämän hetken lääkärit ovat erittäin kokeneita. Koulutuksella saadaan aikaan erikoisosajia, esimerkiksi tiettyyn erikoisalaan kouluttautumalla. Työpaikan perehdytys vaikuttaa asiantuntemukseen.

Lääkärit:

Asiantuntemus ja sen muodostuminen. Lääkärien mukaan sairaanhoitajan asiantuntemus on käytännön toimimisen kautta muodostuvaa. Uusien asioiden oppiminen tapahtuu siten, että ensin joku näyttää miten jokin asia tehdään ja muutaman kerran toistetaan se konkreettisesti, jotta sen oppii. Tieto-taito tasoista lääkärit nostavat esiin mm., että sairaanhoidon opiskelijoilla on hyvä tietotaso. Lääkärit ovat myös sitä mieltä, että vuodeosastolla työskentelevillä sairaanhoitajilla ei ole useinkaan tiedollisesti tarjottavaa lääkäreille.

”... koulutuksella kuka tahansa oppii jotakin...”

”...Kukaan ei opi käytännön työtä kirjasta lukemalla...”

”... sinulla on se teoriapohja, jolla sinä teet sen käytännön työn...”

Käsitys potilaan hoidosta tarkoittaa lääkärien mukaan käsitystä sairaudesta ja sitä, että ymmärtää potilaan sairauden. Tilannetajulla lääkärit tarkoittavat, että hoitajalla on näkemys tilanteen etenemisestä, esimerkiksi kuinka toimenpiteen tulisi sujua. Tiedolla päämäärästä lääkärit tarkoittavat, että ymmärretään sen mihin pyritään potilaan hoidossa. Toisaalta tulee olla myös käsitys siitä, että mitä ollaan tekemässä ja mikä on hoidon tarve.

Kokemuksen vaikutus työskentelyyn on mm. sitä, että osaa tiivistää asian. Vihjeet ja ehdotukset hoidoista tulee kokemuksen myötä. Kokeneilta hoitajilta lääkärit saavat valmiita ehdotuksia lääkärin työhön liittyen. Kokemuksen karttuminen tekee hoitajista parempia. Kokemuksessa on se etu, että hoitaja omaa perustiedot, esimerkiksi fysiologiasta. Nuoren ja kokemattoman hoitajan kanssa työskennellessä työnteko on

hieman vaivalloisempaa. Lääkäreiden mielestä hoitajan kiinnostus ja kokemus vaikuttavat yhdessä potilaan tarkkailuun ja hoitoon.

”...kokenut hoitaja tiivistää asian ja osaa kertoa oleellisen...”

”...nuori hoitaja saattaa kertoa ummet ja lammet...”

”... viidessäkin vuodessa sinulla on ihan älytön kokemus...”

Osaaminen tarkoittaa mm. määräysten täsmällistä toteuttamista. Ihailtavana taitona lääkärit pitävät sitä, että ei tarvitse ohjeistaa koko ajan ja sitä, että sairaanhoitaja yksinkertaisesti osaa asiansa.

Toisen ammattiryhmän arvosteleminen on lääkärien mielestä kyseenalaista. Heidän mukaansa toista ammattiryhmää ei välttämättä voi arvostella, vaikkakin sitä tapahtuu. Ristiriitaisesti aineistosta nousi esiin lääkärien näkemys, että mikäli homma ei toimi on oikeus arvostella toista asiantuntijaryhmää. Lääkäreiden mielestä kollega voi arvostella kollegaa. Persoonaa vaikuttaa arvosteluun, jolloin arvostelussa helposti korostuu persoona. Lääkäreiden mielestä onkin aiheellista miettiä, kumpaa arvostellaan, persoonaa vai ammatillista osaamista. Lääkärit ovat sitä mieltä, että ammattitaidon voi kuitenkin arvioida persoonan läpi. Heidän mielestään tilannekohtainen arvostelu on paikallaan esimerkiksi sellaisessa tilanteessa, joka menee rutiinilla. Tällöin voi jokainen arvostella jokaista.

”... kumpaa siinä sitten arvostellaan persoonaa vai ammatillista osaamista...”

”...arvostelu liittyy aika paljon persoonaan liittyviin asioihin...”

”... kyllä mä pystyn arvioimaan hoitajien tiukan ammattitaidon persoonan läpi...”

5.1.3 Näkemys toisen ammattiryhmän työnkuvasta

Sairaanhoitajat:

Lääkärien **työnkuvan** lääketieteellinen osuus ja erikoisosaaminen ovat riippuvaisia erikoisalasta. Haastateltujen sairaanhoitajien mielestä lääkärin työ on toimenpidekeskeistä. Tämän lisäksi työ saattaa näyttää liukuhihnatyöltä, vaikkakaan se ei ole rutiinityötä.

”...mitä kaikkea he tekevät sitä minun on vaikea tietää...”

Sairaanhoitajien mukaan lääkärin **konkreettinen työ** on potilasvastaanottoa, toimenpiteiden tekoa, tutkimuksia ja oman erikoisalalan mukaisia tehtäviä. Potilaskontaktit sisältävät potilaspuheluihin vastaamista, potilaiden tapaamista ja oikeiden hoitolinjojen miettimistä. Lääkärien työ sisältää myös byrokratiaa, mm. papereiden täyttämistä ja tietojen täyttämistä erilaisiin atk-ohjelmiin. Edellä mainittujen lisäksi sairaanhoitajat kuvaavat, että lääkärit konsultoivat toisen erikoisalalan lääkäreitä ongelmameetingeissä ja toisilla osastoilla. Sairaanhoitajien mukaan lääkärit hoitavat erikoisaloittain oman osuuden potilaan hoidosta.

Lääkärit:

Lääkärit kuvaavat, että **työn sisältö** on sitä, että sairaanhoitaja huolehtivat potilaan hoitamisesta. He havainnoivat potilaan hoidossa olevat ongelmakohdat. Sairaanhoitajan työn luonne on lääkärin mielestä aivan muuta kuin perinteisesti on ajateltu. Nykykäsitysten mukaan sairaanhoitajan työ on vahvasti tekemistä, varsinkin toimenpideyksiköissä. Lisäksi sairaanhoitajatyössä korostuu prosessikeskeisyys. Lääkärien mielestä sairaanhoitajan työ on jatkuvaa oppimista.

”... havainnoivat itse ongelmakohdat mitkä on potilaan hoidossa...”

”...potilaan asioiden hoitaminen...”

”...siistiyydestä, syömisestä ravinnon saannista huolehtiminen...”

”...toteuttaa lääkärin määräämät ohjeet...”

Lääkärit **eivät osaa kertoa** käsityksiään sairaanhoitajien käytännön työstä. Sairaanhoitajan työn ymmärtämistä helpottaa kuitenkin se, että osaa oman ammattinsa hyvin. Lääkärit toteavat myös, että he eivät osaa tehdä sairaanhoitajien tehtäviä. Heistä olisi epämiellyttävä ”astua” sairaanhoitajien tehtäväalueelle, koska he eivät kykene tekemään hoitajien tehtäviä.

”...vaikea sanoa hoitajan työstä hirvittävän paljon muutoin, kuin lääkärin näkökulmasta. Kun en ole päivääkään ollut hoitajana...”

”...loppujen lopuksi konkreettisesti [en] oikein tiedä minkälaista se työ on ja mitä se oikein vaatii...”

5.1.4 Sairaanhoitajien ja lääkärin ajatuksia toistensa työn vaatimuksista

Sairaanhoitajat:

Työn vaatimukset ovat, että lääkäri osaa mm. ohjata hoitajia. Lääkärin toiminnassa tulee olla päämäärätietoisuutta. Sairaanhoitajien mukaan tähän vaatimukseen sisältyy lääketieteellinen osuus. Näin tulee toimia, jotta saadaan aikaan paras mahdollinen lopputulos potilaalle. Lääkärin tarvitsemista taidoista mainittiin mm. sorminäppäryys ja taito osata ennakoita tilanteita.

Vastuunotto on sairaanhoitajien mukaan lääkärin työssä välttämätöntä. Vastuuseen kuuluu myös nopea toiminta ja rohkeat ratkaisut, tämä siksi, että potilas saisi nopeasti hoitoa.

”... kantaa vastuun potilaan hoidosta...”

”... pakko ottaa vastuuta ja pystyä nopeammin päätöksentekoon...”

Lääkärit:

Sairaanhoitajien **tietopohja** muodostuu lääketieteestä. Lääkärin mukaan sairaanhoitajahoitaja tarvitsee, varsinkin toimenpideyksikössä, paljon peruslääketiedettä verrattuna esimerkiksi vuodeoston toimintaan.

”...perus farmakologian ja fysiologian ja hoitofilosofian ymmärtäminen on välttämätöntä...”

Sairaanhoitajien valmiudet määrittyvät **erityistehtävien** mukaan. Tällä lääkärit tarkoittavat esimerkiksi, että on työpaikkoja, joihin ei pysty kokenutkaan hoitaja siirtymään ilman kouluttautumista. Sairaanhoitajien valmiuksiin kuuluu myös sopeutuminen. Lääkärit näkevät, että muutoksiin on pakko sopeutua. Työn luonne on semmoista, että pohdiskelemaan työtöteeseen ei ole aikaa.

”... toiminta on tässä ja nyt...”

Lääkärien mukaan sairaanhoitajan **osaaminen** pitää sisällään erityisosaamista. Erityisosaamista tarvitaan mm. välineiden ja työkalujen valmistelussa ja lääkehoidossa. Kunnioitusta herättää se, kuinka itsenäisesti hoitajat hoitavat potilaita. Lääkärien mukaan osaamista tarvitaan myös kommunikoinnissa. Kommunikointi sisältää informointia ja asiaan puuttumista.

”... osaavat puuttua jos jokin asia heidän mielestään on pielessä...”

”...osaa kertoa ja informoida...”

Sairaanhoitajien **ominaisuuksista** esiin nousi ahkeruus.

”... kun töitä tehdään tosissaan, ei täällä oleskelijoita kerkiä olla...”

5.2 Yhteistyön ymmärtäminen

Tähän tutkimuskysymykseen liittyen aineistosta nousi esiin viisi yläkategoriaa, 1) yhteistyön toteutuminen, 2) yhteistyön ongelmien ja onnistumisien ilmeneminen käytännössä, 3) yhteistyön ongelmat, 4) yhteistyön uhkat ja 5) yhteistyön onnistumisen edut. Nämä kategoriat ovat jälleen jakautuneet pienempiin alakategorioihin. Seuraavalla sivulla on käsitekaavio tämän ryhmän kategorioista (Taulukko 4).

TAULUKKO 4. Käsitekaavio ammattiryhmien yhteistyön ymmärtämisestä.

Yhteistyön ymmärtäminen		
	sairaanhoitajat	lääkärit
Yhteistyön toteutuminen	<ul style="list-style-type: none"> • neuvon kysyminen • toisen ammattiryhmän arvosteleminen • oma ammatti-identiteetti • lääkärin asiantuntemuksen hyödyntäminen • yhteistyön laatu • yhteistyö 	<ul style="list-style-type: none"> • konkreettinen yhteistyö • vastuun jakautuminen • yhteistyön muuttuminen työuran varrella • päivittäinen yhteistyö • yhteistyön toimiminen • sairaanhoitajan kokemuksen vaikutus
Yhteistyön ongelmien ja onnistumisien ilmeneminen käytännössä	<ul style="list-style-type: none"> • toiminnan kokonaisuuden hahmottaminen • toisen ammattiryhmän neuvominen • tiimin huomioiminen • hoitajien arvostaminen • kokematon lääkäri • yhteistyön onnistumisen ”avaimet” 	<ul style="list-style-type: none"> • yhteistyön ”ontuminen” • toimiva yhteistyö • sairaanhoitajilta tuleva arvostus
Näkemyksiä yhteistyön toimimattomuuteen	<ul style="list-style-type: none"> • ongelmia yhteistyössä • arvostuksen puute • ammatilliset erot • toisen ammattiryhmän ymmärtäminen • sairaanhoitajien työkuorma • yhteistyön ongelmien tiedostaminen • kyseenalaistus 	<ul style="list-style-type: none"> • ongelmia yhteistyössä • persoonat ja henkilökiemiat • arvostus
Yhteistyön uhat	<ul style="list-style-type: none"> • työaika • työmäärän lisääntyminen • persoonakysymykset • työyhteisöjen mallit ja kulttuuri 	<ul style="list-style-type: none"> • tiukat rajat • toisen ammattiryhmän puuttuminen • palkkaus
Yhteistyön onnistumisen edut	<ul style="list-style-type: none"> • toimiva kommunikointi • päämääränä potilas • turvallisuus • tasavertaisuus • viihtyvyys ja työn sujuvuus • työrauha 	<ul style="list-style-type: none"> • luottamus • avoimuus • yhteisen päämäärän saavuttaminen • työn tehostuminen

kysyvät neuvoa hoitajilta lähinnä teknisissä asioissa. Toimenpiteen suorittamisesta lääkärit kysyvät neuvoa toiselta lääkäriltä. Sairaanhoitajien mukaan lääkärit ymmärtävät kuitenkin, että hoitajatkin ovat asiantuntijoita. Kokeneempien ja kokemattomampien lääkärien välillä on eroja neuvon kysymisessä siten, että vanhemmat lääkärit eivät useinkaan neuvoa kysy.

Toisen ammattiryhmän arvosteleminen on esimerkiksi sitä, että hoitajat neuvovat lääkäreitä. Tällaisissa tilanteissa neuvominen on sanomista ja asioihin puuttumista. Sairaanhoitajat ovat sitä mieltä, että hoitajat eivät voi arvostella lääkärin työtä. Toisaalta, jos työtehtävät ovat sellaisia, että ne voi suorittaa kumpi tahansa, niin silloin voi arvostella toisen ammattiryhmän toimintaa. Potilastyössä arvostelu ei ole sairaanhoitajien mielestä mahdollista. He eivät menisi puuttumaan asioihin, jotka eivät ole heidän toimenkuvassaan, joten he eivät puuttuisi lääkärin toimintaan. Toisaalta aiheistossa tulee esille myös, että sairaanhoitajat voivat arvostella lääkärin toimintaa ja toisin päin. Arvostelu ei voi kuitenkaan olla kovin syvällistä. Sairaanhoitajat voivat arvioida lääkärin työn laatua, mutta he eivät mielestään voi tehdä sitä julkisesti. Sairaanhoitaja ei voi eikä hänellä ole pätevyyttä arvioida lääkärin toimenpiteen suorittamistekniikkaa. Sairaanhoitajalla ei ole siihen koulutusta, jotta voisi sanoa onko se täsmällisesti oikein.

”...jotkut hoitajat neuvovat lääkäreitä...”

”...Voi katsoa, että onpas näppärää työskentelyä, mutta mikä on lopputulos?”

Omaan ammatti-identiteettiin liittyy omien näkemysten esiin tuonti. Oman ammattitaidon ja työskentelyn varmuuden lisääntyessä kasvaa oma-aloitteisuus ja kyky tehdä ehdotuksia. Se, että voiko tehdä työhön liittyviä ehdotuksia, riippuu työpaikasta. Ajan kuluessa sairaanhoitajille on tullut ymmärrys siitä, että on tärkeää tehdä yhteistyötä. Tähän johtaa se, että on pakko selvittää asiat potilaan parhaaksi. Lisäksi sairaanhoitajien ja lääkärien käsitykset ovat lähentyneet vuosien varrella. Lääkärien auktoriteetti on vaikuttanut sairaanhoitajiin vaihtelevasti. Kun ajan myötä on oppinut tuntemaan lääkäreitä, on toiseen ammattiryhmään suhtautuminen helpottunut.

”... uran alussa hyvä, että uskalsi puhutella lääkäreitä...”

Sairaanhoitajat **hyödyntävät lääkärin asiantuntemusta** eri tavoin. Konkreettisesti se tapahtuu esimerkiksi lääkärin antamana opetuksena. Lääkärin tietotaitoa hyödynnetään myös potilasohjauksessa ja sairaanhoitajaopiskelijoiden opetuksessa.

”... lääkärit neuvovat auliisti...”

”...kysyn tietoa ja pyydän näyttämään miten jokin tehdään...”

”...Kyselen lääkäreiltä ihan teoreettista tietoa...”

Yhteistyön laadusta sairaanhoitajat toteavat, että se toimii yleisesti ottaen hyvin. Yhteistyössä ei ole ongelmia, se ei ole hankalaa ja sitä kuvataan hyväksi ja jopa erinomaiseksi. Sairaanhoitajien mukaan yhteistyö sujuu lääkärin työkokemuksesta riippumatta. Moitteita sen sijaa saa sairaanhoitajien ja lääkärin välinen työilmapiiri. Sairaanhoitajat kokevat, että heitä ”vahditaan”. Tämä kuitenkin ajan kuluessa vähenee. Yhteistyön toimimiseen vaikuttavia tekijöitä ovat työyhteisössä esiintyvät ristiriidat. Yhteistyön toimiminen on riippuvaista henkilöistä ja sen toimivuuteen vaikuttaa myös se, kuinka esimerkiksi erilaisia asioita ilmaistaan. Yhteistyön toimivuuteen vaikuttaa myös, että luottaa toisen ammattiryhmän ammattitaitoon.

”... Ollaan hirveen, ollaan tarkkoja siitä että miten sairaanhoitaja toimii/mitä sairaanhoitaja tekee...”

Yhteistyö on sairaanhoitajien mukaan työskentelyn lähtökohta. Työssä toimitaan työpareittain, sairaanhoitaja ja lääkäri. Toisaalta toisissa paikoissa ollaan ääripäässä tiimityöskentelyssä, jossa jokainen joutuu tekemään nopeita päätöksiä ja toimimaan nopeasti. Kummallakin ammattiryhmällä on yhteinen päämäärä joka on potilaan turvallisuus. Tehtävien rajat ovat selkeät, sairaanhoitajien mukaan sairaanhoitajien ja lääkärin tehtävät ovat tarkkaan rajattu. Toisen ammattiryhmän reviirille astutaan silloin jos tiedetään, että on tapahtunut esimerkiksi määräyksissä selkeitä virheitä. Tuolloin määräystä ei toteuteta. Sairaanhoitajat toimivat potilaan asiamiehinä ja huolehtivat potilaan hyvinvoinnista ja turvallisuudesta. Hoitaja on henkilö, joka auttaa toteuttamaan lääkärin määräykset. Hoitajat valmistelevat potilaan valmiiksi lääkärille ja ovat toimenpiteissä avustavia henkilöitä. Lääkärit johtavat hoitotiimiä, koska lääkärit suorittavat toimenpiteet ja vastuu on siten heillä. Sairaanhoitajat kuvaavat yhteis-

työn toteutumisesta myös sitä, että kaikki tekevät koko ajan työtä ja työ etenee kohti päämäärää.

”... tästä hommasta ei tule mitään ilman lääkäriä eikä ilma hoitajaa...”

”...Jokainen hoitaa sen tehtävän, johon on koulutettu...”

”... kaikki tietää oman tehtävänsä...”

Lääkärit:

Konkreettinen yhteistyö on lääkärin näkemyksen mukaan sitä, että kummallakin ammattiryhmällä on omat tehtävänsä. Lääkäreille määräytyvät tehtävät erikoisalasta riippuen ja sairaanhoitajille määräytyvät tehtävät, omasta erikoistumisesta tai työpaikkakoulutuksesta riippuen. Molemmilla ammattiryhmillä on omat työnkuvansa. Lääkärin mukaan yhteistyö on sitä, että lääkärin antamat ohjeet pyritään toteuttamaan. Lääkärin mukaan perinteinen asetelma on, että lääkäri määrää ja hoitaja toteuttaa. Hierarkiasta on hyötyä kun tehdään potilastyötä, mutta muissa kuin potilastyöhön liittyvissä asioissa sitä ei tarvita. Vanha hierarkkinen asetelma näkyy kuitenkin siinä, kuinka paljon lääkärit osallistuvat hoitajien työhön. Lääkärit kokevat, että yhteistyö on osaamisen täydentämistä. Työskentelyssä korostuu työparityöskentely. Yksikään lääkäri ei tee töitä yksin, vaan hänellä on työparina hoitaja. Lääkäreillä ja hoitajilla on eri ammatit, mutta työtovereita ollaan siitä huolimatta. Toimenpiteissä ollaan kaikki sitä toimenpiteen suorittamista varten. Tarkoituksena on mahdollistaa, että toimenpide saadaan suoritettua tehokkaasti ja turvallisesti. Tämän tehtävän sisällä jakautuvat roolit lääkärinä ja hoitajana.

”... samoja potilaita hoidetaan ja samaa työtä tehdään, niin minun mielestä on kuitenkin tarkat työtehtävät...”

”...Ei ole luutunut hierarkiaa, vaan se elää kaiken aikaa...”

”...Minä en selviä ilman hoitajaa ja hoitaja ei selviä ilman minua...”

”... tässä talossa on tällaisia pikku tiimejä, jotka tekevät sitä spesiaalilhommaa...”

Vastuun jakautuminen esitettiin hyvin selkeästi.

”...Lääketieteelliset hoitopäätökset tekee lääkäri ja hän niistä myös vastuun...”

”...lääkärin tulee tietää mitä tekee...”

Yhteistyön muuttuminen työuran varrella. Uran alussa hyvä sairaanhoitaja oli tärkeä asia. Uran alkuvaiheessa lääkäreillä oli helposti sellainen ajatusmalli, että lääkäri on herra ja hoitaja on hoitaja. Kokeneemmat hoitajat ”kouluttivat” asioiden suhteen. Nykyään haastatellut lääkärit kokevat, että heillä on kokeneempien hoitajien kanssa tietynlainen kumppanuussuhde. Urakehityksen edetessä ajatus yhteistyöstä sairaanhoitajien kanssa on muuttunut enemmän yhteistyön tekemiseksi.

”...Alkuun on tiedollisesti hyvin riippuvainen hoitajista...”

”...nojasi hirveästi hoitajan ammattitaitoon...”

Päivittäinen yhteistyö on lääkärien mielestä potilaanhoitoa, neuvon kysymistä ja kuuntelemista. Lääkärit kuvaavat, että sairaanhoitajilta saa parhaiten ja nopeimmin kokonaiskuvan potilaan tilanteesta. Keskustelun lisäksi lääkärit lukevat hoitajien kirjauksia. Sairaanhoitajilta kysytään neuvoa, mikäli he eivät jotain asiaa itse tiedä. Neuvon kysymistä esiintyy lähinnä erikoisosaamista vaativissa paikoissa. Toimenpiteiden tekemisen yhteydessä neuvon kysyminen liittyy lähinnä teknisiin asioihin. Lääkärit hyödyntävät sairaanhoitajien osaamista monessa asiassa. Kuuntelemisen osalta aineistosta ilmenee, että kuunnellessa hoitajia saa heiltä hyviä valmiita ehdotuksia.

”... potilaskierrolla hoitaja tuo esiin asioita...”

”... kysyn hoitajan mielipidettä vaikka lopullinen päätös jääkin minulle...”

Yhteistyön toimiminen. Toimiva yhteistyö lääkärien ja sairaanhoitajien välillä koettiin oleelliseksi ja keskeiseksi asiaksi. Lääkäreiden arvioissa yhteistyön toimintaa ilmaisu vaihtelivat siten, että yhteistyö toimii hyvin, huonosti tai varauksella. Lääkäreiden mukaan yhteistyö toimii kokonaisuudessaan hyvin. Silloin kun hoitajat ovat am-

mattitaitoisia, niin silloin yhteistyö toimii. Yhteishengestä toivottaisiin, että se olisi parempi. Varauksellisuutta toiminnassa aiheuttaa henkilökemiat.

”... se menee suurin piirtein elekielellä...”

”...Riippuu työpaikan hengestä, saako auttaa hoitajia heidän tehtävissä...”

Sairaanhoitajan kokemuksen vaikutus vaikuttaa yhteistyön toteutumiseen. Työpaarin kokonaiskokemus on merkitsevä. Lääkärit totesivat, että kokemattomamman kanssa työskentelystä tulee jossain määrin lääketieteen opettamista. Toimenpiteissä nuoremman ja kokemattomamman sairaanhoitajan kanssa täytyy olla tarkempaa. Kokematonta hoitajaa täytyy tavallaan vahtia, että tekeekö hän asiat niin kuin pitää. Nuoremmat hoitajat ovat kuitenkin lääkärin mukaan usein mukavampia työtovereita, koska heillä on uusia ja tuoreita ideoita. Nuoret hoitajat tuovat myös herkemmin esille poikkeavat asiat niitä huomatessaan. Kokeneen hoitajan kanssa tietoja enemminkin vaihdetaan, mikäli työssä tulee esiin jotain poikkeavaa. Muutoin kokeneen hoitajan kanssa ei työstä puhuta. Vanhemmat hoitajat uskaltavat lähestyä lääkäriä rohkeammin kuin nuoremmat hoitajat.

”...Kokemattoman kanssa (opiskelijat) työskentely muuttuu sellaiseksi tiedon jakamiseksi...”

”... Jos toimenpiteessä on yksi uusi kokematon hoitaja, niin se tekee homman etenemisestä kömpelömpää...”

”...kokenut hoitaja sanoo, että menee hyvin, niin en hetkeäkään epäile sitä...”

”... vaativaan leikkaukseen olen pyytänyt kokeneen hoitajan...”

5.2.2 Yhteistyön ongelmien ja onnistumisten ilmeneminen käytännössä

Sairaanhoitajat:

Toiminnan kokonaisuuden hahmottaminen. Sairaanhoitajien mukaan kokeneet lääkärit ja erikoislääkärit ymmärtävät hoitajan roolin tiimissä. Sitä vastoin erikoistuvat lääkärit eivät välttämättä tiedä hoitajan roolia. Nuoremmat lääkärit ovat kuitenkin

joustavampia. Kokonaisuuden huomioimisesta sairaanhoitajat ajattelevat, että lääkärit eivät välttämättä näe toiminnan kokonaisuutta. Tämä johtuu sairaanhoitajien mielestä siitä, että ei olla tarkkaavaisia ja perehdytä siihen, mitä työpaikalla tapahtuu. Sairaanhoitajien mielestä oletetaan liikaa, että hoitajat olisivat aina valmiita tulemaan töihin.

Toisen ammattiryhmän neuvominen. Sairaanhoitajat kokevat, että asiantuntevaa neuvoa saa heti, kun kysyy asioista. Sairaanhoitajien näkemyksen mukaan lääkärit eivät kuitenkaan halua, että hoitajat neuvovat heitä spontaanisti. Sairaanhoitajat pyrkivät välttämään neuvomista, eikä osa hoitajista ainakaan herkästi puutu lääkärin toimintaan neuvomalla heitä. Sairaanhoitajat kuitenkin puuttuisivat lääkärin toimintaan, mikäli he havaitsevat selkeän virheen.

”... On jopa lääkäreitä, jotka tavallaan tykkää siitä, että heiltä kysytään...”

”...jos lääkäri itse kysyy, niin hän on myöskin valmis ottamaan neuvon vastaan...”

Tiimin huomioimisessa on tärkeää kiitos ja positiivinen palaute. Kiitos ilmenee yleensä, kun lääkäri kiittää tiimiä hyvin sujuneesta toimenpiteestä. Rakentava palaute tulee useimmiten positiivisena. Sairaanhoitajien mukaan kritiikkiä ei niinkään kuule. Joskus lääkärit saattavat esittää tarkentavia kysymyksiä sairaanhoitajilta.

”...Lääkäri kiitti sen jälkeen, että tähän meni oikein hyvin...”

Hoitajien arvostamisesta sairaanhoitajilla on sellainen mielikuva, että lääkärit eivät välttämättä osaa arvostaa sitä mitä hoitajat tekevät. Nuoremmat lääkärit arvostavat sairaanhoitajien työtä, kun taas vanhemmat lääkärit arvostavat hoitajan työpanosta vähemmän. Ulkopuoliset lääkärit eivät sen sijaan arvosta paikallisten hoitajien osuudesta. Arvostusta on kuitenkin olemassa. Esimerkiksi asioiden etukäteen tiedottaminen osoittaa hoitajien työn arvostamista. Pienemmissä työyhteisöissä arvostus näkyy enemmän, koska työilmapiiriä ja yhteishenkeä pidetään yllä. Työtovereiden tunteminen auttaa myös arvostuksen syntymisessä. Sairaanhoitajien mukaan lääkärin näkemys hoitajien työn määrästä vaikuttaa arvostuksen ilmenemiseen. Lääkärit eivät välttämättä ymmärrä sitä, että hoitajilla menee aikaa omien tehtävien suorittamiseen. Täs-

tä johtuen sairaanhoitajille muodostuu helposti sellainen näkemys, että heitä pidetään ”hitaina tai hölmöinä”.

Kokemattoman lääkärin kanssa työskennellessä sairaanhoitajat pyrkivät antamaan hyvän kuvan itsestään. Esimerkiksi kokemattoman lääkärin kanssa työskennellessä hoitajat eivät tee ehdotuksia, mutta jos näkevät virheen toisivat he sen esiin. Kokematon lääkäri turvautuu hoitajiin ja hoitajien täytyy seurata kokemattoman lääkärin tekemisiä.

”...Kokeneen kanssa ei välttämättä tarvitse puhua mitään...”

”... kokeneen työparin kanssa keskustellaan niitä näitä työasioiden lisäksi...”

Yhteistyön onnistumisen ”avaimet”. Sairaanhoitajat totesivat motivaatiossa olevan kyse siitä, että jokainen miettii itse olenko valmis tähän työhön. Motivaatio ilmenee myös korkeana työmoraalina. Yksilöllisyys on lähinnä sitä, että huomioidaan toisten erityispiirteet. Yhteiset säännöt helpottavat yhteistyötä, koska jokaisen tietäessään säännöt, ei tarvitse vahtia toisten tekemistä.

Lääkärit:

Yhteistyön ”ontuminen” johtuu lääkärin mukaan mm. asioiden ilmaisusta. Tällä he tarkoittavat, että osa hoitajista tuo asioita esille jopa silloin kun näin ei pitäisi toimia. Tilannetajun tulisi toimia, että yhteistyö ei takertelisi. Lääkäreiden mielestä ongelmia tulee, jos sairaanhoitajat eivät ymmärrä miksi potilas on jossain tietyssä paikassa ja mitä ollaan tekemässä. Lääkärin näkemys on, että ongelmatilanteissa sairaanhoitajat syyttävät helposti lääkäreitä. Eräs yhteistyön ”ontumiseen” vaikuttava tekijä on asenne. heidän mukaansa kaikilla riittää tietotaso, mutta välittävätkö kaikki? On olemassa työtehtäviä, jotka osa sairaanhoitajista suorittaa, mutta osa jättää ne suorittamatta. Tällöinen toiminta hankaloittaa lääkärin mielestä yhteistyön tekemistä. Uuden lääkärin kohdalla yhteistyötä hankaloittaa se, että sairaanhoitajat testaavat tulokasta.

”... on asenne ongelma, jos hoitajan täytyy ottaa kantaa tilanteeseen...”,

”... silloin hoitaja pitää astua minun toimintareviirille, jolle hoitaja ei voi astua...”

Toimiva työyhteisö muodostuu lääkärien mukaan sitoutumisesta. Sitoutumista lisää esimerkiksi työn erityisluonne. Henkilökohtaisella taholla jokaisen työhön suhtautuminen vaikuttaa työhön sitoutumiseen. Lääkärit nostavat esiin, että työyhteisön tasa-arvoisuus lisää sitoutumista. Toimivan työyhteisön takana on myös työskentelykulttuuri. Lääkäreiden mukaan kaikkien tulee ymmärtää oma toimenkuvansa. Tämä johtaa siihen, että jokainen tekee työtä niin kuin sitä on totuttu tekemään. Osaaminen lisää työpaikan hyvää ilmapiiriä ja toimivaa yhteistyötä, koska silloin voidaan olla ylpeitä tiimistä, kun tiedetään, että kaikki osaavat työnsä. Toimivan yhteistyön taustalla on työtoveruus ja kollegiaalisuus. Lääkäreiden mukaan toiseen ammattiryhmään tulee suhtautua työtoverina. Kyseessä on tasavertaiset ihmiset. Tärkeää on toisten huomioon ottaminen, varsinkin työyhteisöissä, joissa kaikki ovat keskenään tuttuja.

”...Kun joka päivä teet samojen ihmisten kanssa töitä, niin se menee hyvin saumattomaksi se yhteistyö...”

”...Ei hierarkkisia rajoja -> hyvä henki...”

”... tehdään työt ja sitten jutellaan kavereitten kanssa...”

Lääkärit kokevat **sairaanhoitajilta tulevan arvostuksen** positiivisena. Lääkärit kokevat, että sairaanhoitajat arvostavat heidän osaamistaan ja he ovat kokeneet saavansa positiivista palautetta. Lääkärit kokevat tulevansa arvostetuksi työyhteisöjen jäsenenä, he uskovat myös, että heidän ammattitaitoonsa luotetaan. Arvostus ilmenee asenteissa ja mm. siinä, että ohjeet potilaan hoidosta toteutuvat eikä niistä tarvitse keskustella. Arvostuksen puutetta on ilmennyt lähinnä apulaislääkäriaikana. Lääkäreiden mukaan arvostus muodostuu ammattiryhmien sisäisissä keskusteluissa.

”... kyllähän sinä näet, jos ihminen on varuillaan...”

”... Arvostus täytyy tulla omasta työstä, omassa porukassa...”

5.2.3 Näkemyksiä yhteistyön toimimattomuuteen

Sairaanhoitajat:

Ongelmia yhteistyössä. Sairaanhoitajien mukaan vanhempien lääkärien kanssa yhteistyö ei toimi aivan kitkatta. Heidän mukaansa vanhempien lääkärien on vaikeampi oppia pois vanhoista tavoista. Ongelmia tuottavat myös eri sairaaloista tulevat lääkärit, heidän kanssaan yhteistyö koetaan aluksi hankalaksi. Asiaa ei voi kuitenkaan laajasti yleistää, koska on myös joitakin lääkäreitä joiden kanssa yhteistyö sujuu hyvin. Sairaanhoitajien mukaan henkilökemiat vaikuttavat yhteistyön ongelmallisuuteen. On tilanteita, että henkilökemiat eivät vain toimi. Lääkärin näkemys yhteistyöstä on joissakin tilanteissa erilainen kuin sairaanhoitajilla. Lääkärit näkevät asian vain omalta kannaltaan. Yhteistyön ongelmana on kollegiaalisen tuen puuttuminen. Esimerkiksi neuvotteluissa ja keskusteluissa sairaanhoitajat toivovat lääkäreiltä enemmän tukea.

Arvostuksen puute. Sairaanhoitajat kokevat, että hoitajat ovat eriarvoisessa asemassa, esimerkiksi palkkauksessa. Palkkauksen tulisi olla ajateltu samalla tavalla hoitajille ja lääkäreille. Korvaus tehdystä työstä jakautuu epätasaisesti. Se ymmärretään, että palkka ei voi olla sama kuin lääkäreillä, mutta siitä huolimatta sairaanhoitajien mielestä palkkaus on ala-arvoista. Arvostus on yksipuolista. Ensinnäkin arvostusta ei osoiteta ja toiseksi sairaanhoitajat arvostavat enemmän lääkäreitä kuin toisinpäin.

Ammatilliset erot ovat ongelma yhteistyölle. Aineiston mukaan koulutus aiheuttaa kuilun ammattiryhmien välille. Ongelmia aiheuttaa se, että lääkäreillä ja sairaanhoitajilla on näkemyseroja asioista. Sairaanhoitajien mukaan tasavertaisuus ei toteudu aina, koska ei käydä keskusteluja samalla tasolla lääkärien kanssa. Lisäksi nuoremmat sairaanhoitajat saattavat jännittää lääkäreitä ja tämä aiheuttaa ongelmia.

”... Ajatukset eivät kohtaa...”

Toisen ammattiryhmän ymmärtäminen on puutteellista. Toki sairaanhoitajat tuovat esiin, että toiset lääkärit ymmärtävät sairaanhoitajan työmäärän, mutta toiset eivät. Sairaanhoitajien mielestä lääkärin tulisi ymmärtää, että hoitajan työ vie oman aikansa. Tässä seikassa sairaanhoitajat kokevat, että ymmärrystä ei riitä molemmin puolin.

Toisen ammattiryhmän ymmärtämistä hankaloittaa työhön sitoutuminen. Sairaanhoidajat toteavat, että lääkärit sitoutuvat työhön voimakkaammin kuin sairaanhoitajat.

”...Ennen ois pitäny osata käyttää uusia laitteita vaikka ei olisi osannutkaan...”,

”...Toiset (lääkärit) ymmärtävät hoitajan työmäärän ja toiset eivät...”

”...Joskus tuntuu, että sairaanhoitaja on vain välttämätön paha...”.

Sairaanhoitajienhoitajien työkuorma ja työt lisääntyvät koko ajan. Sairaanhoidajat ovat sitä mieltä, että hoitajilla on liikaa tehtäviä. On olemassa oletus, että hoitajat hoitavat, jos kukaan muu ei ehdi asioita hoitaa.

”...Lisä henkilökunta pitäisi kohdentaa oikeaan paikkaan...”.

Yhteistyön ongelmien tiedostaminen. Sairaanhoidajat kokevat yhteistyön lääkärien kanssa joskus ongelmalliseksi. Ongelma voi heidän mukaan esiintyä esimerkiksi pelkästään tietyssä työvuorossa. Tarkemmin sairaanhoidajat eivät pysty määrittelemään minkälaisesta ongelmasta on kysymys. Oman kokemuksen lisäksi sairaanhoidajat ovat kuulleet, että sairaanhoitajien ja lääkärien välisessä yhteistyössä on ongelmia myös muualla kuin omassa yksikössä.

Sairaanhoidajat **kyseenalaistavat** kaksi asiaa. Sairaanhoidajat kyseenalaistavat sen, ketä hoidetaan, hoidetaanko potilaita vai lääkäreitä ja heidän tarpeitaan. Toinen kyseenalaistettava asia on suosikkijärjestys. Tällä tarkoitetaan sitä, että toisilla lääkäreillä on omat suosikkihoitajat, joita he suosivat esimerkiksi toimenpiteiden suunnittelussa.

”... ollaanko me lääkärin hoitajia edelleen...”

Lääkärit:

Ongelmia yhteistyössä ilmenee lääkärien mukaan työpaikka- ja työyhteisökohtaisesti. Toimipaikkakohtaisia ongelmia esiintyy vain tietyissä toimipisteissä. Toimipisteessä, jossa ongelmia esiintyy, työskentely ei ole sujuvaa eikä suju niin hyvässä hengessä

kuin muissa sijoituspaikoissa. Lääkärit ovat sitä mieltä, että sairaanhoitajien motivaatio aiheuttaa ongelmia yhteistyössä. Asennoituminen voi myös aiheuttaa ongelmia yhteistyössä, omaan työnkuvaan kyllästyminen on ongelmallista yhteistyön kannalta. Se nähdään lääkärien mukaan asennekysymyksenä. Esimerkiksi kokoneiden hoitajien kanssa voi olla ongelmallista se, että ei jakseta keskittyä meneillä olevaan työhön. Muutos on myös asia, joka aiheuttaa kitkaa yhteistyön toteutumiselle. Lääkäreiden esittämänä seikkana nousi esiin, että jatkuva muutos kuluttaa ihmisiä. Lisäksi pienissä yhteisöissä pienistäkin asioista muodostuu ongelma, kun ei ole oikeita ongelmia ratkaistavana. Lääkärit nostavat esiin myös, että yhteistyötä haittaava tekijä on hoitohenkilökunnan sisäiset ristiriidat, jotka näkyvät lääkäreille. Käsiteltäessä käsitettä henkilökunta, ovat lääkärit huomanneet että lääkärit helposti unohdetaan asian ulkopuolelle.

”... tuntuu että hoitajat eivät ole siinä pestissä ” valtavan motivoituneita” ... ”

”...on henkilökunta ja sitten on nuo lääkärit...”

Persoonat ja henkilökemiat voivat lääkäreiden mukaan haitata yhteistyötä. Työyhteisöissä on tiettyjä yksittäisiä henkilöitä tai persoonia, joiden kanssa yhteistyö voisi toimia paremminkin. Voimakkaat persoonallisuudet pienissä yhteisöissä korostavat lääkäreiden mukaan pieniäkin asioita. Lääkärit toteavat, että tietyissä tilanteissa kärsimättömyys voi ärsyttää yhteistyökumppania.

”... lääkärin on pakko sopeutua siihen persoonaan, että se työ onnistuu...”

Arvostus voi olla ”kompastuskivi” yhteistyölle. Ongelmallisena lääkärit näkevät sairaanhoitajien ja lääkäreiden välisen arvostuksen epäsuhdan.

5.2.4 Yhteistyön uhat

Sairaanhoidajat:

Työaika on uhka yhteistyölle. Tähän seikkaan liittyvät yhteiset sopimukset. Sairaanhoidajia askarruttaa esimerkiksi, että noudatetaanko sovittuja kriteerejä hoitajien työhön hälyttämisestä. Normaalit muutokset työajoissa ei sairaanhoidajien mielestä sinällään uhkaa yhteistyötä.

”... Jos siinä ajatellaan vaan sitä rahaa ja meidät hälytetään kotoa väärin perustein, niin ei meillä ole hirveen suurta intressiä ja halukkuutta, että sen takia tultiin yöllä, että lääkäri saa hyvät rahat...”

Työmäärän lisääntyminen uhkaa sairaanhoidajien mielestä yhteistyötä. Henkilökuntamäärän väheneminen jakaa mielipiteitä. Toisaalta se ei heikennä yhteistyötä, mutta toisaalta työmäärän lisääntymisestä ja henkilökunnan vähenemisestä seuraava uupuminen on sairaanhoidajien mukaan uhka yhteistyön toteutumiselle. Huonot resurssit uhkaavat ammattiryhmien välistä yhteistyötä.

”... Työ tehdään lääkäreiden puolesta, saamatta korvausta, jos toimialuetta laajennetaan...”

”... Työt lisääntyvät ja väki vähenee -> huonontaa yhteistyötä...”

”... Kiire ja alimitoitettu henkilökunta huonontaa yhteistyötä...”

”... hoitajapula uhkaa yhteistyötä...”

”...Onko kymmenen vuoden päästä enää työntekijöitä...”

”... Varaa ei ole rakentaa uusia sairaaloita eikä hankkia henkilökuntaa...”

Sairaanhoidajien mielestä **persoonakysymykset** ovat uhka yhteistyölle. Erilaisten persoonien välillä syntyvät konfliktitilanteet voivat olla sairaanhoidajien mielestä este yhdessä työskentelylle. Aineiston mukaan tällainen tilanne olisi mahdollista, jos esimerkiksi kaksi henkilöä olisi yhteen sopimattomia. Ammatillisista persoonallisuuksista sairaanhoidajat kuvaavat, että liiallinen ammattilypeys voi olla este yhteistyön tekemiselle.

Työyhteisön mallit ja kulttuuri voivat uhata yhteistyötä. Sairaanhoitajien mielestä pienessä työyhteisössä arvostelu on riski. Lisäksi pienessä työyhteisössä on myös riski tulla liian tutuksi työkavereiden kanssa. Työyhteisöissä syntyvät pienet ryhmitymät ovat uhka yhteistyölle.

Lääkärit:

Tiukat rajat ovat lääkärien mielestä uhkana ammattiryhmien välisen yhteistyön onnistumiselle. Lääkäriin ollessa ehdottoman tiukka omasta työnkuvastaan, heijastuu se negatiivisesti hoitajan työskentelyyn. Lääkärien mukaan huono asennoituminen työhön on uhka yhteistyölle.

Toisen ammattiryhmän puuttuminen on myös uhka yhteistyölle. Tällä lääkärit tarkoittavat, että on pula työntekijöistä. Kun on pula ammattitaitoisista hoitajista, aiheuttaa se lisätöitä lääkäreille. Lääkäriin kannalta ajatellen konflikteja voi aiheuttaa se, että on koko ajan kiire.

Palkkaus on uhka yhteistyön toteutumiselle. Haastatteluissa ilmenee lääkärien mielipide siitä, että hoitajat ovat alipalkattuja. Palkkausta pidetään lääkärien näkökulmasta uhkana yhteistyölle, koska heidän mielestään se on uhka organisaatiolle. Lääkärit ovat huolissaan siitä, että tiimit hajoavat, mikäli palkkauksesta ei huolehdita. Palkkaussasiat eivät uhkaa kuitenkaan päivittäistä toimintaa.

”... me olemme niin paremmin palkattuja kuin hoitajat...”

”...Palkkojen epäsuhta hoitajien ja lääkäreiden välillä...ihmisiä lähtee muihin hommiin...”

5.2.5 Yhteistyön onnistumisen edut

Sairaanhoitajat:

Kommunikointi toimii silloin kun yhteistyö toimii. Sairaanhoitajien mielestä asioiden esittäminen on helpompaa lääkäreille. Yhteistyön toimiessa uskalletaan esittää

”tyhmiäkin” kysymyksiä ja saa siten lisäkoulutusta. Sukupolvenvaihdos vaikuttaa kommunikointiin, toisin sanoen lääkäreiden ikä vaikuttaa asiaan.

Päämääränä on potilas. Sairaanhoitajat toteavat, että töissä ollaan potilasta varten. Tarkoituksena on, että ei palvella toista ammattiryhmää vaan hoidetaan potilasta ja keskitytään siihen mitä ollaan tekemässä. Tavoitteena on lopputulos ja että potilaan hoito on sujuvaa.

Viihtyvyyttä sairaanhoitajat kuvaavat **turvallisuudella**. Pienessä työyhteisössä tunnetaan toiset työntekijät paremmin ja se lisää turvallisuutta.

”...Yhteistyön toimiessa työpaikka tuntuu ihmisistä paremmalta paikalta...”

”... Eihän me tuolla oltaisi jos ei me voitais tehdä yhteistyötä...”

Työtoveruus merkitsee sairaanhoitajien mukaan **tasavertaisuutta**. Töissä ollaan enemmänkin kavereita. Hyvässä työpaikassa ei tule sellaista oloa, että lääkäri asettaisi itseään ylempään asemaan. Työtoveruuteen liittyy myös luotettavuus. Kun oppii tuntemaan toiset ja heidän toimintatapansa, niin voi luottaa toisiin.

Viihtyvyys ja työn sujuvuus. On oman edun mukaista, että yhteistyö on sujuvaa ja tehdään työt tietyllä rutiinilla. Lääkärienkin on helpompi tehdä töitä, kun on tuttu hoitaja. Kun on hyvä työporukka, tulee kaikkien kanssa toimeen ja työ sujuu.

Työrauhan takaa osaaminen. Sairaanhoitajien mukaan osaava henkilökunta takaa myös sen, että ei tarvitse puuttua toisten tekemisiin ja voi keskittyä omaan tekemiseen.

”... Osaavan henkilökunnan myötä kireys on jäänyt pois...”

Lääkärit:

Luottamus on lääkärien mukaan tietoisuus hoidon toteutumisesta. Se on yksinkertaisesti sitä, että voi luottaa sairaanhoitajien osaavan toteuttaa suunnitellut tehtävät.

”... lääkarillä pitää olla niin kun varmuus siitä, et jos hän antaa ohjeet niin ohjeita pyritään toteuttamaan...”.

Avoimuus tarkoittaa lääkärin mielestä välitöntä ilmapiiriä. Esimerkiksi hoitoon liittyvät asiat sanotaan suoraan. Avoimuudella tarkoitetaan myös sitä, että sairaanhoitajat uskaltavat esittää asioita.

Tavoitteena on **yhteisen päämäärän saavuttaminen**. Lääkärin mukaan kummatkin ammattiryhmät työskentelevät potilaan parhaaksi.

”...potilastahan siinä hoidetaan eikä opettelevan lääkärin egoa...”.

Työn tehostuminen on yhteistyön onnistumisen etu. Työn tehostumisella lääkärit tarkoittavat yhteistyötä. Kyse ei ole tuolloin yhden ihmisen ammattitaidosta vaan työparin yhteenlasketusta ammattitaidosta. Tällöin työteho kohoaa potenssiin kaksi.

”... kyllähän useampi silmä näkee enemmän kuin yksi silmäpari...”.

5.3 Ehdotuksia yhteistyön kehittämiseksi

Tämän tutkimuskysymyksen ryhmittely on koottu hieman eritavalla kuin kaksi edellistä. Tutkimuskysymyksen alapuolelle on ryhmitelty ammattiryhmittäin suoraan pienempiä kategorioita, ilman väliotsikoita. Tämän vuoksi käsittekaaviokin (Taulukko 5) poikkeaa hieman aikaisemmista.

TAULUKKO 5. Käsittekaavio yhteistyön kehittämiseksi annetuista ehdotuksista

Ehdotuksia yhteistyön kehittämiseksi	
sairaanhoitajat	lääkärit
<ul style="list-style-type: none"> • toisen ammattiryhmän tunteminen • yhdenmukainen toiminta • ryhmässä toimiminen • tehtävien rajausta • koulutus ja kehittämistapahtumat • suhtautuminen omaan ammattiin • toiveita työnantajalle • uudistuminen 	<ul style="list-style-type: none"> • tehtävien rajausta • kehittäminen jokapäiväisessä käytännön työssä • avoin keskustelu • tapahtumat • toiveita työnantajalle • kirjalliset työt

Toisen ammattiryhmän tunteminen on tärkeä asia. Lääkäreitä tulisi perehdyttää siihen, mitä sairaanhoitajat tekevät. Lääkärien olisi hyvä tutustua käytännössä sairaanhoitajien tehtäviin. Ajatuksena nousi esiin, että lääkärit voisivat tulla konkreettisesti mukaan sairaanhoitajien perehdytykseen. Kaikkien tietäessä toistensa tehtävät lisääntyisi toisen ammattiryhmän arvostus. Mm. erikoistuvat lääkärit voisivat olla erinäisissä toimenpiteissä sairaanhoitajan kanssa, ihan opetuksen kannalta. Toisen ammattiryhmän työn tunteminen lisääisi työrauhaa suorittaa työt kunnolla ja loppuun asti. Toisen ammattiryhmän työn tunteminen lisääisi kommunikaatiota ammattiryhmien välillä.

Yhdenmukaisella toiminnalla sairaanhoitajat hakevat yhdenmukaista toimintamallia. Olisi tarkoituksenmukaista, että kaikki tekisivät asiat samalla tavalla. Oikeiden

henkilöiden saaminen oikeaan paikkaan helpottuisi. Protokollien laadinta yhteistyönä olisi hyvä asia.

Ryhmässä toimiminen. Henkilökohtaisella tasolla sairaanhoitajat peräänkuuluttavat käyttäytymistä. Jokaisen tulisi henkilökohtaisesti miettiä, kuinka kohtelee toisia työyhteisön jäseniä. Ei ole tarkoituksenmukaista puhua selän takana ja kahdenkeskeisistä asioista sanottaisiin kahden kesken. Henkilökohtaisuudet tulisi jättää kokonaan pois palautteenannossa. Suvaitsevaisuus on sairaanhoitajien mielestä tärkeä asia. Työkaverit tulisi hyväksyä sellaisina, kuin he ovat. Palautteen saaminen parantaisi yhteistyötä. Kiitosta tulisi muistaa antaa molemmiin puolin. Palautteen tulisi olla rehellistä, asioista tulisi uskaltaa puhua avoimesti ja keskustelujen pohjalta tulisi myös toimia. Kehittymisen kannalta asioiden läpikäynti ryhmässä olisi hyvä asia. Ryhmässä olisi hyvä käydä läpi varsinkin vaikeita tilanteita. Lisäksi lääkärin osallistuminen, mm. potilaiden siirtoihin, parantaisi yhteistyötä ja lisäisi yhdenmukaisuutta. Yhteisöllisyyden kannalta olisi tärkeää, että työyhteisön sisälle ei muodostuisi pienryhmiä. Yhdessä tulisi miettiä, kuinka työ saataisiin sujuvammaksi. Kriisit ja konfliktit tulisi sairaanhoitajien mielestä käydä yhdessä läpi. Toisten ymmärtäminen ja kunnioittaminen on tärkeä asia. Työtovereihin luottaminen lisää yhteistyön toimivuutta.

”... erilaisuus voi olla rikkaus...”

”... Olisi kiva saada välitöntä palautetta tehdyistä hoitotoimenpiteistä...”

”... Yhdessä tehdään ja yhdessä onnistutaan...”

”... Lääkäri voisi osallistua alkuvalmisteluihin...”

Tehtävien rajaus. Tehtävien tarkistuksessa voitaisiin tarkistaa tehtävien rajauksia yleisellä tasolla. Tehtävänkuvan laajeneminen lisäisi sairaanhoitajien mielestä työn mielekkyyttä. Tehtävien rajaus kuitenkin on riippuvainen siitä, että mistä tehtävästä on kyse. Esiin nousi myös, että tehtävien rajaukset ovat ihan kohdillaan ja sairaanhoitajat ajattelevat, että heille ei voi antaa enempää vastuuta. Sairaanhoitajilta lääkäreille siirtyvät tehtävät voisivat olla pieniä jokapäiväisiä juttuja, esimerkiksi vastaanotolla verenpaineen mittaamiset ja potilaskontaktit puhelimitse. Toisaalta sairaanhoitajat voisivat ottaa lääkäreiltä tehtäväkseen pieniä erinäisiä toimenpiteitä. Tämä tosin vaatii koulutusta ja harjoittelua ennen toteutumista.

”... Se mikä toiselta otetaan pois, mikä siihen tilalle...”

Koulutus ja kehittämistapahtumat. Sairaanhoitajien mukaan voisi käyttää mm. koulutuksia, esimerkiksi luentoja psykologiselta puolelta. Toiveena olisi, että pääsisi koulutuksiin automaattisesti. Yhdessä tekeminen olisi sairaanhoitajien mielestä hyvä kehittämiskeino. Yhdessä tekeminen käsittäisi yhteiset tapahtumat, joissa käsiteltäisiin yhteisiä asioita. Toiveena on myös enemmän lääkärin kanssa pidettäviä yhteisiä osastokokouksia. Tutustumiskohteisiin olisi hyvä mennä ryhmänä, jossa on sairaanhoitajia ja lääkäreitä. Kehittämistapahtumat tulisi olla säännöllisesti työpaikan ulkopuolella tapahtuvia kehittämispäiviä. Informaatiota sairaanhoitajat toivoisivat saavansa enemmän. Informaatioita toivottaisiin esimerkiksi tutkimuksista, joita on meneillään tai alkamaisillaan.

Sairaanhoitajat nostivat esiin, että oman ammattiryhmän **suhtautuminen omaan ammattiin** vaikuttaa yhteistyöhön.

”... Hoitajan on itse arvostettava omaa asiantuntijuutta, ennen kuin sitä arvostaa muut...”

Toiveita työnantajalle. Sairaanhoitajat toivovat, että pidetään huolta työolosuhteista ja kiitos olisi myös paikallaan. Palkkauksen tulisi olla tehtävien mukainen ja työ muuttuisi ihan erilaiseksi, mikäli henkilökuntaa lisättäisiin.

Uudistuminen on sitä, että kyseenalaistetaan vanhoja asioita. Jotta voitaisiin kyseenalaistaa vanhaa, tulisi sairaanhoitajien mukaan koko henkilökunnan sitoutua uusiin asioihin. Sairaanhoitajat olisivat valmiita ryhtymään kehitysprosessiin, jossa on kaikkia ammattiryhmiä mukana.

Lääkärit:

Tehtävien rajausta voidaan lääkärin mielestä tarkistaa sairaanhoitajien ja lääkärin välillä. Ainakin niistä voidaan käydä keskustelua. Lääkärit toteavat, että tehtävänrajauksia on tavallaan jo tarkastettu. Tosin lääkärin tehtäviä on siirtynyt enemmän lääkäreiltä hoitajille, kuin toisin päin. Rajankäyntiä on koko ajan ja tehtävien jako elää

koko ajan ja toimenkuvarajauksen ei tule lääkärrien mielestä olla hirveän tarkka. Työnkuvan tulee muuttua kaiken aikaa, eikä rajoittavaa työnjakoa tulisi olla.

”... työsopimuskysymys, mitä on sovittu, mitä lääkärit laittaa ja mitä hoitajat laittaa...”

”... joku ottaa aina sen tietyn roolin johon kuuluu tietyt asiat...”

Kehittäminen jokapäiväisessä käytännössä. Lääkärrien mielestä työn kehittäminen jokapäiväisessä työskentelyssä tapahtuu niiden toimesta, jotka sitä työtä tekevät. Käytäntö elää koko ajan ja siksi tekijöiden tulee arvioida sitä. Jokapäiväistä yhteistyötä kehittää se, että ihmiset hakeutuvat tehtäviin vapaaehtoisesti. Jokainen voi kehittää päivittäistä yhteistyötä omalla persoonallaan. Jokainen voisi omalla kohdallaan myös miettiä, että olisiko parantamisen varaa esimerkiksi käyttäytymisessä. Lääkärit esittävät, että käytännön hoituminen olisi se ”avainsana”.

Avoin keskustelu olisi yhteistyön kehittämismuoto. Lääkärit kokevat, että keskustelua tulisi käydä yhteistyön toimivuudesta. Oman ammattiryhmän sisällä on turha kritisoida asioita, jos asioista ei koskaan keskustele sen toisen ammattiryhmän kanssa. Lääkärrien mielestä vuorovaikutussuhteissa olisi parantamisen varaa. Ensinnäkin selän takana puhumista tulisi välttää. Esiin nousi myös, että juteltaessa paljon muustakin kuin työstä, ihmiset muuttuvat enemmän työtovereista persooniksi.

”... demokraattinen kokous missä kaikki on ihmisinä paikalla...”

Lääkärit esittävät, että sosiaalista yhteistyötä voidaan parantaa **tapahtumilla**. Tapah- tumilla voidaan luoda enemmän yhteenkuuluvuuden tunnetta ja samaan joukkoon kuulumisen tunnetta. Lääkärit ehdottavat myös, että olisi hyvä pitää kehittämissemi- naari ryhmätyön kehittämiseksi. Ihmisiin tutustuminen olisi tärkeää. Massiiviset tyky- päivät ovat huonoja, kehittäminen tulisi tehdä pienissä ryhmissä. Yhteiset koulutusti- laisuudet olisivat hyvä keino yhteistyön kehittämiseksi. Koulutukset voisivat sisältää mm. yksilön sisäistä koulutusta. Yhteiset osastokokoukset olisivat hyviä tilaisuuksia tuoda esiin ongelmakohtia.

”... oppisi tuntemaan toisen siviili minää paremmin, niin helpottaisi...”

Toiveena työnantajalle lääkärit esittävät, että työntekijöistä pidetään huolta. Työnantajan tulisi sitouttaa työntekijöitä, motivoida heitä. Esimerkkinä esiin nousee palkkaus.

Lääkärit ovat valmiita ryhtymään **kirjallisiin töihin**. Heidän mielestään voisi laatia ohjeistuksia, protokollia, jotta asiat olisivat selkeästi ohjeistettuja. Laatukäsikirjat olisivat myös lääkäreiden mieleen.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tämän opinnäytteen tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien ja lääkärien välistä yhteistyötä. Ammattiryhmien välistä toimintaa tutkimalla oli tavoitteena saada tietoa, jonka avulla voidaan kehittää edellä mainittujen ammattiryhmien yhteistyötä. Parhaaksi tiedonkeruumenetelmäksi osoittautui sairaanhoitajien ja lääkärien haastattelu teemahaastatteluina. Laadulliseen tutkimukseen päädyttiin myös siksi, että tutkittavasta aiheesta oli jo olemassa tilastollista tietoa. Haastatteluaineistolla oli mahdollista saada selittäviä vastauksia olemassa olevien tilastollisten tulostulosten taustalle.

Tutkimusjoukko

Tutkimusta varten haastateltavina olivat sairaanhoitajat ja lääkärit. Haastateltavat osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti, tämä lisää aineiston luotettavuutta. Epätasapainoa aineiston keruussa aiheuttaa se, että sairaanhoitajien edustajia haastateltiin neljää henkilöä, mutta lääkärien edustajia oli vain kolme. Tästä huolimatta lääkärien haastatteluista kertynyttä aineistoa oli runsaasti ja siitä saatiin riittävästi informaatiota tutkimusta varten. Voidaan siis katsoa, että aineistoa on riittävästi ja se on relevanttia laadullisen tutkimuksen tuloksia ajatellen. Kaikki informantit kuvasivat asioita laajasti ja monipuolisesti. Sairaanhoitajien laaja kirjo työkokemuksessa ja lääkärien eri erikoisalajat lisäävät aineiston laajuutta. Tutkimuksen aineiston luotettavuutta lisää myös se, että haastateltavat olivat harkiten valittuja. Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että henkilöt, joilta tietoa kerätään, tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tai heillä on kokemusta asiasta (Tuomi & Sarajärvi, 2002). Aineiston luotettavuuden kannalta tiedonantajien vallinnan ei tule olla satunnaista vaan harkittua ja tarkoitukseen sopivaa.

Mittari

Haastattelun luotettavuus riippuu haastattelun laadusta. Haastattelu laatua voidaan parantaa tarkkuudella ja huolellisella litteroinnilla haastattelujen jälkeen. Tällä tarkoitetaan sitä, että haastattelut litteroidaan esimerkiksi niin pian kuin mahdollista haas-

tattelujen jälkeen. Haastatteluaineistoa ei voida sanoa luotettavaksi, mikäli tallenteiden kuuluvuus on huono. Luotettavuutta heikentää myös litteroinnin sääntöjen muuttuminen litteroinnin eri vaiheissa. Tarkkuus koskee tietysti kaikkia tutkimuksen vaiheita (Hirsjärvi & Hurme, 2000.) Haastatteluista kertynyt aineisto litteroitiin sanasta sanaan ja analysoitiin sisällön analyysillä, kuten kappaleessa 4.4 on esitetty. Aineiston analyysin eteneminen on kuvattu tarkasti ja analyysissä on pyritty mahdollisimman suureen objektiivisuuteen. Opinnäytteen tekijä on pyrkinyt asettumaan objektiivisen tarkkailijan rooliin. Tällä tavoin saadaan ilmiöstä laajempi kuva, kuin olemalla mukana subjektiivisena toimijana. Mikäli tutkija on toimijana, saattaisi näkemys jäädä tutkittavasta ilmiöstä liian suppeaksi ja kenties subjektiiviseksi. Laajempi näkökulma antaa tutkittavasta asiasta luotettavampaa tietoa.

Tutkimuksen reliabiliteetti

Reliabiliteetti on käsitteenä yhdistetty yleisimmin määrälliseen tutkimukseen. Laadullisen tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa sitä, että mittaustulokset ovat toistettavissa. Toisin sanoen reliabiliteetilla tarkoitetaan sitä, että tutkittaessa samaa ilmiötä saadaan kahdella tutkimuskerralla sama tulos. Jos kuitenkin oletetaan, että ihmiselle on ominaista ajassa tapahtuva muutos, tästä tutkimustuloksiin kohdistuvasta määritelmästä on luovuttava varsinkin silloin, kun kyseessä on muuttuvat ominaisuudet. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2005.)

Tämän opinnäytteen kohdalla muuttuvia tekijöitä ovat ihmisten ajatukset, asenteet ja mahdollisesti toiminta tutkittavan ilmiön alueella. Tutkittavien ajatukset voivat muuttua tutkittavasta aiheesta ja silloin tutkimusta toistettaessa tulokset voivat muuttua. Toisaalta nyt saadut tulokset ovat ihmisten esiin tuomia ajatuksia tutkittavasta aiheesta, jolloin se on tämän hetkinen näkemys asiasta. Tulevaisuudessa tapahtuvat muutokset ajatusmaailmassa voivat viitata asioiden kehittymisestä positiiviseen suuntaan. Tämän tutkimuksen tulosten toistettavuus on mahdollista tällä hetkellä, mutta vain tiettyyn rajaan asti.

Tutkimuksen validiteetti

Validiteetti tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoitus mitata. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2005.) Myös validiteetin käsite, kuten myös reliabiliteetti, on peräisin kvantitatiivisesta tutkimuksesta. Voidaan kui-

tenkin ajatella, että puolistrukturoidulla haastattelulla on ennustusvalidiutta, jos se on pystynyt lausumaan myöhemmin todennettavan kuvan tulevaisuudesta. Kuitenkin on huomioitava, että kyse ei ole menetelmän validiteetista, vaan menetelmästä sellaisenaan, kuin sitä on käytetty juuri kyseessä olevassa tutkimuksessa. Ennustevalidius tarkoittaa sitä, että yhdestä tutkimuskerrasta pystytään ennustamaan myöhempien tutkimuskertojen tulos. (Hirsjärvi & Hurme, 2000.)

Teemahaastattelut olivat onnistunut valinta, sillä niiden avulla pystyttiin kohdentamaan haastattelut onnistuneesti ja saatiin kattavasti vastauksia tutkimuskysymyksiin. Opinnäytetyön tuloksista voidaan löytää kohdennettavia kehittämisalueita. Voidaan myös ennustaa, että sairaanhoitajien ja lääkärin välinen yhteistyö paranee, mikäli asioihin kiinnitetään aktiivisesti huomiota. Pelkästään asioiden työyhteisössä esiin nostaminen voi muuttaa tutkittua ilmiötä positiiviseen suuntaan. Tällöin on otettu asia käsiteltäväksi, mutta yhteistyön kehittyminen vaatii edelleen aktiivisia toimia.

6.2 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tuloksia on tarkasteltu tutkimuskysymyksittäin. Myös johtopäätökset esitetään tutkimuskysymysasettelun mukaisesti. Johtopäätösten yhteydessä esitetään aikaisempien tutkimustietojen avulla kehittämisideoita sairaanhoitajien ja lääkärin yhteistyön edistämiseksi työyhteisössä.

Miten sairaanhoitajat ja lääkärit ymmärtävät toistensa asiantuntijuuden?

Pintapuolisesti ja näennäisesti toisen ammattiryhmän asiantuntijuus ja työnkuva ovat tiedossa, mutta syvemmin pohdittaessa ei kuitenkaan tiedetä mitä toisen ammattiryhmän työ sisältää. Tilanne on ilmeinen puolin ja toisin. On kuitenkin havaittavissa, että sairaanhoitajilla on hiukan parempi tuntemus lääkärin työstä kuin toisin päin.

Sairanhoitajilla ei ole syvällisempää kuvaa lääkärin toimenkuvasta, vaikkakin osasivat luetella enemmän konkreettisia tehtäviä joita lääkäreille kuuluu. Esimerkiksi seuraava haastatteluista poimittu suora lainaus kuvaa siitä, että ei tunneta riittävästi yhteistyötahon työtä, ”...mitä kaikkea he tekevät sitä minun on vaikea tietää...”. Lää-

kärien haastatteluista nousi esiin seuraavanlainen lausahdus, joka kuvaa hyvin tietämättömyyttä yhteistyöammattiryhmän työstä, ”...*loppujen lopuksi en konkreettisesti oikein tiedä minkälaista se työ on ja mitä se oikein vaatii...*”. Lääkärit osasivat kuvailla kuinka sairaanhoitajat hahmottavat kokonaisuuden hyvin ja huolehtivat potilaasta, mutta käsitys hoitajan toiminnasta on kuitenkin lääketieteelliseen näkökulmaan sidonnainen.

Kumpikin ammattiryhmä pitää toisiaan asiantuntevana. Sairaanhoitajien näkemys lääkärien tiedoista ja taidoista on, että he tietävät mitä tekevät ja tietävät mitä potilaalle täytyy tehdä. Lääkärien mukaan sairaanhoitajien asiantuntemus ja sen muodostuminen koostuu käytännön osaamisesta ja teorian tiedosta. Arvostus toista ammattiryhmää kohtaan on kohdallaan. Kuitenkin eriarvoisuutta nähdään varsinkin palkitsemissä. Kummatkin osapuolet pitävät palkkakuilua liian suurena ammattiryhmien välillä. Seuraavasta suorasta lainauksesta käy ilmi lääkärien käsitys palkka-asiasta: ”... *me olemme niin paremmin palkattuja kuin hoitajat...*”.

Johtopäätös:

Jotta päästäisiin toiminnassa lähemmäksi kollegiaalisempaa toimintaa, tulisi tuntea toisen ammattiryhmän toimintaa ja työnkuvaa syvällisemmin. Tuolloin voitaisiin hyödyntää toisen ammattiryhmän osaamista ja vahvuuksia yhteiseen päämäärään pääsemiseksi. Näin kehittyisi yhteisöllinen asiantuntemus aivan uudelle tasolle. Toisen ammattiryhmän tuntemista ja työn sisällön tuntemista voidaan parantaa esimerkiksi laajalla vuorovaikutuksella, kuten McClain (1988) toteaa tiedonkulusta hoitajien ja lääkärien välillä. Hänen mukaansa vuorovaikutuksen tulee olla muutakin kuin tietojen vaihtamista. Myös Iisakka (2008) nostaa esiin, että vuorovaikutus ammattiryhmien välillä parantaa yhteistyötä. Samassa yhteydessä Iisakka esittää, että tiedottaminen ja keskustelu ja yhdessä tekeminen ovat yhteistyötä kehittäviä toimintatapoja. Kuten Iisakka (2008), McClain (1988) ovat tutkimuksissaan todenneet, laajempaa vuorovaikutusta tulee lisätä, jotta ammattiryhmien välinen yhteistyö saadaan paremmalle tasolle. Teorian ja tulosten mukaan sairaanhoitajien lääkärien tulisi käydä tasavertaisia keskusteluja työn tekemisestä ja ryhmässä toimimisesta. Olisiko hyvä kehittää esimerkiksi tiimityöskentelyä? Tällöin hyödynnettäisiin moniammatillista ja yhteisöllistä asiantuntijuutta.

Mitä on sairaanhoitajien ja lääkärien välinen yhteistyö?

Tasavertaiseen yhteistyöhön pääsemiseksi tulee sairaanhoitajien nostaa omaa ammatti-identiteettiään ja professionaalisuuttaan. Mitä tulee sairaanhoidon asiantuntemukseen, luokiteltiin sairaanhoito ja perushoito asiantuntijatyöksi vuoden 1997 ammattiluokituksessa. Tällöin sairaanhoitajat määriteltiin erityisasiantuntijoiksi ja perushoitajat asiantuntijoiksi. Vuoden 2001 ammattiluokituksessa sairaanhoitajat saavatkin enää vain asiantuntijan statuksen ja perushoitajat hoitotyöntekijöiden statuksen. (Eriksson, 2002.) Lääkärien työ kuitenkin luokitellaan professioksi. Profiisit ovat ammatteja, joille historiassa uskottiin yksin oikeus tietyn alan ammatilliseen toimintaan, tähän toimintaan oikeutti tietty koulutus ja tutkinto (Henriksson & Wrede, 2004). Ammattien status vaikuttaa ammattiryhmien arvostamiseen. Nämä erot ammattien määrittelyssä voi aiheuttaa haasteita ammattiryhmien välisessä yhteistyössä ja sen toteutumisessa. Ero oli havaittavissa haastatteluissa mm. siinä tavassa jolla lääkärit ilmaisivat itseään verrattuna sairaanhoitajiin. Sairaanhoitajien haastatteluista on poimittavissa ilmaisu siitä, milloin ammattiryhmää voidaan arvostaa. ”... *Hoitajan on itse arvostettava omaa asiantuntijuutta, ennen kuin sitä arvostaa muut...*”.

Yhteistyön laatua sairaanhoitajat kuvaavat siten, että yhteistyö toimii yleisesti ottaen hyvin. Yhteistyössä ei ole ongelmia ja se ei ole hankalaa. Aineiston perusteella on kuitenkin havaittavissa, että yhteistyö ei sujuisi täysin ongelmitta. Moitteita saa lähinnä sairaanhoitajien ja lääkärien välinen työilmapiiri. Suorassa lainauksessa, ”... *Ollaan hirveen, ollaan tarkkoja siitä että miten sairaanhoitaja toimii/mitä sairaanhoitaja tekee...*”, viitataan mielestäni siihen, että yhteistyötä tehdään lähinnä lääkärien ehdoilla. Myös tämä viittaa siihen, että ainakin osittain ollaan vielä autoritäärisen toiminnan alueella.

Samansuuntaisen kuvan saa myös lääkärien haastatteluista. Molemmilla ammattiryhmillä on oma työnkuvansa. Lääkärien mukaan yhteistyö on sitä, että lääkärit tekevät oman työnsä ja sairaanhoitajat oman työnsä. Heidän mukaansa yhteistyö on sitä, että lääkärin antamat ohjeet pyritään toteuttamaan. Perinteinen asetelma on, että lääkäri määrää ja hoitaja toteuttaa. Hierarkia on tarpeellinen silloin kun tehdään potilastyötä. Mutta herää kysymys, onko yhteistyön yleensä oltava hierarkkista? Ammattien status vaikuttaa ammattiryhmien arvostamiseen. Voisiko yhteistyötä sulauttaa lähemmäs kollegiaalista toimintaa? Ymmärtääkseni työn tulisi olla vapauttavaa ja sellaista, että

voi toteuttaa itseään. Tällöin työtulos voisi olla parempi. Yhteiseen päämäärään päästään helpommin, kun jokaisella on mahdollisuus vaikuttaa toiminnan kehittämiseen ja työn lopputulokseen. Yhteistyön toimimista lääkärit ovat kuvanneet siten, että yhteistyö on toiminnan ydin. Yhteistyö on lääkärien ja sairaanhoitajien välillä oleellinen ja keskeinen asia. Yhteistyön toimimista arvioitaessa ilmaisut vaihtelivat paljonkin. Yhtäältä koettiin, että yhteistyö toimii hyvin, toisaalla mainittiin, että yhteistyö toimii huonosti tai siihen suhtauduttiin varauksella. Lääkärien mukaan yhteistyö toimii kokonaisuudessaan hyvin, etenkin silloin kun hoitajat ovat ammattitaitoisia. Mutta tuli myös mainintoja siitä, että yhteistyö voisi sujua paremminkin.

Johtopäätös:

Lyytikäinen (2002) osoittaa tutkimuksessaan, että sairaanhoitajien ja lääkärien tiimityöskentely ja keskinäinen tuki on harvinaista. Lisäksi hän esittää, että sairaanhoitajat esittivät harvoin omia mielipiteitään potilaan hoidon rajaamisesta ja tehohoidon rajaamisen päätöksenteossa. Edellä mainitut seikat voivat viitata siihen, että sairaanhoitajien oman asiantuntijuuden arvostaminen ei ole oikealla tasolla tasavertaisen yhteistyön toteutumiseksi. Toisaalta tämän opinnäytetyön tuloksista voi olla tulkittavissa Steinin (1967) toteama hierarkkisuus ammattiryhmien välillä. Kuten Stein (1967) toteaa, on lääkärien ja sairaanhoitajien välinen suhde hierarkkinen nimenomaan siten, että lääkärit ovat ylemmässä asemassa kuin sairaanhoitajat. Ja tämä näkyy edelleen nykypäivänä mm. palkkausasioissa. Kuitenkin Stein (1990) toteaa, että lääkärit ovat yhä enemmän riippuvaisia sairaanhoitajien erityisosaamisesta. Tämä sen sijaan viittäisi siihen, että sairaanhoitajien ammatillinen osaaminen on kehittynyt, mutta oman professionaalisuuden ja siihen suhtautumisen taso on vielä alhainen. Päästäkseen tasavertaisempaan yhteistyöhön lääkärien kanssa on sairaanhoitajien nostettava omaa suhtautumistaan ammattiinsa ja professionaaliseen ammattitaitoonsa.

Kummankin ammattiryhmän haastatteluista on havaittavissa, että yhteistyön toimivuudessa on kehitettävää. Vuorovaikutus on pelkkää tietojen vaihtamista, jos työnteossa edetään siten, että toinen määrää ja toinen toteuttaa. Vuorovaikutuksellinen yhteistyö puuttuu tuolloin täysin. Vaikka Lyytikäsen (2002) tutkimuksessa on todettu, että vuorovaikutus sairaanhoitajien ja lääkärien välillä on avointa ja heillä on yhteiset tavoitteet, luottivat sairaanhoitajat siitä huolimatta lähes aina lääkärin läsnäoloon ja tietoihin ja taitoihin. Minkälaista vuorovaikutus tuolloin on sairaanhoitajien ja lääkä-

rien välillä? Vaikka Lyytikäisen tutkimuksessa on todettu avointa vuorovaikutusta olevan sairaanhoitajien ja lääkärin välillä, näyttää tämän opinnäytetyön tutkimusaineiston perusteella siltä että sairaanhoitajat jättävät itsensä lääkärin ”varjoon”.

Miten ammattiryhmien välistä yhteistyötä voidaan parantaa?

Yhteistyön kehittämisessä korostui selkeästi yhteisöllisyys ja yhdessä tekeminen. Tämä on viite siitä, että toiminnassa voitaisiin siirtyä kollegiaalisempaan suuntaan. Tosin täysin kollegoita eri ammattiryhmien edustajat eivät voi olla, koska vastuualueet ja tehtäväalueet ovat erilaiset. Tarkoitin tässä kollegiaalisempaa toimintaa lähemmänä osittain päällekkäin menevänä toiminta-alueena, kuten laatimassani kuviossa 1 olen esittänyt (Kuvio 1, s.78). Tämä olisi yhteistyön tekemisen kannalta hedelmällinen asetelma. Tehtävien rajauksen tarkistaminen voisi olla askel lähemmäksi kollegiaalisempaa toimintaa. Tämän suuntaista toimintaa voisi kehittää moniammatillisissa ryhmissä kehittämällä yhteisöllistä asiantuntijuutta. Sairaanhoitajat nostivat esiin myös toimintamallien yhdenmukaistamisen yhteistyön kehittämiseksi. Toimintamallien yhdenmukaistamisella pystyttäisiin vähentämään ylimääräistä asioiden edestakaista siirtelyä. Tietyissä asioissa työskennellään tietyn toimintarungon mukaan, jolloin ei jää epäselvyyksiä toimintatavoista.

Työnantajalta sairaanhoitajat toivovat, että työolosuhteista pitäisi pitää parempaa huolta. Kiitos olisi myös paikallaan. Palkkauksen tulisi olla tehtävien mukainen ja arkipäivän työ muuttuisi täysin erilaiseksi, mikäli henkilökuntaa lisättäisiin. Myös lääkärit toivovat työnantajan pitävän huolta työntekijöistä. Lääkärin haastattelujen mukaan työnantajan tulisi sitouttaa työntekijöitä, motivoida heitä, esimerkkinä tästä palkkaus.

Johtopäätös:

Yhteistyön kehittämisessä ammattiryhmien yhteinen tekeminen korostuu esimerkiksi Iisakan (2008) tekemässä opinnäytteessä. Mitä pitäisi tehdä, että päästäisiin yhteisölliseen toimintaan ja yhteisöllisen asiantuntemuksen piiriin? Voisiko esimerkiksi kehittää moniammatillista koulutusta, kuten Pirrie & ym. (1998) ovat Isossa-Britanniassa omassa tutkimuksessa esittäneet. Heidän mukaansa moniammatillinen koulutus helpottaisi ja vahvistaisi työskentelytapojen muutoksia sosiaali- ja terveysalalla. Jos ammatilliset ryhmät työskentelevät yhdessä, laajenee työryhmän osaami-

nen ja asiantuntemus. Lisäksi aineiston perusteella ajatuksena nousee esiin kuinka toimintamallien yhdenmukaistamisella voitaisiin lisätä yhteistyön sujuvuutta ja substanssia koskevaa asiantuntijuutta.

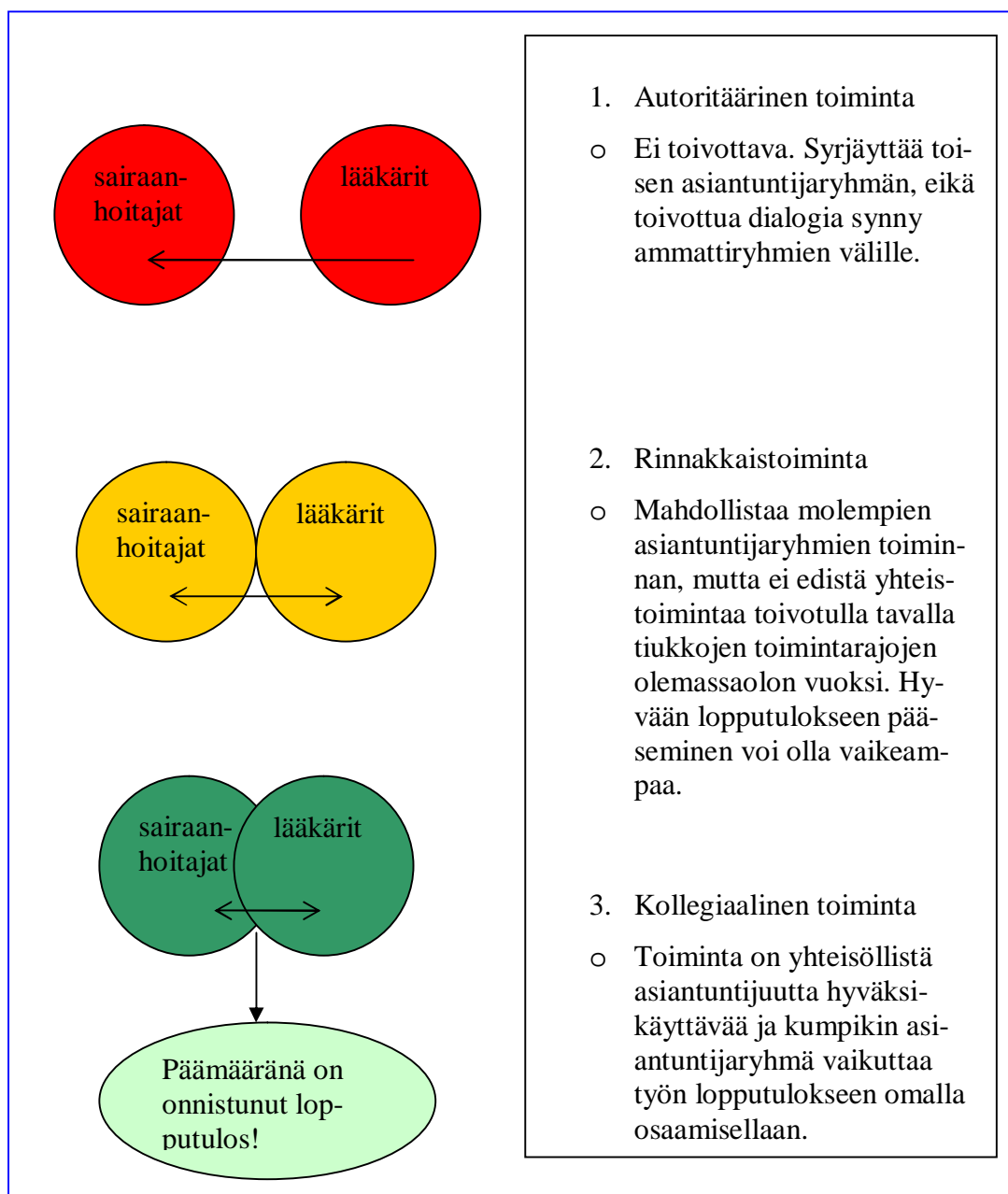
6.3 Opinnäytteen merkitys

Tämän opinnäytteen merkitys on tuoda esiin tämänhetkistä tietoa siitä, kuinka sairaanhoitajat ja lääkärit näkevät toistensa ammatin, asiantuntijuuden ja ammattiryhmien välisen yhteistyön. Merkityksellistä on, että kyseessä olevat ammattiryhmät havahtuisivat pohtimaan ja kehittämään aktiivisesti ammattiryhmien välistä yhteistyötä. Sairaanhoitajien ja lääkärin välinen yhteistyö on kuitenkin keskeinen tekijä potilaan hyvässä hoidossa. Tulosten perusteella toiminnan tulisi olla yhteisöllistä ja erityisesti tarvittaessa pienissä ryhmissä tapahtuvaa kehittämistyötä. Olen omassa työyhteisössäni kokenut, kuinka sairaanhoitajien ja lääkärin välinen ”kollegiaalisempi” toiminta nostaa työyhteisön osaamisprofiilia ja parantaa yhteishenkeä. Tiukoissakin tilanteissa on pystytty pitämään toimintaa yllä yhdessä organisoimalla ja neuvottelemalla. Opinnäytetyön tulokset vahvistavat henkilökohtaista näkemystäni siitä, että tämä perustuu nimenomaisesti yhdessä suunniteltuun ja yhteisölliseen toiminnan kehittämiseen.

6.4 Kehittäminen ja jatkotutkimusmahdollisuudet

Tulosten ja teoriataustan perusteella voidaan sanoa, että yhteistyön kehittämisessä tulisi pyrkiä kollegiaalisempaan yhteistyöhön. Tätä ajatusta tukevat teoriaosuudessa esiin nostetut näkemykset ja haastattelujen aineistosta esiin nousseet tulokset. Tätä selventääkseni olen hahmotellut kuvion (Kuvio 1), jossa kuvaan erilaisia yhteistyötoimintatapoja, joita ovat: 1) autoritäärinen toiminta, 2) rinnakkaistoiminta ja 3) kollegiaalinen toiminta. Kollegiaalisella yhteistyöllä tarkoitan kahden asiantuntijaryhmän yhteistä työskentelyä rajoja ylittävällä mallilla (Kuvio1, kohta 3). Ammattiryhmät eivät voi olla kuitenkaan sananmukaisesti kollegoja keskenään, mm. juridiikan, eri vastuualueiden ja työnkuvan vuoksi.

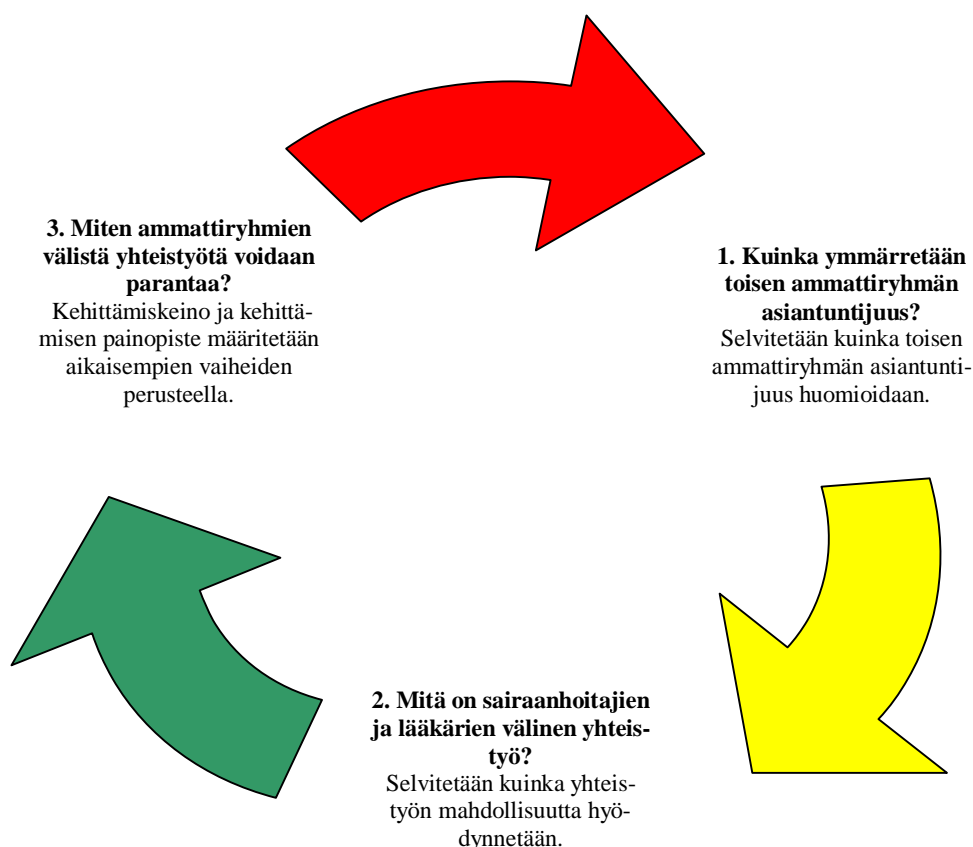
Sairaanhoitajien ja lääkärien yhteistyötä on tutkittu jo 1960 luvulla. Tuolloin on ollut jo tulkittavissa, että autoritäärinen toiminta rajoittaa toisen ammattiryhmän toimintaa ja vaikuttaa negatiivisesti yhteistyöhön. Kuviossa 1 lääkärien toiminta-alue on sairaanhoitajien toiminta-alueen päällä siksi, että lääkärit ovat kuitenkin asiantuntijaryhmä joka suunnittelee potilaan lääketieteellisen hoidon ja kantaa lääketieteellisen vastuun potilaan hoidosta. Sairaanhoitajilla on oman asiantuntijuuden lisäksi hoidon suunnittelun kannalta kuitenkin tärkeä rooli, hoitoon liittyvien asioiden esiin tuomiseksi ja kenties asioiden kyseenalaistamiseksi ja erilaisten tilanteiden ja toiminnan kehittämiseksi. Näiden sairaanhoitajien esiintuomien seikkojen pohjalta lääkäri pystyy suunnittelemaan potilaan lääketieteellistä hoitoa laajemmin ja huomioimaan asioita monipuolisemmin. Tämä onkin erinomainen esimerkki kollegiaalisemmasta toiminnasta, jolloin lääkäri ja sairaanhoitaja yhdessä pyrkivät saamaan aikaiseksi parhaan mahdollisen hoidon potilaalle. Kuviossa 1 olen kuvannut kuinka erilainen työskentelymalli vaikuttaa asiantuntijoiden yhteistyöhön ja ammattiryhmien työskentelyyn.



KUVIO 1. Erilaisten työskentelymallien vaikutus yhteistyöhön.

Ehdotukseni yhteistyön kehittämiseksi on, että sairaanhoitajat ja lääkärit mallintaisivat moniammatillisessa työryhmässä potilaan hoitoa tai suorittaisivat prosessin kuvausta tai laatisivat protokollia. Yhdessä työskentely lisäisi ymmärrystä yhteistyötahon työn sisällöstä ja asiantuntemuksesta. Tarkasteltaessa yhtäaikaaisesti molempien ammattiryhmien toimintaa on mahdollista saada aikaan sujuvampi, mutkattomampi ja enemmän toisia kunnioittava kollegiaalisempi työskentelymalli.

Kehittämisen tulisi olla syklistä toimintaa, jotta se olisi jatkuvaa. Syklin osa-alueet ovat: 1) olemassa olevan tilanteen kartoitus, 2) tilanteen laadun selvitys ja 3) yhteistyön kehittäminen. Kuviossa 2 esiintyvässä syklisessä toiminnassa, on kuvattu kuinka ammattiryhmien välistä toimintaa voidaan kehittää jatkumona. Jatkumossa vaiheen kolme jälkeen voidaan suorittaa tilanteen kartoitus, jonka jälkeen tarvittaessa toistetaan sykli.



KUVIO 2. Yhteistyön kehittämisen jatkumo.

Loogisena jatkotutkimuksena voisi toteuttaa toiminnallisen osuuden, esimerkiksi protokollien laatimisesta ja päivittäisen toiminnan kehittämisestä ammattiryhmien välisenä yhteistyönä (vertaa tutkimusdesign luvussa 4.1). Lääkärit ja sairaanhoitajat kehittäisivät esimerkiksi protokollia potilaan hoitoon liittyvistä asioista, hyödyntäen molempien ammattiryhmien asiantuntemusta ja kokemusta. Tämän jälkeen voisi suorittaa tilanteen kartoituksen siitä, kuinka yhteisöllisen asiantuntemuksen lisääminen on vaikuttanut yhteistyöhön ja sen toteutumiseen.

LÄHTEET

Alastalo, M. 2005: Metodisuhdanteiden mahti: lomaketutkimus suomalaisessa sosiologiassa 1947 – 2000. Tampere: Vastapaino.

Benner, P., Tanner, C. & Chelsea, C. 1999: Asiantuntijuus hoitotyössä. Juva: WSOY-kirjapainoyksikkö.

Downes, M. (edited by) 2001: Changing Professions: Inter-professional collaboration in health care education. Report of the proceedings of the Staff Development Seminar.

Eriksson, S. 2002: ”Hoitajan asiantuntemus on aika vankka” – Sairaanhoidon ammatilliset tulkinnat. Teoksessa I. Pirttilä, S. Eriksson Asiantuntijoiden areenat. Jyväskylä: Paino Koppijyvä Oy, 41 – 58.

Eriksson-Piela, S. 2003: Tunnetta tietoa vai hierarkiaa? Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print.

Eräsaari, R. 2002: Avoimen asiantuntijuuden analytiikka. Teoksessa I. Pirttilä & S. Eriksson (toim.) Asiantuntijoiden areenat. Jyväskylä: Paino Koppijyvä Oy, 21 – 38.

Eteläpelto, A. 2007: Työidentiteetti ja subjektius rakenteiden ja toimijuuden ristiaallokossa. Teoksessa A. Eteläpelto, K. Collin & J. Saarinen (toim.) Työ, identiteetti ja oppiminen. WSOY Oppimateriaalit Oy, 90 – 142.

Eteläpelto, A., Collin, K. & Saarinen, J. (toim.) 2007: Työ identiteetti ja oppiminen. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Eteläpelto, A & Vähäsantanen, K. 2006: Ammatillinen identiteetti persoonallisena ja sosiaalisena konstruktiona. Teoksessa A. Eteläpelto & J. Onnismaa (toim.) Ammatillisuus ja ammatillinen kasvu. Vantaa: Dark Oy, 26 – 49.

Hallila, H. 1999: Lääkärin ammattitaito ja laatutyön perinteiset menetelmät. Teoksessa Suomen Lääkäriliitto Lääkäri ja laatu. Forssa: Forssan kirjapaino Oy, 9 – 12.

Helakorpi, S. 2005: Työn taidot, ajattelua, tekoja ja yhteistyötä. Ammatillisen opettajakorkeakoulun julkaisuja 2/2005. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy.

Henriksson, L. & Wrede, S. 2004: Hyvinvointityön ammattien tutkimus. Teoksessa L. Henriksson & S. Wrede (toim.) Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Yliopistopaino, 9 – 19.

Henriksson, L. & Wrede, S. 2004: Kahdenkerroksen väkeä: kotihoidon ammatillinen uusjako. Teoksessa L. Henriksson & S. Wrede (toim.) Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Yliopistopaino, 210 – 234.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000: Tutkimushaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2006: Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Iisakka, A. 2008: Yhteistyö on työyhteisön voimavara, hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden yhteistyön kehittäminen osana osastonhoitajan työtä jaetun johtajuuden näkökulmasta. Opinnäytetyö, sosiaali- ja terveysalan johtamisen ja kehittämisen koulutusohjelma (Ylempi AMK), Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.

Isoherranen, K. 2005: Moniammatillinen yhteistyö. Vantaa: Dark Oy.

Jauho, M. 2004: Valtion rakentaminen, lääkärikunnan ammatillistuminen ja valistuneen maallikon synty. Teoksessa L. Henriksson & S. Wrede (toim.) Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Gaudeamus Kirja. Oy, 84 – 109.

Julkunen, R. 2004: Hyvinvointipalvelujen uusi politiikka. Teoksessa L. Henriksson & S. Wrede (toim.) Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Gaudeamus Kirja. Oy, 110 – 143.

Kannisto-Maunula, K., Kuosmanen, P., Kuusilinna, P. & Vekara, L. 2007: Tiimityön kehittäminen lääkäriasemilla, Vastaanotto toiminnan kehittämisprojekti 2005 – 2006 loppuraportti. Hyvinvointipalvelujen julkaisuja 5/2007.

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2005: Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.

Koponen, P. Hakulinen, T & Pietilä A-M. 2000: Terveystiedon edistämisen palveluja asiakkaille, Asiakas ja terveystiedon palvelut. Teoksessa A-M. Pietilä, T. Hakulinen, E. Hirvonen, P. Koponen, E-M Salminen & K. Sirola Terveystiedon edistäminen, uudistuvat työmenetelmät. Juva: WS Bookwell Oy, 78 – 130.

Kuoppamäki, R. 2008: Ammattikorkeakoulun erikoistumisopinnot asiantuntijuuden kehittäjänä. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Kuula, A. 2006: Tutkimusetiikka. Tampere: Vastapaino.

Kyngäs, H. 1999: Sisällön analyysi. 1999. Hoitotiede Vol. 11, 1/99.

Lapinoja, K-P. & Heikkinen, H.L.T. 2006: Autonomia ja opettajan ammatillisuus. Teoksessa A. Eteläpelto & J. Onnismaa (toim.) Ammatillisuus ja ammatillinen kasvu. Vantaa: Dark Oy, 144 – 161.

Launis, K. 1994: Asiantuntijoiden yhteistyö perusterveydenhuollossa. Gummerus Kirjapaino Oy.

Launis, K. 1997: Moniammatillisuus ja rajojen ylitykset asiantuntijatyössä. Teoksessa J. Kirjonen, P. Remes & A. Eteläpelto (toim.) Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylän yliopisto: ER-paino Ky, 122 -135.

Lauri, S. 2005: Sairaanhoidajan ammatti-tietoa, päätöksentekoa ja vaikuttamista. Teoksessa M. Miettinen, H. Hopia, L. Koponen K. Wilskman (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2005 Hoitotyön interventiot. Sipoo: Silverpoint Oy, 9 – 20.

- Lauri, S. 2007: Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Lindén, S. 1998: Terveyden edistäminen kouluterveydenhuollossa moniammatillisen yhteistyön keinoin. Teoksessa L. Pihlaja & R. Kuismin (toim.) Apua ihmiselle, moniammatillinen yhteistyö hoitotyössä. Mikkelin ammattikorkeakoulu A: tutkimuksia – research reports 2. Sairaanhoidon tutkimuslaitos WHO Collaboration Center Mikkelin alueellinen tutkimusasema. Mikkelin Ammattikorkeakoulu, 240 – 287.
- Lyytikäinen, H. 2002: Sairaanhoidajien ja lääkäreiden yhteistyö tehohoidon rajaamisen päätöksen teossa, kysely teho-osastojen sairaanhoitajille. Pro-gradu tutkielma, Kuopion yliopisto.
- Löyttyniemi, V. 2004: Kerrottu identiteetti, neuvoteltu sukupuoli, Auscultatio Medici. Jyväskylä: Kopijyvä Oy.
- Matinheikki-Kokko, K. 2007: Monikulttuurisuuden haasteet työelämässä. Teoksessa A. Eteläpelto, K. Collin & J. Saarinen (toim.) Työ, identiteetti ja oppiminen. WSOY Oppimateriaalit Oy, 64 – 88.
- McClain, B.R., 1988: Collaborative Practice: A Critical Theory Perspective. 1988 Research in Nursing & Health, 11, 391 – 398.
- Nylander O. & Nenonen M. 2000: Julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto verkottuu. Teoksessa H. Uusitalo, A. Parpo & A. Hakkarainen (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Stakes raportteja 250. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 185 – 193.
- Onnismaa, J. 2006: Johdanto. Teoksessa A. Eteläpelto & J. Onnismaa (toim.) Ammatillisuus ja ammatillinen kasvu. Vantaa: Dark Oy, 11 – 15.
- Pietilä, A-M. 2000: Johdanto. Teoksessa A-M. Pietilä, T. Hakulinen, E. Hirvonen, P. Koponen, E-M Salminen & K. Sirola Terveyden edistäminen, uudistuvat työmenetelmät. Juva: WS Bookwell Oy, 5 – 7.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2006: Henkilöstökertomus 2005. Klingendahl paino Oy Tampere.
- Pirrie, A., Wilsson, V., Elsgood, J., Hall, J., Hamilton, S., Harden, R., Lee, D. & Stead, J. 1998: Evaluation Multidisciplinary Education in Health Care. University of Glasgow. The SCRE Centre.
- Pirttilä, I. 2002: Mitä miten ja miksi, - Asiantuntijat väitöskirjoissa 1990-luvulla. Teoksessa I. Pirttilä & S. Eriksson (toim.) Asiantuntijoiden areenat. Jyväskylä: Paino Kopijyvä Oy, 137 – 163.
- Riska, E. & Wrede, S. 2004: Kuka on kestävä hoitaja? Teoksessa L. Henriksson & S. Wrede (toim.) Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Yliopistopaino, 41 – 62.

Santamäki, K. 2004: Sairaanhoidajien työttömyys ja ammattikunnan lohkoutuminen. Teoksessa L. Henriksson & S. Wrede (toim.) Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Gaudeamus Kirja. Oy, 144 – 167.

Stein, L., Watts, T. & Howell, T. 1990: Sounding Board, The doctor – nurse game revisited 1990. The New England Journal of Medicine Vol. 322, 8/90.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002: Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Vainionmäki, P. 1995: Kasvamassa lääkäriksi. Turku: Painosalma Oy.

Vanhalakka-Ruoho M. 2006: Professionaalisuus – omassa vai muiden käsissä. Teoksessa A. Eteläpelto & J. Onnismaa (toim.) Ammatillisuus ja ammatillinen kasvu. Vantaa: Dark Oy, 124 – 143.

Vähäaho, T. 2002: Asiantuntijuus ja rajanylitykset. Teoksessa I. Pirttilä & S. Eriksson (toim.) Asiantuntijoiden areenat. Jyväskylä: Paino Kopijyvä Oy, 59 – 80.

Äärimaa, M., 2005: Etiikka ja professio. Teoksessa S. Saarni, Suomen lääkäriliiton eettisten periaatekysymysten valiokunta (toim.) Lääkärin etiikka. Joensuu: PunaMusta Oy, 12 – 14.