

MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ HAARTMANIN SAIRAALASSA

Anu Järnmark
Opinnäytetyö, kevät 2013
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Helsinki
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Järnmark, Anu

Moniammatillinen yhteistyö Haartmanin sairaalassa.

58 sivua, 2 liitettä. Helsinki, kevät 2013.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää ja kuvailla Haartmanin sairaalan henkilökunnan näkemyksiä sairaalan sisäistä moniammatillista yhteistyötä edistävästä ja haittaavista tekijöistä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa moniammatillisen yhteistyön kehittämiseksi Haartmanin sairaalassa. Keräsin aineiston strukturoidulla kyselylomakkeella, jonka toimitin koko Haartmanin sairaalan terveystieteiden ja laitoshuollon henkilöstölle (n=300) marraskuussa 2012. Kyselyyn vastasi 161 työntekijää. Analysoin aineiston SQL Server 2012 express relaatiotietokanta-ohjelmalla.

Haartmanin sairaalan työntekijät pitivät yhteistyötä tukevia rakenteita merkityksellisinä ja yhteistyöprosesseja pääosin toimivina. Erityisesti edistäviksi tekijöiksi nousi työntekijöiden usko siihen, että moniammatillinen yhteistyö edistää potilaan kokonaishoitoa ja liikkumissuunnitelma on hyödyllinen apuväline potilaan toimintakyvyn tukemisessa. Osastojen ja ammattiryhmien välillä ei ollut paljoa eroja. Suureksi osaksi työntekijät arvioivat, että Haartmanin sairaalassa on toimivat tiimit ja sujuva yhteistyö.

Eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä Haartmanin sairaalassa voi vahvistaa lisäämällä työn yhteistä suunnittelua. Tämä mahdollistaisi yhteisiä toimintatapoja ja voisi myös vahvistaa luottamusta työntekijöiden välillä. Välillisen tiedonkulun tärkeyttä on myös aiheellista painottaa, sillä usein tiedonkulun haasteet johtavat potilasturvallisuuden heikentymiseen. Uusien työntekijöiden perehdytys arvioitiin puutteelliseksi, joka on riski potilasturvallisuudelle mutta myös haaste moniammatillisen yhteistyön onnistumiselle.

Asiasanat: moniammatillisuus, yhteistyö, yhteistoiminta, henkilöstö, sairaalat

ABSTRACT

Järnmark, Anu

Haartman Hospital's multiprofessional cooperation.

58 p., 2 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2013.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Nursing. Degree: Registered nurse.

The purpose of this quantitative thesis was to clarify multiprofessional collaboration in Haartman hospital from the viewpoint of employees. The goal was to produce new information in order to develop multiprofessional cooperation. The task was to clarify and describe factors that promote and prevent multiprofessional cooperation in Haartman hospital. The material was collected using a structured questionnaire in 2012. The questionnaire was distributed in six wards (300 pieces) and was responded to by 161 personnel. The material was analyzed using the SQL server 2012 express relational database. This thesis was made to order by Haartman hospital. Health care departments managing director from the city of Helsinki granted research permit on 4.10.2012.

Based on the results it can be said that the Haartman hospital. Employees think that the structures that support cooperation are relevant and the processes in cooperation for the most part are functional. The employees considered multiprofessional cooperation to be a positive factor in patients' treatment. They also considered the plan of mobility a very useful tool when promoting patients functionality. On the basis of background information, the analysis did not bring any significant new information. The employees mostly considered that the Haartman hospital has well-functioning teams and fluent cooperation.

Multiprofessional collaboration in Haartman hospital can be strengthened by adding more joint planning of work. This could enable common work procedures and could also strengthen the trust between employees. The importance of the indirect flow of information is also useful to underline, because the information flow challenges often lead to a deterioration of patient safety. The orientation of new employees was estimated to be incomplete, which is a risk to patient safety, but also a challenge to the success of the multi-disciplinary collaboration.

Key words: staff development, hospitals, cooperative behavior, group processes

SISÄLLYS

1 JOHDANTO _____	5
2 MONIAMMATILLISUUS _____	6
2.1 Moniammatillisen yhteistyön käsite	6
2.2 Yhteistyön toteutumisen edellytykset	7
2.3 Yhteistyön vaikutukset työhyvinvointiin	8
2.4 Moniammatillisuus terveydenhuollon muutoksessa	9
2.5 Kehittämishanke ohjaamaan moniammatillista yhteistyötä.....	11
2.5.1 Liikkumissuunnitelma.....	12
2.5.2 Liikkumissopimus.....	12
3 POTILAS HOITOTYÖN KESKIÖSSÄ _____	14
3.1 Potilaslähtöisyys.....	14
3.2 Potilaan turvallinen hoito edellyttää yhteistyötä	15
4 TOIMINTAYMPÄRISTÖNÄ HAARTMANIN SAIRAALA _____	17
4.1 Moniammatillisuus päivystyssairaalassa	18
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS _____	20
5.1 Työn tarkoitus ja tutkimuskysymykset.....	20
5.2 Aineiston hankinta	20
5.3 Kvantitatiivinen menetelmä	21
5.4 Kyselylomakkeen laatiminen	21
5.5 Aineiston analysointi.....	22
6 MONIAMMATILLISTA YHTEISTYÖTÄ EDISTÄVÄT JA HAITTAAVAT TEKIJÄT _____	24
6.1 Vastaajien taustatiedot.....	24
6.2 Moniammatillista yhteistyötä tukevat rakenteet	25

6.3	Yhteistyöprosessit moniammatillisen yhteistyön toteutuksessa	29
6.4	Tulosten yhteenveto	37
6.4.1	Työssäoloajan vaikutukset asiantuntijuuteen	38
6.4.2	Moniammatillista yhteistyötä tukevat tekijät	39
6.4.3	Moniammatillista yhteistyötä haittaavat tekijät	40
6.4.4	Eri ammattiryhmien välisen yhteistyön edistäminen työntekijöiden arvioimana.....	41
7	POHDINTA.....	43
7.1	Kehitysehdotukset ja jatkotutkimushaasteet	43
7.2	Eettisyys	45
7.3	Luotettavuus	45
7.4	Oman asiantuntijuuden kehittyminen	47
	LÄHTEET.....	49
	LIITE: 1; Saatekirje.....	53
	LIITE: 2; Kyselylomake	54

1 JOHDANTO

Terveydenhuollon toimintaa toteuttavat usean eri ammattiryhmän osaajat oman ammatinsa näkökulmasta. Eri ammattiryhmien välisen toiminnan tulisi olla mutkatonta ja yhteisesti sovittua, jotta potilaan hoito on turvallista. Toimiva yhteistyö ei ole automaattinen asia, vaan sen tueksi tarvitaan sujuvia prosesseja ja toimivia rakenteita. Terveydenhuolto muuttuu koko ajan ja on uusien haasteiden edessä. Ammattiryhmät tarvitsevat toistensa osaamista, ja olisi tärkeää, että kaikkien osaaminen osattaisiin hyödyntää. Eri ammattiryhmien välisen vuorovaikutuksen tulisi olla avointa ja yhteistyön sujuvaa. Toimiessaan moniammatillinen yhteistyö luo potilaalle turvallisen ja kokonaisvaltaisen hoidon.

Moniammatillisen yhteistyön kehittämisellä vastataan terveydenhuollon tulevaisuuden vaatimuksiin. Terveydenhuollon potilaat, hoidot ja palvelutarpeet moninaistuvat koko ajan, joka asettaa haasteita palveluiden laadulle ja saatavuudelle. Toimiva yhteistyö voi edesauttaa tehokkaampaa resurssien käyttöä ja sillä voidaan välttää päällekkäisyyksiä. (Eloranta & Kuusela 2011, 5.) Moniammatillista yhteistyöosaamista kehitetään ja tutkitaan terveydenhuollossa laajalti. Moniammatillisen yhteistyön merkityksellisyyttä tuodaan esille kansallisissa ohjelmissa ja terveydenhuollon strategioissa. Moniammatillisesta yhteistyöstä on tullut vakiintunut tapa toimia ja sitä on alettu säätää myös lainsäädännöllä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2011 a, 4–22) on julkaisussaan esitellyt terveydenhuoltolakia, jonka pykälissä moniammatillisen koulutuksen osalta ohjataan niin että terveyskeskuksen on tarjottava moniammatillista koulutusta. Toimintaedellytyksien osalta terveydenhuoltolaki ohjaa, että toimintayksikön johtamisessa on oltava moniammatillista osaamista. Terveydenhuoltolaissa määritetään myös, että sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä on oltava perusterveydenhuollon yksikkö, jolla on moniammatillinen terveystieteen asiantuntijuus.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää ja kuvailla Haartmanin sairaalan työntekijöiden näkemyksiä sairaalan sisäisistä yhteistyötilanteista. Tavoitteena on tuottaa tietoa Haartmanin sairaalan moniammatillisen yhteistyön kehittämiseksi. Opinnäytetyön aiheita tarjottiin Haartmanin sairaalan toimesta. Valitsin moniammatillisen yhteistyön opinnäytetyöni aiheeksi, sillä pidän aiheita merkityksellisenä ja kiinnostavana.

2 MONIAMMATILLISUUS

Moniammatillinen yhteistyö tarkoittaa monen eri ammattiryhmän välistä yhteistyötä. Terveystieteiden eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä tapahtuu hyvin laajalaisesti. Yhteistyötilanteita löytyy päivittäisestä arjesta sekä tahoilta, joiden kanssa ei koskaan olla välittömässä kontaktissa. Terveystieteiden toteutus vaatii toimiakseen laajalaisista osaamista sekä suuria organisaatioita ja palvelurakenteita. Keskityn opinäytetyössä Haartmanin sairaalan sisäisiin yhteistyötahoihin, joten käsitelen moniammatillisuutta käsitteenä ja ilmiönä pääosin päivittäisen arjen yhteistyötilanteiden näkökulmasta.

2.1 Moniammatillisen yhteistyön käsite

Moniammatilliselle yhteistyölle on ominaista keskinäinen arvostus ja yhteistoiminnallisuus kaikkien kesken. Moniammatillinen tiimi koostuu erilaisen koulutuksen saaneista asiantuntijoista, jotka ovat yhteydessä toisiinsa saavuttaakseen yhteisen päämäärään. Moniammatillisuuden mahdollistava organisaatorakenne perustuu tiedon ja asiantuntijuuden valtaan eikä tehtävänimikkeiden mukaisten roolien valtaan. Moniammatillisuutta tukevassa organisaatiossa arvostetaan osallisuutta, autonomiaa, tasa-arvoa ja ilmaisunvapautta. (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 15–17.)

Yhteistyötä tarvitaan, kun yhden ihmisen osaaminen ei riitä (Isoherranen 2012, 38). Moniammatilliseen työhön liitetään yhteistyö, koska se edellyttää yhteistyötaitoja. Eri ammattiryhmien välisessä yhteistyössä tarvitaan useita sosiaalisia taitoja, jotta yhteistyö olisi sujuvaa ja tehokasta. Isoherranen (2012, 38) mukaan yhteistyö on kehityshaaste, joka edellyttää erilaisten ryhmärajojen ylittämistä. Isoherranen ym. (2008, 33–42) määrittelevät moniammatillisen yhteistyön käsitettä niin, että siinä asiantuntijoilla on yhteinen tehtävä, työ, ongelma tai päätös. Tavoitteeseen päästäkseen he yhdistävät tietonsa ja osaamisensa. Keskeistä on se kuinka yhdistää ja prosessoida kaikki tieto ja osaaminen, jotta syntyy mahdollisimman kokonaisvaltainen käsitys potilaan tilanteesta. Tavoitteena on, että kaikkien osallistujien näkökulmat ja osaaminen tulevat kuulluksi. Roolien päällekkäisyydet ja ristiriidat tulee poistaa määrittelemällä roolit uudestaan, mikä vaatii tiedon, osaamisen ja taitojen siirtymistä tieteiden ja professioiden välisten tavanomaisten

rajojen yli. Ei kuitenkaan riitä, että omaa asiantuntijuutta, vaan pitää osata myös antaa oma osaamisensa yhteiseen käyttöön. Yhteistyössä tarvitaan sosiaalisia ja kommunikoinnin taitoja ja pitäisi muistaa kuulla myös asiakkaan ja hänen läheisten ääni sekä ottaa heidät mukaan päätöksentekoon.

Gardner (2005) määrittelee, että yhteistyö on sekä prosessi, että tulos, jossa on yhteinen etu tai konflikti. Yhteistyötä ei voi käsitellä yksittäinen yksilö, vaan se käsitellään keskeisten sidosryhmien kanssa. Keskeinen sidosryhmä on mikä tahansa toimija, joka vaikuttaa suoraan toimintaan. Yhteistyön lopputuloksena syntyy kehittyviä ratkaisuja, jotka ylittävät yksilön näkemyksestä tulevat päätökset. Jokainen yksilö organisaatiossa on hieman erilainen henkinen malli siitä miten yhteistyö etenee. Yhteistyö ei ole automaattista, vaan se vaatii muiden tuntemista vuorovaikutuksen kautta. Vuorovaikutuksellinen yhteistyö olisi hyvä ulottaa myös omien yksiköiden ulkopuolelle, eikä yhteistyötilanteissa saisi näkyä hallitsevaa valtaa. Myöskään yhteistyötilanteita ei saisi vältellä, ei edes niiden ollessa emotionaalisia konflikteja. Yhteistyötä pitäisi selvittää ja rakentaa keskustelemalla sekä löytämällä yhteisiä ratkaisuja.

2.2 Yhteistyön toteutumisen edellytykset

Sosiaali- ja terveysalan tiimit ovat tunneilmastoiltaan erilaisia kuin liike-elämän tiimit. Niissä ammattilaiset työskentelevät ympäristössä, jossa kohdataan tunne-elämään perustuvia kysymyksiä ja näiden kysymysten nostattamia tunteita niin potilaissa, heidän läheisissään kuin ammattilaisissakin. Ammattilaiset tekevät moraalisesti ja eettisesti vaikeita ratkaisuja. Työympäristö on haastava emotionaalisesti ja tunteet tulevat helposti esille tiimin ihmissuhteissa. Tiimit tarvitsisivat kehittyäkseen muun muassa yhteisiä tapoja ajatella, ohjausta tai koulutusta, asenteiden muutosta, harjoitusta kommunikoinnissa ja sosiaalisuudessa sekä organisaation ja johdon tukea. Ei riitä, että tiimin jäsenet vain tuodaan yhteen tai annetaan hallinnollinen määräys. (Isoherranen 2012, 32–37.)

Eloranta ja Kuusela (2011, 5) kuvaavat tutkimuksessaan moniammatillisen yhteistyön toteutumisen edellytyksiä sekä moniammatillisen hoitotyön edellytyksiä kahden yläkategorian avulla ja nämä ovat yhteistyörakenteet ja yhteistyöprosessit.

Yhteistyörakenteet: johtamiskulttuuri, johon liitetään johdon tuki, sen luoma yhteinen työskentelymalli ja hyvä työn organisointi. Resurssit, johon liitetään henkilöstö- ja materiaaliresurssit, eli yhteinen aika ja säännölliset tapaamiskäytännöt. Tiedonkulkuun sopivat tietotekniset välineet sekä yhteiset toimivat tilat. Myös koulutus liitetään yhteistyörakenteisiin ja nähdään tärkeänä edellytyksenä monialaiseen ja moniammatilliseen yhteistyövalmiuteen. (Eloranta & Kuusela 2011, 5–10.)

Yhteistyöprosesseihin liitetään viisi alakategoriaa. Yhteistä päämäärää ja siihen sitoutumista edistävä työn yhteinen suunnitteleminen ja avoin näkemysten vaihtaminen. Toisen työn tuntemiseen ja vuorovaikutustaitoihin liitetään tasa-vertaisuus, luottamuksellisuus ja vastavuoroinen dialogi, joita pidetään yhteistyön toteutumisen edellytyksinä. Työnjaon määrittäminen koettiin tärkeäksi, haluttiin selkeää työnjakoa. Vastuu- ja valtakysymysten sekä roolien osoitettiin vaikeuttavan hoidon toteuttamista. Näkemuserot saattoivat olla esteenä yhteisen näkemyksen syntymisessä. Oma asiantuntijuus, johon liittyvät ammattitaito ja työkokemus liitetään yhteistyötaitoihin, joihin vaikuttaa rohkeus tuoda esille omia näkemyksiä ja vahvuuksia. Myönteinen asenne ja usko moniammatillisuutta kohtaan olivat myös vaikuttavia tekijöitä. (Eloranta & Kuusela 2011, 10.)

Keskeistä moniammatillisen yhteistyön toteuttamiselle ja kehittämiselle oli sopivan ajan löytyminen arjessa. Moniammatillisen koulutuksen lisäämiselle nähtiin olevan tarvetta, se toi valmiuksia kuunnella toisia asiantuntijoita, esittää ja perustella omia ammatillisia näkemyksiä sekä ymmärtää dialogin merkitys yhteisiä tavoitteita luotaessa. Tulokset osoittivat, että yhteistyö vaatii yhteistä päämäärää ja selkeää työnjakoa sekä edellyttää uusia taitoja. Konkreettisissa tilanteissa on kyse vuorovaikutuksesta, toisen työn tuntemisesta ja arvostamisesta. (Eloranta & Kuusela 2011, 10–11.)

2.3 Yhteistyön vaikutukset työhyvinvointiin

Hyvinvointia tukeva työyhteisö on laadukas ja siellä viihdytään. Toimivassa työyhteisössä tuetaan muita. Kaikkien osaamista hyödynnetään ja kaikki osallistuvat keskusteluun. Ristiriitoihin löydetään ratkaisu ja toimintakäytännöt on sovittu yhteisesti ja niitä noudatetaan. Esimies osallistuu toimintaan ja huolehtii siitä, että puitteet tukevat sujuvaa työntekoa. (Työturvallisuuskeskus 2011, 2.) Työhyvinvointiin tarvitaan myös avoin,

arvostava ja luottamuksellinen ilmapiiri. Tavoitteena on hyvä työ, joka on tuottavaa, tu-
loksellista ja ihmisen hyvinvointia tukevaa. (Työturvallisuuskeskus 2009.)

Moniammatillisen ryhmän toimivuus tai toimimattomuus on vaikuttava tekijä työnteki-
jöiden työhyvinvoinnille. Groff ja Terhaar (2010) artikkelissaan analysoivat, että syy
sairaanhoitajien tyytymättömyyteen ja aikomukseen jättää työ on stressaava työympä-
ristö. Stressiä aiheuttavat työajat, huono lääkäreiden ja sairaanhoitajien välinen vuoro-
vaikutus, puutteellinen ja muuttuva teknologia, henkilöstöpula, työmäärän ja työkulun
epätasapaino ja ennalta arvaamattomuus, potilaiden kasvanut valveutuneisuus sekä käsi-
tys siitä, että hoito on vaarallista.

Terveystieteiden työyhteisöissä on useita eri ammattiryhmiä ja useita erilaisia persoo-
nia. Yhteistyö saattaa olla monimutkaista ja vaatia paljon työtä ollakseen sujuvaa. Toi-
saalta yhteistyön kehittämiseen ja luottamuksellisten suhteiden luomiseen ei välttämättä
anneta välineitä tai aikaa. Helposti tuodaan esille epäkohtia ja kerrotaan mistä ne johtu-
vat mutta välineitä niiden korjaamiseen ei aina tarjota. Työntekijöiden viihtyvyys ja yh-
teistyön toimivuus vaikuttavat kuitenkin koko työyhteisöön ja potilaisiin, joten työhy-
vinvointiin ja toimivaan yhteistyöhön panostaminen on kannattavaa.

2.4 Moniammatillisuus terveydenhuollon muutoksessa

Sosiaali- ja terveystieteiden palveluiden kehittämisen kannalta keskeisiä muutostekijöitä on
muun muassa globalisoituminen, johon liittyvät ympäröivän maailman läheneminen se-
kä tieto- ja verkkoyhteiskunnan kehittyminen, julkisen sektorin roolin muutos, väestön
ikäntyminen, teknologian kehitys sekä syrjäytymisen lisääntyminen. Maailma ja työ
ovat muuttuneet niin monimutkaiseksi, ettei voida ajatella yhden ihmisen hallitsevan
kaikkea. Yksittäiseltä työntekijältä vaaditaan laaja-alaisen osaamisen lisäksi erityisesti
oman alansa syvää osaamista ja asiantuntijuutta. (Isoherranen ym. 2008, 9.)

Terveystieteiden hoito ja sen toimintaympäristöt ovat muutoksessa. Uudet lääkkeet ja tekno-
logiat ovat vaikuttavampia mutta niiden hallittu ja oikea käyttö on vaativampaa. Tarvi-
taan enemmän erikoistumista, jonka myötä vastuu hoidosta hajaantuu. Hoitoprosessien
pirstaleisuus vaikeuttaa potilaskeskeisen, turvallisen hoidon toteutumista. (Terveystieteiden ja

hyvinvoinnin laitos 2011 b, 7.) Tämän päivän vastasyntyneen elinikä on kohonnut muutamassa sukupolvessa noin viisitoista vuotta. Ikääntyvää, eläkkeelle siirtyvää väestöä on muuhun väestöön suhteutettuna huomattava määrä. Lääketiede on eliminoinut useita kohtalokkaita kulkutauteja ja uusia hoitomenetelmiä kehitetään jatkuvasti. Palvelut digitalisoituvat ja tietotekniset tarpeet kasvavat, joka tuo haasteita teknologian kehittämiseen. (Kuusi, Ryyänen, Kinnunen, Myllykangas & Lammintakanen, 2006.) Terveydenhuollon ja yhteiskunnan muutoksessa palveluiden tarpeet kasvavat. Hoitotoimet kehittyvät ja vaativat uusia taitoja. Eri ammattiryhmien välisen yhteistyön merkityksellisyys korostuu tehokkaan hoidon takaamiseksi. Turvallinen hoito vaatii aktiivista yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä. Julkinen terveydenhuolto on vaikutusaltis yhteiskunnallisille muutoksille ja myös palveluiden digitalisoituminen haastaa terveydenhuollon toimijoita. Muutosten ja haasteiden kohdatessa yksittäinen työntekijä tarvitsee moniammatillisen työyhteisön osaamista ja yhteistä vastuunjakoa.

Terveydenhuollon toimintaa kehitettäessä on pyritty löytämään uusia erilaisia tapoja toteuttaa toimintaa. Näiden pyrkimysten rinnalle usein perustetaan kehityshankkeita ja toimintaohjelmia. Myös moniammatillisen yhteistyön merkityksellisyyttä ilmaistaan kansallisissa ohjelmissa. Sosiaali- ja terveysministeriön (2012, 13) laatimassa sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämisohjelmassa (Kaste) nivotaan yhteen hallitusohjelma ja sosiaali- ja terveysministeriön strategian mukainen säädös-, resurssi- ja vuorovaikutusohjaus. Ohjelma on sosiaali- ja terveydenhuollon pääohjelma, johon muut alan keskeiset ohjelmat integroituvat. Isoherranen ym. (2008) ovat kirjassaan esitelleet Sosiaali- ja terveysministeriön laatimaa Kansallista tavoite- ja toimintaohjelmaa KASTE 2004–2007, jossa korostettiin saumatonta hoito- ja palveluketjua sekä eri ammattiryhmien, yksityisen ja julkisen sektorin yhteistyötä. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen osalta sosiaali- ja terveydenhuollon tehostamisen tarve on paikallistasolla ajanut kunnat etsimään uusia ja joustavampia palvelutuotannon tapoja. Tästä on seurannut tarve arvioida sosiaali- ja terveysalan organisaatioiden henkilöstörakennetta ja työmenetelmiä, jonka takia on alettu korostamaan eri ammattiryhmien välistä tasa-arvoista yhteistyötä ja yhteisiä tavoitteita. Sosiaali- ja terveysministeriö (2012, 30) korostaa KASTE 2012–2015 ohjelman kuudennessa osaohjelmassa henkilöstön saatavuuden ja pysyvyyden olemista edellytyksenä väestön tarpeita vastaavalle sosiaali- ja terveystarjonnalle. Eläkepoistuma henkilöstössä on kasvussa. Samaan aikaan palveluntarve kasvaa. Tä-

mä edellyttää henkilöstön hyvinvoinnin huomioivaa henkilöstöpolitiikkaa ja monialaisen toimintakulttuurin kehittämistä.

2.5 Kehittämishanke ohjaamaan moniammatillista yhteistyötä

Moniammatillisen yhteistyön tehokasta toteuttamista on tuotu esille kehittämishankkeissa. Haartmanin sairaalassa moniammatillisen työryhmän toiminnan tueksi on muotoutunut Lupaava-hankkeen osana kehitetty liikkumissuunnitelma. Lupaava-hanke on Helsingin kaupungin kehittämishanke, joka on kotihoidon käyttöön suunniteltu lupaa-vien käytäntöjen jalostamisen hanke, se käynnistyi kolmivuotisena hankkeena loka-kuussa vuonna 2006. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2012.) Lupaava-hankkeeseen liittyy liikkumissopimus, joka on sopimus potilaan liikkumisesta ja sen tarkoituksena on varhainen mobilisointi ja toimintakyvyn tukeminen. Liikkumissopimuksessa hyödynnetään usean eri ammattiryhmän osaamista potilaan toimintakyvyn hyväksi. Kaupunginsairaaloissa liikkumissopimus on muutettu liikkumissuunnitelmaksi.

Kaupunginsairaaloissa kehittämishanke käynnistyi 2009 Helsingin kaupungin terveyskeskuksen tilaaman professori Olli-Pekka Rynänen tutkimuksen perusteella. Kaupunginsairaaloissa toteutuksen välineenä käytetään liikkumissuunnitelmaa, joka on suunnitelma liikkumissopimusta varten. (Nummi 2011, 40–43.) Liikkumissuunnitelma otettiin Haartmanin sairaalassa käyttöön joulukuussa 2009. Liikkumissuunnitelma on osa Haartmanin sairaalan moniammatillista yhteistyötä, joten se on liitetty osaksi tätä opinnäytetyötä. Myös työelämätahto ilmaistiin mielenkiintoa sen suhteen, että liikkumissuunnitelmalla olisi paikka tässä opinnäytetyössä.

Premissilehden artikkelissa Miten projektit, hankkeet ja suunnitelmat toteutuvat työpäikällä (Nummi 2011, 40–44) kerrotaan Haartmanin sairaalan toimintakykyä edistävästä työotteesta ja liikkumissuunnitelman käyttöönotosta. ”Potilaan toimintakyvyn tukemisessa tavoitteena on hoitoaikojen lyhentyessä toimintakyvyn säilyminen ja kotiutuksen järjestelmällisyys”. Toimintakyvyn parantaminen nähdään hoitamisen ytimenä ja perinteinen hoivaaminen esteenä kuntoutumiselle. Uutena ajatteluna asenteiden muutoksen tueksi on, että hyvän tekeminen tarkoittaa nyt potilaiden omien valmiuksien hyödyntämistä. Tätä viestiä halutaan tuoda niin opiskelijoille, työntekijöille kuin potilaillekin.

Haartmanin sairaalan moniammatilliseen kuntoutustiimiin kuuluvat hoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä ja lääkäri sekä tarvittaessa päihdetyöntekijä ja psykiatrinen sairaanhoitaja. (Nummi 2011, 40–44.)

2.5.1 Liikkumissuunnitelma

Liikkumissuunnitelman tarkoituksena on tukea ikääntyneiden toimintakykyä ja olla käytännön työväline potilaan toiminta- ja liikkumiskyvyn tukemisessa. Haartmanin sairaalassa liikkumissuunnitelmaa käytetään osana kuntouttavaa työtä. Suunnitelma tehdään kaikille vuodeosaston potilaille ja sellaisille päivystyspoliklinikan ja osaston potilaille, jotka ovat mobilisoitavissa. Liikkumissopimukseen kirjataan potilaan tarvitsema apu sekä toiminnot, joihin potilas osallistuu tai jotka potilasta ohjataan tekemään itsenäisesti. Uusi työtapa vaikuttaa potilaan kotiutumisennusteeseen ja pärjäämiseen kotona. Siirtyminen sairaalasta kotiin on yksi hoitopolun kriittinen kohta. Kotihoitoon siirryttäessä liikkumissuunnitelma muuttuu liikkumissopimukseksi. (Nummi 2011, 40–44.)

2.5.2 Liikkumissopimus

Liikkumissopimus on iäkkään ihmisen toimintakyvyn arviointia ja arkiliikkumiseen ohjaamista ja kannustamista. ”Liikkumissopimuksen tarkoituksena on sisällyttää kotihoidon asiakkaan hoitosuunnitelmaan sopimus hänen liikkumisestaan”. Liikkumissopimuksen ovat kehittäneet yhteistyössä Helsingin kaupungin terveystieteiden keskus ja ikäinstituutti kotihoidon käyttöön. (Ikäinstituutti & Kuntokallio-säätiö 2005, 21.) Tavoitteena Luopaava-hankkeessa (2009) on, että kotihoidon vanhusasiakkaan kotona hoitaminen ehkäisisi vanhuksen syrjäytymistä hänen toimijuuttaan tukemalla. Toimintamalli tarjoaa mahdollisuuden vakiinnuttaa ikääntyneiden asiakkaiden toiminta- ja liikkumiskyvyn tukeminen osaksi jokaista asiakkaan kotiin tehtävää välitöntä käyntiä. Pääasiallisena tavoitteena liikkumissopimuksessa on asiakkaan toimintakyvyn ylläpito tai edistäminen. Toimintakyvyllä tarkoitetaan selviytymistä jokapäiväisestä elämästä. Se merkitsee itsenäisyyttä ja mahdollisuutta hallita omaa elämäänsä. Toimintakyky edistää elämänlaatua, koska sen avulla voi toteuttaa itselleen tärkeitä asioita yksin tai yhdessä lähellä olevien ihmisten kanssa. Toimintakyky jaotellaan fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen. Toi-

mintakyvyn osa-alueet ovat vahvassa vuorovaikutuksessa keskenään ja vahvuudessa niiden vuorovaikutus korostuu selviytymisessä. Esimerkiksi: Vanhus masentuu – lakkaa liikkumasta – fyysinen toimintakyky heikkenee ja sosiaaliset kontaktit vaikeutuvat. (Ikäinstituutti & Kuntokallio-säätiö 2005, 14–16.)

Liikkumissopimuksen laadinnassa ja toteutuksessa on oleellista saada asiakas motivoitua sopimuksen toteutumiseen. Motivoinnissa tärkeää on asiakkaan osallistaminen passiivisesta toimijasta aktiiviseksi oman elämänsä hallitsijaksi. Potilaat ovat pääosin muistisairaita ja heidän kanssaan toistojen, selkeän ohjauksen ja tuen merkitys korostuu. Elooranta, Huomo, Virkki ja Frilander-Paavilainen (2010) kuvailevat että, muutos lähtee liikkeelle asiakkaan tarpeista ja asenteista, joiden perusteella neuvonnan sisältö suunnitellaan. Tieto käsitellään yhdessä asiakkaan kanssa varmistaen hänen ymmärtämisensä, jotta hän voi soveltaa saamiaan neuvoja arjen valinnoissa. Neuvonta tapahtuu tasavertaisen, vastavuoroisen keskustelun avulla ja molemmat kantavat vastuuta elintapaneuvonnan etenemisestä ja onnistumisesta.

3 POTILAS HOITOTYÖN KESKIÖSSÄ

Vanhoissa terveydenhuollon professioiden määrittelyissä korostetaan, ettei potilas voi ymmärtää ja arvioida asiantuntijoiden päätöksiä. Nykyään autoritatiivisista terveydenhuollon asiantuntijoista on tullut terveydenhuollon asiantuntijoita, jotka toimivat yhteistyössä potilaan kanssa. Erot maallikon ja asiantuntijan välillä ovat kaventuneet tiedon saatavuuden ansiosta. Nykyisen kaltaiset tietoverkot tarjoavat potilaille mahdollisuuden tietoon, joka on aiemmin ollut vain asiantuntijoiden saatavilla. (Isoherranen 2012, 61.) Potilaat ovat valveutuneempia ja heidän huomioiminen oman tilanteensa asiantuntijoina on tärkeää hoitopäätöksiä tehtäessä. Moniammatillinen yhteistyö onkin vuorovaikutusta eri ammattiryhmien ja potilaan kanssa.

3.1 Potilaslähtöisyys

Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja niin että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 2luku 3§.) Terveydenhuollon ja hoitotyön keskiössä pitäisi aina olla potilas sekä tavoitteena potilaan hyvä hoito. Myös eri ammattiryhmien työskennellessä yhdessä, olisi suotavaa huomioida yhteistyössä myös potilas ja toisaalta vain potilas.

Isoherranen (2012, 25) esittää potilasta hyödyttäväksi moniammatillisesta työtavasta hoidon ja hoivan laadun parantumisen ja tehostumisen sekä hoidon kokonaisvaltaistumisen. Potilaan eduksi moniammatillinen työtapa tuo myös sairaalassaoloaikojen lyhentymisen ja kotiutuksen jatkuvuuden parantumisen. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiirissä (2006) hyvä hoitosuhde määritellään turvalliseksi yhteistyöprojektiksi. Se on eri ammattiryhmien edustajien ja potilaan välinen hoidollinen suhde, joka perustuu tietoon, vuorovaikutukseen ja tasaveroisuuteen. Onnistuneen hoitosuhteen edellytyksenä on yhteistyö, jonka päämääränä on potilaan hyvinvointi. Yhteistyössä ovat osana potilas, omaiset tai muu lähipiiri ja heillä on oikeus saada tukea sekä tietoa hoidosta. Tärkeää hyvässä hoitosuhteessa on luottamus, joka tuo potilaalle turvallisuuden tunteen. Luottamuksen luomiseksi terveydenhuollon edustajan tulee osoittaa ammattitaitoaan,

kunnioittaa potilasta sekä uskoa itseensä ja antamaansa hoitoon. Hoitosuhteen onnistumista edesauttavat vuorovaikutus ja aito kohtaaminen sekä kuunteleminen. Lähtökohtana hoidossa pitäisi aina olla potilaan ehdoilla toimiminen.

Potilaslähtöisyyteen pyritään, mutta organisaation ja kaupungin visiot, strategiat ja resurssit asettavat omat rajansa. Organisaation rajat saattavat aiheuttaa tilanteita, joissa työntekijät tekevät päätöksiä enemmän organisaatio kuin potilaslähtöisesti, mutta potilaille ja omaiselle nämä asiat ovat näkymättömiä. Systemistä informoimalla voidaan selvittää monet ristiriidat. Tiimin yhteneväisyys ja kyky tukea muita jäseniä sekä jakaa vastuuta on merkityksellistä ristiriitatilanteissa. Usein kompromissiratkaisu löytyy, mutta herää kuitenkin kysymys, kuinka potilaslähtöinen se näissä puitteissa on. (Isoherranen 2012, 132 –133.)

3.2 Potilaan turvallinen hoito edellyttää yhteistyötä

Potilaiden hoito kehittyi kokoajan ja siinä kohdattavat ongelmat monimutkaistuvat. Ongelmat vaativat laaja-alaista osaamista ja asiantuntijuutta. Potilashoidon turvallisuuden ja laadun takaaminen edellyttää eri ammattiryhmien välillä saumatonta yhteistyötä, unohtamatta potilaan ja hänen läheistensä osallistamista hoitoon ja sen suunnitteluun. Hoitohenkilökunnan kuuluu neuvoa potilasta ja hänen läheisiään sekä mahdollisuuksien mukaan kouluttaa heitä. On myös tärkeää muistaa todella kuunnella potilasta ja hänen läheisiään sekä huomioida heidän näkemyksensä. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (5§) säätelee seuraavasti. Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Selvitystä ei kuitenkaan tule antaa vastoin potilaan tahtoa tai silloin, kun on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. Terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 2luku.)

”Primum est non nocere” on sairaanhoidon ikiaikainen kantava periaate, joka tarkoittaa käännettynä, että tärkeintä on olla vahingoittamatta. Kansainvälisten selvitysten mukaan 5 – 10 % sairaalapotilaista altistuu haittatapahtumalle, ja 1 %:lle aiheutuva haitta on va-

kava. Suomen oloihin muunnettuina vakavia, jopa kuolemaan johtavia, haittatapahtumia on arvioitu esiintyvän 750 – 1 500 vuodessa. Tutkimusten perusteella vuodeosastohoidossa haittatapahtumien aiheuttamiksi kustannuksiksi on arvioitu Suomessa 409 000 000 euroa vuodessa. Ainakin puolet näistä kustannuksista olisi estettävissä. Tyypillisin haittatapahtumiin vaikuttava tekijä liittyy tiedonkulkuun ja yleisin ehdotus toistumisen estäväksi toimenpiteeksi oli tapahtumasta informointi. (Ruuhilehto, Kaila, Keistinen, Kinnunen, Vuorenkoski & Wallenius 2011.)

Vaaratapahtumat saavat tyypillisesti alkunsa unohduksista, erehdyksistä ja väärinkäsityksistä jokapäiväisissä työtilanteissa. Potilasturvallisuuden varmistamiseksi tarvitaan säännönmukaisia menettelytapoja, joiden toteutuksessa merkittävää on toimiva viestintä eri ammattiryhmien välillä. Tiedonkulun ongelmat vaikuttavat oleellisesti haittatapahtumiin. Tehokas ja laadukas viestintä ehkäisee väärinkäsityksiä. Etenkin suullisia lääkemääräyksiä tai hoito-ohjeita annettaessa olisi varmistettava, että asia kuultiin oikein. Esimerkiksi pyytämällä viestin vastaanottajaa toistamaan viestin keskeinen sisältö. (Kinnunen & Helovuori 2012.) Lääkitystapahtumia kirjataan yleensä eniten raportoitessa terveydenhuollon vaaratapahtumia. Suomessa tehdyissä lääkityspoikkeamia koskevissa tutkimuksissa lääkkeiden antovirheet ovat olleet tavallisia. Vaikuttaviksi tekijöiksi on todettu lääkkeenjakoiltojen rauhattomuus, tehtävien jaon epätarkoituksenmukaisuus, määräysten epäselvyys tai ristiriitaisuus ja puutteellinen dokumentointi esimerkiksi potilassiirtojen yhteydessä. (Kaila ym. 2011.) Potilaan turvallinen hoito edellyttää toimivia työyhteisöjä, joissa eri ammattiryhmät ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa. Turvallisen hoidon takaamiseksi moniammatillisen yhteistyön tulisi olla suunnitelmallista ja tavoitteellista.

4 TOIMINTAYMPÄRISTÖNÄ HAARTMANIN SAIRAALA

Opinnäytetyöni toimintaympäristö on Haartmanin sairaalan yhteispäivystys ja vuodeosastot. Toimintaympäristön henkilöstöstä opinnäytetyössäni ovat mukana terveyskeskuksen ja laitoshuollon henkilöstö.

Haartmanin sairaala on Helsingin kaupungin terveyskeskuksen sairaala, jossa hoidetaan pääasiassa helsinkiläisiä aikuisia eteläiseltä, kaakkoiselta ja läntiseltä alueelta. Haartmanin toimintaan sisältyy yhteispäivystys, joka koostuu terveyskeskuspäivystyksestä sekä perustason sisätautien ja kirurgisesta päivystyksestä. Terveyskeskuspäivystykseen kuuluu myös päivystys- ja valvontaosasto kaksi, jossa on neljätoista osastopaikkaa ja kymmenen valvontapaikkaa. Päivystys- ja valvontaosasto kahdella potilaiden keskimääräinen hoitoaika on 2,5 vuorokautta. Vuodeosastoja Haartmanin sairaalassa on neljä (osastot 3–6). Osastopaikkoja osastoilla 3–6 on 22–24 ja keskimääräinen hoitoaika 6,6 vuorokautta. Osastoille tullaan päivystysyksikön kautta ja osastoilla on erilaisia painopistealueita. Osastolla kolme hoidetaan sydänsairaudet, osastolle neljä painottuu päihdeosaaminen, osastolle viisi keskitetään ongelmamikrobipotilaat ja osastolla kuusi hoidetaan kirurgiset potilaat (ei leikkaustoimintaa). (Esite uusille työntekijöille.) Käytössä Haartmanin sairaalassa on myös pääkaupunkiseudun hammaslääkäripäivystys, HUS-röntgen, HUSLAB ja HUS-Service. Konsultaatioapua voi pyytää anestesia- ja kardiologilta, infektio- ja geriatriltä, psykiatriltä sekä neurologin ja kirurgin palvelut ovat mahdollisia. (Toivonen 2010.) Omaa henkilökuntaa välittömässä potilas-työssä Haartmanissa ovat sairaanhoitajat, perushoitajat, psykiatrinen sairaanhoitaja, päihdetyöntekijä, kotiutushoitaja, fysioterapeutit, toimintaterapeutit, laitoshuoltajat, välinehuoltajat, sosiaalityöntekijä, osastonsihteerit ja lääkärit.

Haartmanin sairaala aloitti toimintansa Meilahden sairaala-alueella vuonna 2009. Ennen tätä sairaala toimi Marian sairaalana Lapinlahdessa. Vuoden aikana Haartmanin sairaalassa hoidetaan lähes 70 000 potilasta, joista suurin osa on vanhuksia. Kotoa sairaalapäivystykseen saapuvat vanhukset ovat huonompikuntoisia kuin aiemmin vanhainkodista saapuneet vanhukset, joten toimintakyvyn tukeminen on hoitamisen ydin ja sujuva

moniammatillinen yhteistyö tärkeä väline kuntouttavassa työtöteessä. (Nummi 2011, 41–42.)

4.1 Moniammatillisuus päivystyssairaalassa

Päivystyssairaalassa potilaiden hoidontarpeet usein vaativat usean eri ammattiryhmän osaamista ja olisi hyvin tärkeää, että yhteistyö ja työnjako eri ammattiryhmien välillä ovat toimivia. Päivystyssairaalassa hoitoajat ovat lyhyitä. Varsinkin yhteispäivystyksessä potilaat saatetaan kohdata kiireellisyyttä vaativissa tilanteissa, joissa tilanteen muuttuvuus on nopeaa ja potilaiden erilaisuus ennakoimatonta. Tämän kaltainen hoitotyö tuo haasteita hoitosuhteen luomiselle ja asettaa terveydenhuollon asiantuntijat vaatimaan asemaan myös eri ammattiryhmien välisen yhteistyön toteuttamiseen ei välttämättä ole mahdollisuuksia.

Päivystystyö on kolmivuorotyötä, joten potilaita hoitavissa työryhmissä tapahtuu jatkuvaa muutosta. Potilasmäärät ovat suuria ja työntekijöiltä vaaditaan nopeaa päätöksentekoa. Kommunikoinnille jää niukasti aikaa. Päivystystyön keskeisenä tavoitteena on nopea diagnosointi ja jatkohoitopäätöksen tekeminen. Siinä miten eri ammattiryhmien tulisi työskennellä moniammatillisesti, tulee ottaa huomioon missä hoitopolun vaiheessa työskennellään. Muissa terveydenhuollon yksiköissä tyypilliset moniammatillisen yhteistyön muodot, kuten kierrot, eivät päivystystyössä välttämättä toimi sen nopeuteen johtuen. (Collin, Vallela, Herranen, Paloniemi & Pyhtälä-Liljeström 2012, 19.)

Päivystyspotilaiden hoitoa on keskitetty yhteispäivystyspisteisiin, joissa potilaan hoitoa ohjaa tulosy, ei erikoisala tai perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitotaso. Potilaat hoidetaan tulosityn mukaan moniammatillisissa ryhmissä. Päivystysalueen työssä korostuvat hyvät kliiniset taidot, ennakoimattomuuden ja paineen sietokyky, moniammatilliset yhteistyötaidot, priorisointikyky sekä palvelujärjestelmien tuntemus. Useiden eri ammattiryhmien hoitaessa potilasta hoitoprosessien välissä herkästi tapahtuu tiedonkulun heikkouksia. Saatetaan tehdä samoja hoitotoimenpiteitä toistamiseen, tai unohtaa tehdä hoitotoimenpiteet. (Viinikainen, Solonen, Manninen, & Pyhtälä-Liljeström, 2012, 89.)

Mikko Nuorinko (2011) kuvaa potilaan kohtaamista päivystyksessä tilanteeksi, jossa potilaan orientaatiosta ja yleisilasta riippumatta häntä pyritään hoitamaan asiallisesti ja ihmisarvoa kunnioittavasti. Hänellä on oikeus terveydentilansa edellyttämään hoitoon käytettävissä olevien voimavarojen rajoissa. Hoitoratkaisut on tehtävä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa.

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Työn tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää ja kuvailla Haartmanin sairaalan henkilökunnan ajatuksia moniammatillisesta yhteistyöstä sairaalan sisäisissä yhteistyötilanteissa. Tavoitteena on tuottaa tietoa moniammatillisen työyhteisön kehitystarpeisiin.

Tutkimuskysymykset ovat:

- Mikä edistää moniammatillista yhteistyötä?
- Mikä haittaa moniammatillista yhteistyötä?

5.2 Aineiston hankinta

Keräsin opinnäytetyöni aineiston kvantitatiivisella kyselyllä. Kyselylomakkeet (300 kappaletta) toimitin Haartmanin sairaalaan 15.11.2012 kaikille terveyskeskuksen ja laitoshuollon työntekijöille. Esittelin kyselyn laajennetussa johtoryhmän kokouksessa. Jätin kyselylomakkeet ja laatikot palautusta varten johtoryhmälle, jotta voivat jakaa ne henkilökunnalle, joko lokeroihin tai osastotunnilla. 30.11.2012 hain 167 täytettyä kyselylomaketta. Kuusi kyselylomaketta jouduin hylkäämään, sillä niistä neljä oli epätäydellisesti täytetty ja kaksi vastaajaa ei kuulunut tutkimuslupani piiriin. Lopullinen aineisto on siis 161 kyselylomaketta. Kyselyllä oli tarkoitus tavoittaa kaikki Haartmanin sairaalassa työskentelevät terveyskeskuksen ja laitoshuollon työntekijät, joita on noin 300 henkilöä. Suuresta vastaajamäärästä johtuen määrällinen tapa selvittää tutkimuskysymyksiä oli tässä yhteydessä luonteva vaihtoehto.

5.3 Kvantitatiivinen menetelmä

Vastaajia kvantitatiiviseen tutkimukseen tarvitaan riittävästi, jotta otos olisi mahdollisimman suuri ja edustaisi keskimääräistä mielipidettä ja asennetta mahdollisimman hyvin (Vilkkä 2007, 17). Kvantitatiivisen menetelmän pyrkimyksenä on kuvata yhdenmukaisuuksia (KvantiMOTV 2007). Kvantitatiivisella eli määrällisellä tutkimuksella selvitetään lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä (Heikkilä 2008, 16). Tietoa tarkastellaan yleensä numeerisesti ja määrällistä aineistoa kerätään useimmiten strukturoidun kyselyn avulla (Vilkkä 2007, 14). Ominaista on tutkittavassa ilmiössä tapahtuvien muutosten selvittäminen ja aineiston tuloksien yleistäminen tutkittuja havaintoyksiköjä laajempaan joukkoon. Määrällisellä tutkimuksella saadaan yleensä selvitettyä olemassa oleva tilanne mutta ei pystytä selvittämään asioiden syitä. (Heikkilä 2008, 16.) Kyselyn avulla oli tarkoitus löytää yhdenmukaisuuksia sekä eri ammattiryhmien ja yksiköiden välisiä eroja tai yhteneväisyyksiä.

5.4 Kyselylomakkeen laatiminen

Kyselylomake laadittiin tätä opinnäytetyötä varten. Kysymyksien aiheet tulevat työelämätahton esittämistä aiheista ja ehdotuksista. Kysely perustuu Elorannan ja Kuuselan (2011) tutkimukseen moniammatillisen yhteistyön ja hoitotyön edellytyksistä sekä Vuokko Maria Nummen (2011) artikkeliin: Miten projektit, hankkeet ja suunnitelmat toteutuvat työpaikalla. Olen operationalisoinut tutkimuksen ja artikkelin keskeiset käsitteet mitattavaan muotoon eli lomakkeen kysymyksiksi. Kyselyä laatiessani otin huomioon Elorannan ja Kuuselan (2011) tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen käsitteet mahdollisimman laajasti. Kysymysten muotoiluun ja aseteluun otin mallia muista opinnäytetöistä sekä opinnäytetyötä ohjaavilta opettajilta sain neuvoja ja ohjausta kyselyä laatiessani.

Saatekirjeessä kerroin mitä teen ja miksi sekä kenelle kysely on tarkoitettu. Saatekirjeessä korostan vapaaehtoisuutta ja anonymiteettia. Kyselyosa koostuu vastausohjeista, taustatiedoista ja kahdeksastatoista suljetusta väittämästä sekä kahdesta avoimesta kysymyksestä. Väittämiin vastattiin 3–5 portaisella asteikolla. Kyselylomake on esitettävä

kahdella hoitoalalla työskentelevällä henkilöllä ja sen perusteella jätin pois yhteistyörakenteisiin liittyvät tiedonkulkuun sopivat tietotekniset välineet sekä yhteiset toimivat tilat. Tämän tein, että kysely pysyisi riittävän suppeana eikä siihen vastaaminen olisi kohtuuttoman paljon aikaa vievää.

Kyselyyn osallistuivat Haartmanin sairaalassa työskentelevät terveyskeskuksen ja laitoshuollon työntekijät. Kyselyn ulkopuolelle rajasin työntekijät, joiden työsuhde oli kestänyt alle kuusi kuukautta. Kyselyssä oli kohta, jossa kysyn työssäoloaikaa, ja saatekirjeessä kerron, että kysely on tarkoitettu työntekijöille, joiden työsuhde on kestänyt yli kuusi kuukautta. Ammattitutkintoa kysyn taustatiedoissa ja tähän kohtaan sisällytin vastausvaihtoehdon ”muu, mikä?”. Tähän kohtaan voivat vastata ne, joiden ammattiryhmää ei ole erikseen eritelty, kuten osastosihteerit, psykiatriset sairaanhoitajat, päihde-työntekijät, sosiaalityöntekijät, fysioterapeutit ja toimintaterapeutit. Näiden ammattiryhmien edustus sairaalassa on pieni. Näin ollen heitä ei ollut mahdollista eritellä ammattiryhmien mukaan niin, että anonymiteetti olisi säilynyt. Kyselyssä kuitenkin kysyin heidän ammattiryhmäänsä, jotta tuloksissa voin ilmoittaa, mitkä kaikki ammattiryhmät kuuluvat kyseiseen ryhmään.

5.5 Aineiston analysointi

Kyselylomakkeiden aineiston analysointiin käytin SQL Server 2012 express relaatiotietokantaohjelmaa, johon on rakennettu aineistolle tietokantataulut kyselylomakkeiden aineistonkeruuta ja taulukointia varten. Opinnäytetyöhön käytetyt relaatiotietokantataulut on tehty tätä kyselylomaketta varten. Tietokantatauluihin syötettyihin tietoihin voi tehdä tietokantahakuja ja hakutoimintoja voi tehdä ristiin tietokantataulujen välillä kaikilla mahdollisilla tavoilla, jolloin saadaan monipuolista tietoa tietokannasta. Tietokannasta hakujen perusteella saatujen aineistojen tiedot esitellään Word-taulukoiden avulla. Tulokset esitetään kuvailevin tunnusluvin, prosentteina ja frekvensseinä.

Kyselylomakkeessa olevat suljetut eli valmiit vastausvaihtoehdot numeroin ja syötin numeroiden avulla tietokantaan. Avoimet kysymykset luokittelin ryhmiin ja annoin ryhmille numerot, joiden avulla syötin ne tietokantaan. Siirrettyäni suljetut ja avoimet kysymykset tietokantatauluihin käsittelin niitä ohjelmassa samanlaisilla hakukomen-

noilla. Avoimen kysymyksen (nro. 8) jätin pois tuloksista, koska suuri osa vastaajat oli ymmärtänyt kysymyksen eri tavalla kuin sen olin tarkoittanut. Kysymyksestä kahdeksan saamani informaatio ei ollut oleellista tässä opinnäytetyössä. Jätin tuloksista pois kyselyn taustatiedoista kohdan, jossa kysyn yleistä työssäoloaika alalla, sillä siitä saatu tieto oli hyvin yhteneväistä taustatietojen kysymyksen kanssa, jossa kysyin työssäoloaika Haartmanin sairaalassa. Tuloksissa en erittele taustatietojen ammattitutkintokohdan ”muu mikä” ryhmän ammattiryhmiä heidän anonymiteettinsä säilyttämiseksi.

6 MONIAMMATILLISTA YHTEISTYÖTÄ EDISTÄVÄT JA HAITTAAVAT TEKIJÄT

6.1 Vastaajien taustatiedot

Vastaajista suurin osa oli sairaanhoitajia (55 %) ja perushoitajia (24 %). Muiden ammattiryhmien osuus oli huomattavasti pienempi. Suurin osa vastaajista oli työskennellyt Haartmanissa 1–5 vuotta (38 %) ja 5–15 vuotta (31 %). Eniten vastauksia tuli päivystyspoliklinikalta (37 %) ja valvontaosasto kahdelta (19 %). (Taulukko 1)

TAULUKKO 1. Vastaajien taustatiedot

AMMATTITUTKINTO	%	(n)
Perushoitaja/lääkintävahtimestari	24	38
Laitoshuoltaja	4	7
Lääkäri	8	12
Sairanhoitaja	55	89
Muu	9	15
Yhteensä	100	161
TYÖSSÄOLOAIKA HAARTMANIN SAIRAALASSA	%	(n)
6 kuukautta – 1 vuosi	15	24
Yli 1 vuosi – 5 vuotta	38	62
Yli 5 vuotta – 15 vuotta	31	50
Yli 15 vuotta	16	25
Yhteensä	100	161

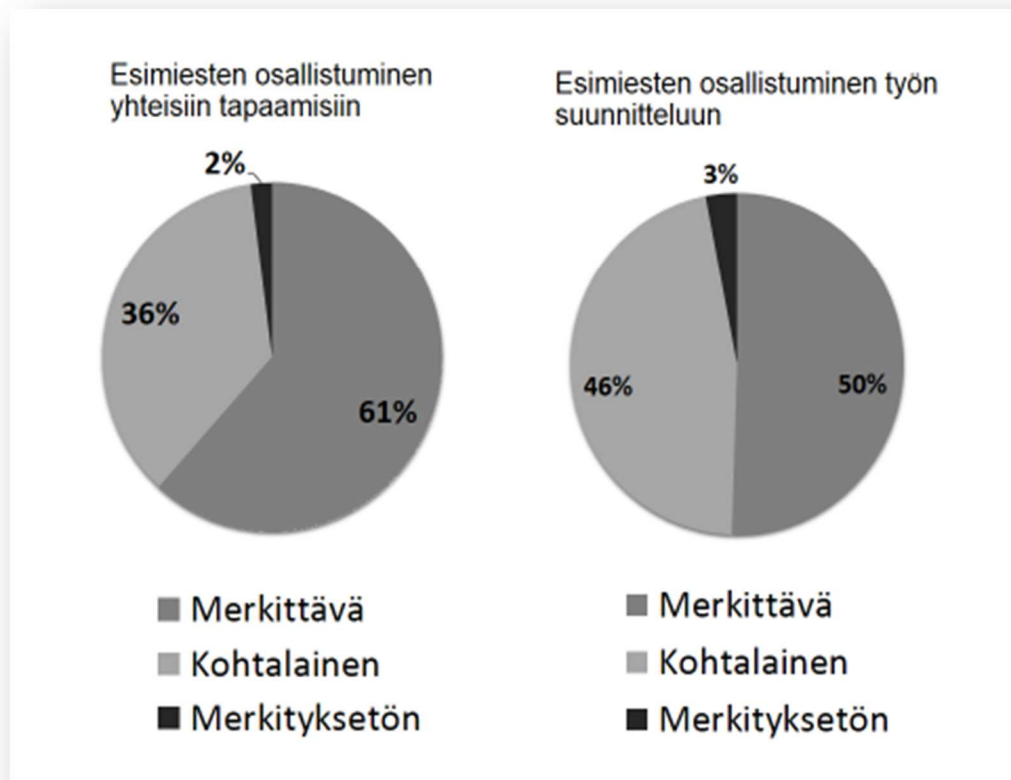
TYÖYKSIKKÖ	%	(n)
Päivystyspoliklinikka	37	56
valvontaosasto 2	19	29
osasto 3	7	10
osasto 4	5	7
osasto 5	7	11
osasto 6	7	11
muu	9	14
varahenkilöstö	9	14
Yhteensä	100	152

6.2 Moniammatillista yhteistyötä tukevat rakenteet

Yhteistyötä tukevien rakenteiden osa-alueista vastaajat arvioivat hyväksi esimiesten tuen monialaiseen koulutukseen. Yli puolet (60 %) vastaajista arvioi esimiesten kannustavan monialaiseen koulutukseen ja kolmannes (30 %) ajatteli esimiesten tukevan monialaiseen koulutukseen kohtalaisesti.

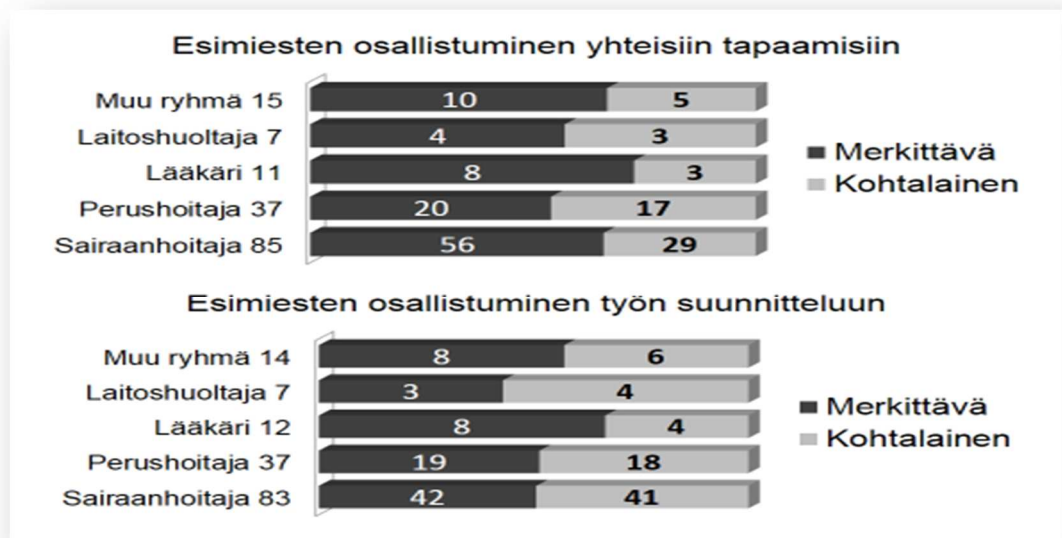
Lähes puolet (44 %) vastaajista piti vuorotyötä jonkin verran haittaavana tekijänä eri ammattiryhmien välisen yhteistyön toteutuksessa. 9 % ajatteli sen olevan merkittävän haittaava tekijä mutta lähes kolmannes (28 %) näki vuorotyön täysin merkityksettömäksi eri ammattiryhmien välisen yhteistyön toteutuksessa. Sairaanhoidajista (n=89) yli puolet (n=48) piti vuorotyötä jossain määrin haittaavana tekijänä ja kahdeksasosa (n=10) merkittävän haittaavana tekijänä sekä melkein kolmannes (n=26) täysin merkityksettömänä. Muiden ammattiryhmien kohdalla vastaukset vuorotyön haittaavuudesta painottuivat osittaisen ja merkityksettömän välille. Vuorotyön voidaan ajatella olevan jossain määrin haittaava tekijä eri ammattiryhmien välisen työn toteutuksessa ja eri ammattiryhmistä sairaanhoitajien näkevän vuorotyön haittaavimmaksi tekijäksi yhteistyön toteutuksessa.

KUVIO 2. Esimiesten osallistumisen merkityksellisyys yhteisiin tapaamisiin ja työn suunnitteluun



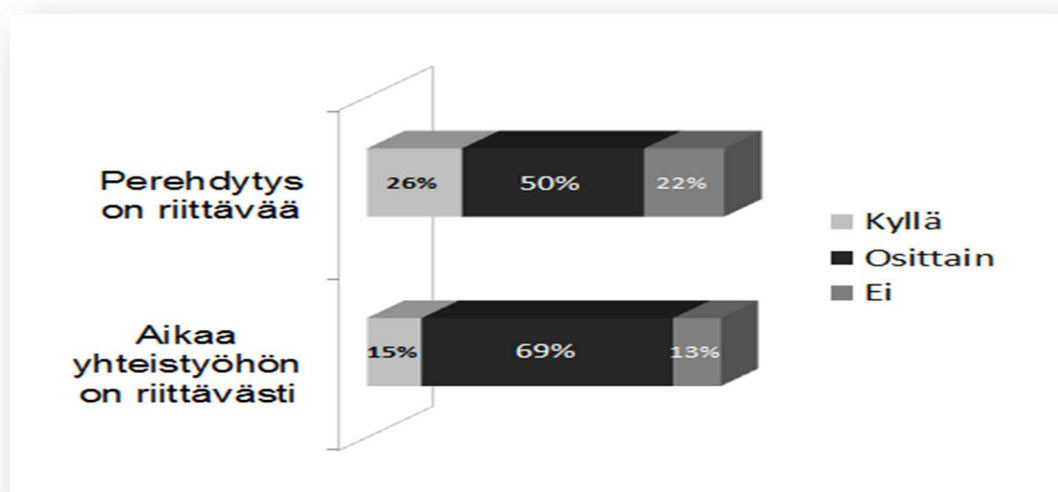
Vastaajien enemmistö (61 %, n=98) oli sitä mieltä, että esimiesten osallistuminen yhteistä toimintaa koskeviin tapaamisiin on merkittävää. Kohtalaisen merkittävänä sitä piti noin kolmannes (36 %, n=57). Esimiesten osallistuminen työn suunnitteluun nähtiin melko tasaisesti merkittäväksi (50 %, n=80) ja kohtalaisen merkittäväksi (46 %, n=73). Vain muutama henkilö oli sitä mieltä, että esimiesten osallistuminen yhteisiin tapaamisiin ja työn suunnitteluun on merkityksetöntä. Yleisesti työntekijät pitivät merkityksellisenä sitä, että esimiehet osallistuvat yhteisiin tapaamisiin ja työn suunnitteluun. (Kuvio 2)

KUVIO 3. Esimiesten osallistumisen merkityksellisyys yhteisiin tapaamisiin ja työn suunnitteluun



Kaikissa ammattiryhmissä pidettiin merkittävänä esimiesten osallistumista yhteistä toimintaa koskeviin tapaamisiin ja työn suunnitteluun. Esimiesten osallistumista yhteisiin tapaamisiin pidettiin jossain määrin merkityksellisempänä kuin työn suunnitteluun. Taulukon perusteella voidaan sanoa, että työntekijät toivovat esimiesten osallistumista yhteisiin tapaamisiin ja työn suunnitteluun. (Kuvio 3)

Kuvio 4. Ajan ja perehdyttämisen riittävyys



Vastaajien enemmistö arvioi, että aikaa yhteistyöhön löytyy jossain määrin (69 %, n=111). Uusien työntekijöiden perehdytyksen nähtiin olevan puutteellista. Vain neljän-

neksen (26 %, n=41) mielestä se oli riittävää mutta toisen neljänneksen (22 %, n=35) mielestä täysin riittämätöntä ja puolet (50 %, n=80) vastaajista näki perehdytyksen jonkin verran riittäväksi. (Kuvio 4)

TAULUKKO 5 Ajan riittävyys yhteistyöhön. Ammattiryhmittäin

Yhteistyö	Aikaa on riittävästi			
	Kyllä n	Osittain n	Ei n	n
Sairaanhoidaja	10	66	9	85
Perushoitaja	6	27	5	38
Lääkäri	1	10	1	12
Laitoshuoltaja	1	3	2	6
Muu ryhmä	2	5	8	15

Suurin osa ammattiryhmistä arvioi ajan riittävyyden yhteistyöhön osittaiseksi. Muu ryhmässä suurin osa vastaajista arvioi ajan riittämättömäksi. Yleisesti voidaan päätellä, että vastaajien mielestä aikaa yhteistyölle olisi hyvä olla enemmän (Taulukko 5)

TAULUKKO 6. Perehdytyksen riittävyys

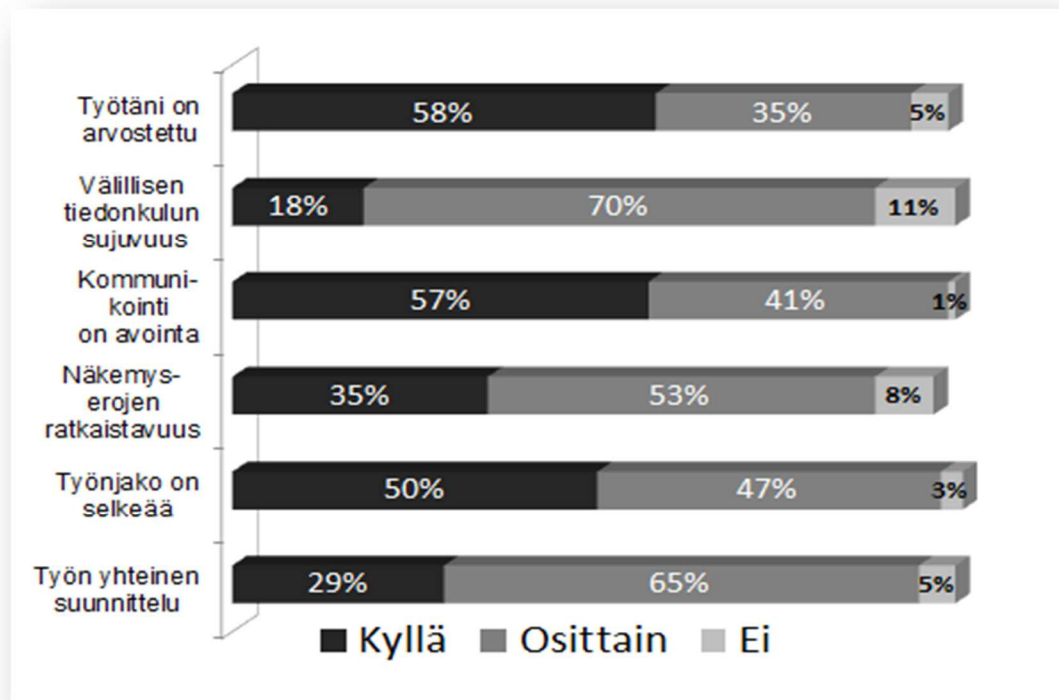
Perehdytys	Perehdytys on riittävää			
	Kyllä n	Osittain n	Ei n	n
Päivystyspoliklinikka	5	33	17	55
Valvontaosasto 2	6	15	7	28
Varahenkilöstö	6	6	2	14
Muut ryhmä	5	7	0	12
Osasto 6	6	4	1	11
Osasto 5	2	4	4	10
Osasto 4	3	3	1	7
Osasto 3	4	4	2	10

Riittävimmäksi perehdytyksen arvioivat osasto kuuden työntekijät. Riittämättömimmäksi perehdytyksen arvioivat päivystyspoliklinikan, valvontaosasto kahden ja osasto

viiden työntekijät. Muilla osastoilla perehdytys arvioitiin melko tasan riittäväksi ja osittain riittäväksi. (Taulukko 6)

6.3 Yhteistyöprosessit moniammatillisen yhteistyön toteutuksessa

Kuvio 7. Yhteistyöprosessit vastaajien arvioimina



Suurin osa vastaajista (58 %, n=93) koki muiden arvostavan omaa työtään, mutta 35 % (n=56) vastaajista arvioi, ettei sitä täysin arvostettu. Tiedonkulkua tilanteissa, joissa ei olla välittömässä kontaktissa noin viidennes (18 %, n=28) vastaajista piti sujuvana mutta enemmistö (70 %, n=113) piti välillistä tiedonkulkua jossain määrin sujumattomana. kymmenes (11 %, n=18) vastaajista arvioi välillisen tiedonkulun täysin sujumattomaksi. Eri ammattiryhmien välistä kommunikointia suurin osa vastaajista (57 %, n=92) piti avoimena ja loput (41 %, n=66) vastaajat osittaisesti avoimena. Näkemyseroihin kolmannes (35 %, n=56) vastaajista arvioi löytyvän ratkaisu aina mutta puolet (53 %, n=86) arvioi, ettei sitä aina löydy. Puolet (50 %, n=81) vastaajista piti työnjakoa selkeänä ja noin puolet (47 %, n=75) jonkin verran epäselvänä. Vastaajien arvioidessa työn yhteistä suunnittelua noin kolmannes (29 %, n=40) vastaajista arvioi työn yhteisen suunnittelun tapahtuvan yhteisesti. Kuitenkin vastaajien enemmistö (65 %, n=88) näki

siinä olevan parannettavaa, mutta vain muutama (5 %) vastaaja arvioi, ettei työtä suunnitella yhteisesti. (Kuvio 7)

TAULUKKO 8. Työn arvostus.

Työssäoloaika Haartmanin sairaalassa	Kokemus oman työn arvostuksesta		n
	Kyllä	Osittain	
6kk – 1 vuotta	14	8	22
1–5 vuotta	31	24	55
5–15 vuotta	32	15	47
Yli 15 vuotta	16	9	25

Vertailtaessa vastaajien vastauksia työssäoloajan Haartmanin sairaalassa perusteella ilmeni, että 1–5 vuotta työskennelleiden ryhmässä nähtiin muiden arvostus omaa työtä kohtaan heikoimmaksi. (Taulukko 8)

Tehtäessä vertailua ammattiryhmittäin jakautuivat kaikkien ammattiryhmien vastaukset melko tasan kyllä- ja osittain-vaihtoehtojen välille. Kaikista ammattiryhmistä löytyi yksittäisiä ei vastauksia.

TAULUKKO 9. Välillisen tiedonkulun sujuvuus (fr)

Tiedonkulku	Päivystyspoliklinikka valvontaosasto 2 varahenkilöstö			Osastot 3–6		
	Kyllä	Osittain	n	Kyllä	Osittain	n
Ammattiryhmät						
Sairaanhoidtaja	9	46	55	4	15	19
Perushoitaja	1	17	18	4	8	12
Lääkäri + muu	2	6	8	2	2	4
Laitoshuoltaja		1	1		3	3

Osastoryhmästä tai ammattiryhmästä riippumatta vastaajien enemmistö arvioi välillisen tiedonkulun osittain sujuvaksi. Poikkeuksena osastojen 3–6 lääkärit ja muu ryhmä keiden kohdalla näkemys painottuu tasan osittain selkeän ja selkeän välille. (Taulukko 9)

TAULUKKO 10. Kommunikoinnin avoimuus (fr)

Kommunikointi	Päivystyspoliklinikka valvontaosasto 2 varahenkilöstö			Osastot 3–6		
	Kyllä	Osittain	n	Kyllä	Osittain	n
Ammattiryhmät						
Sairaanhoitaja	36	30	66	10	9	19
Perushoitaja	11	10	21	10	3	13
Lääkäri + muu	6	2	8	2	2	4
Laitoshuoltaja	1	1	2	1	2	3

Ammattiryhmästä tai osastoryhmästä riippumatta työntekijät arvioivat kommunikoinnin tasaisesti avoimeksi ja osittain avoimeksi. Osastojen 3–6 perushoitajat arvioivat kommunikoinnin avoimemmaksi. Päivystyspoliklinikan, osasto kahden ja varahenkilöstön lääkärit ja muu ryhmä arvioivat myös kommunikoinnin muita avoimemmaksi. (Taulukko 10)

Haettaessa tietoa työssäoloajan Haartmanin sairaalassa perusteella ilmeni, että 6kk – 1vuoden työskennelleiden ryhmässä arvioitiin kommunikoinnin avoimuus heikoimmaksi (osittain n=12 ja kyllä n=12). Näkemys kommunikoinnin avoimuudesta parani sitä mukaa mitä kauemmin työntekijä olivat työskennelleet Haartmanissa niin, että yli 15 vuotta talossa työskennelleet arvioivat kommunikoinnin muihin verrattuna avoimimmaksi (osittain n=8 ja kyllä n=17).

TAULUKKO 11. Näkemyserojen ratkaistavuus (n=)

Työssäoloaika Haartmanin sairaalassa	Näkemyseroihin löydetään ratkaisu		n
	Kyllä	Osittain	
6kk – 1vuotta	6	14	20
1–5vuotta	24	31	55
5–15vuotta	18	28	46
Yli 15vuotta	8	13	21

Kaikissa ryhmissä arvioidaan, että näkemyseroihin ei aina löydetä ratkaisuja. Alle vuoden ja yli viisitoista vuotta Haartmanin sairaalassa työskennelleet työntekijät näkevät

näkemyserojen selvittämisen hieman muita työntekijöitä haastavammaksi. (Taulukko 11)

TAULUKKO 12. Työnjaon selkeys (fr)

Työnjako on selkeää	Päivystyspoliklinikka valvontaosasto 2 varahenkilöstö		n	Osastot 3–6		n
	Kyllä	Osittain		Kyllä	Osittain	
Ammattiryhmät						
Sairaanhoidtaja	28	38	66	11	7	18
Perushoitaja	11	9	20	8	5	13
Lääkäri + muu	4	4	8	2	2	4
Laitoshuoltaja	1	1	2	2	1	3

Ammattiryhmällä tai osastoryhmällä ei näytä olevan suurta merkitystä näkemykseen työnjaon selkeydestä. Päivystyspoliklinikan, osasto kahden ja varahenkilöstön sairaanhoidtajat arvioivat työnjaon enemmän osittain selkeäksi kuin muut vastaajat. Kaikissa muissa ammattiryhmissä oli lähes yhtä paljon työntekijöitä, jotka näkevät työnjaon joko selkeäksi tai osittain selkeäksi. (Taulukko 12)

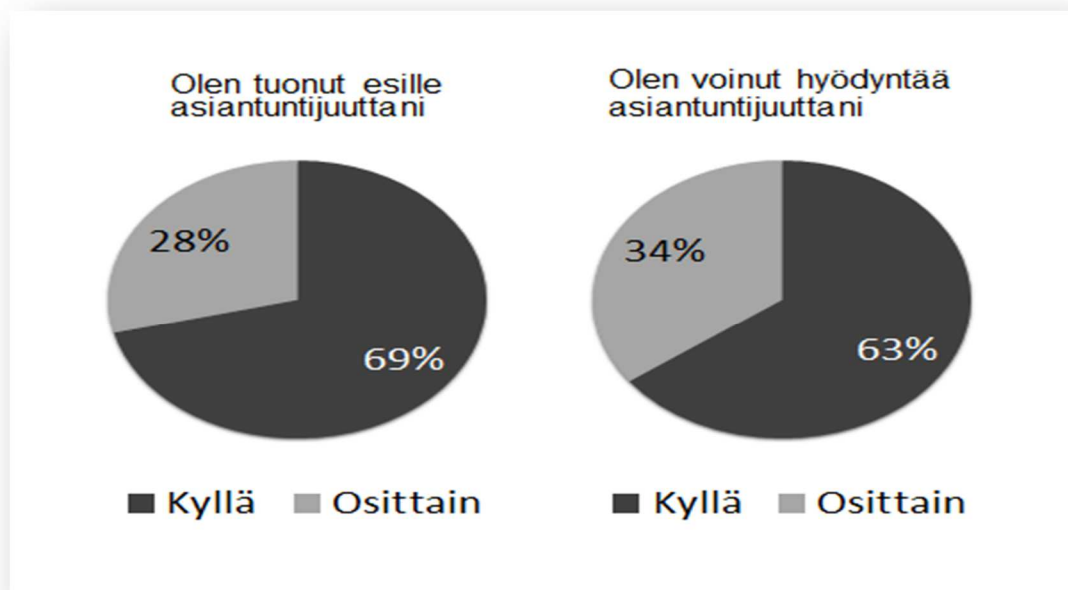
Haettaessa tietoa työssäoloaikojen Haartmanin sairaalassa perusteella ilmeni työnjaon selkeyden osalta, että uudet työntekijät arvioivat työnjaon muita selkeämmäksi (osittain n=8 ja kyllä n=15). Näkemys työnjaon selkeydestä heikkeni aina sitä mukaa mitä kauemmin vastaaja oli työskennellyt Haartmanin sairaalassa niin että yli viisitoista vuotta työskennelleiden joukossa työnjako arvioitiin epäselvimmäksi (osittain n=16 ja Kyllä n=9).

TAULUKKO 13. Työn yhteinen suunnittelu (fr)

Työn suunnittelu	Päivystyspoliklinikka valvontaosasto 2 varahenkilöstö			Osastot 3–6		
	Kyllä	Osittain	n	Kyllä	Osittain	n
Sairaanhoidtaja	15	49	64	6	13	19
Perushoitaja	8	12	20	6	7	13
Lääkäri + muu	3	4	7	2	2	4
Laitoshuoltaja		1	1			

Kaikki vastaajat arvioivat työn yhteisen suunnittelun tapahtuvan enemmän osittain kuin yhteisesti. Työntekijöiden vastauksista voi päätellä, että työtä voitaisiin suunnitella enemmän yhdessä. (Taulukko 13)

Kuvio 14. Oma asiantuntijuus



Oman asiantuntijuuden esilletuomista ja mahdollisuutta hyödyntää omaa asiantuntijuuttaan vastaajat arvioivat samansuuntaisesti. 69 % (n=111) vastaajista oli sitä mieltä, että he tuovat esille omaa asiantuntijuuttaan, ja 63 % (n=101) vastaajista oli sitä mieltä, että heillä on mahdollisuus hyödyntää omaa asiantuntijuuttaan. 28 % (n=45) vastaajista arvioi tuovansa omaa asiantuntijuuttaan osittain esille ja 34 % (n=55) vastaajista arvioi mahdollisuutensa oman asiantuntijuuden esilletuomiseen osittaiseksi. (Kuvio 14)

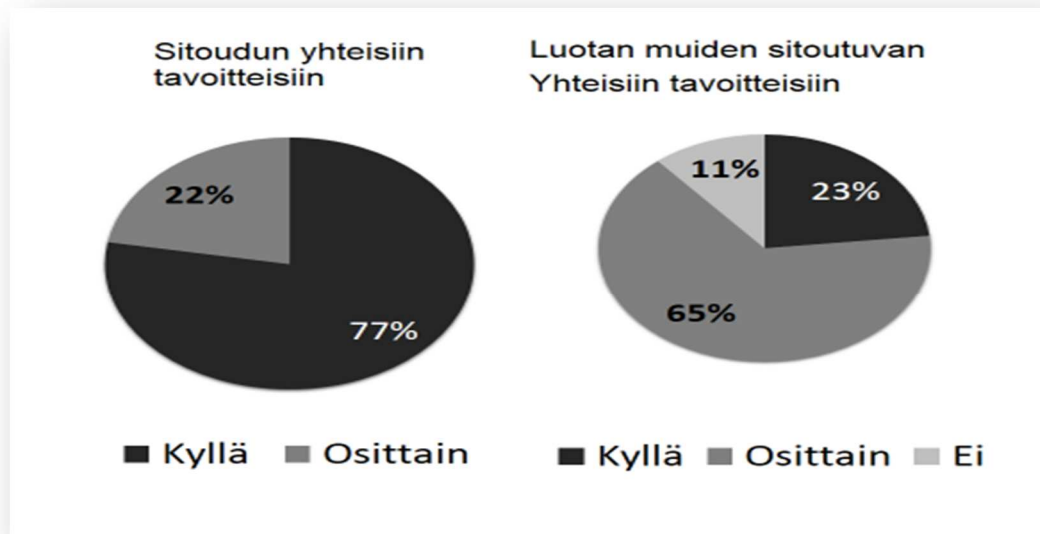
TAULUKKO 15. Oma asiantuntijuus

Asiantuntijuus	Oman asiantuntijuuden esille tuominen			Mahdollisuus hyödyntää omaa asiantuntijuutta		
	Kyllä	Osittain		Kyllä	Osittain	
Ammattiryhmät	n	n	n	n	n	n
Sairaanhoitaja	59	27	86	58	26	84
Perushoitaja	25	12	37	18	20	38
Lääkäri	11	1	12	10	2	12
Laitoshuoltaja	5	2	7	4	3	7
Muu ryhmä	11	3	14	11	4	15

Ammattiryhmien sisällä näkemys oman asiantuntijuuden esilletuomisesta on yhteneväinen sen kanssa miten sitä on mahdollista hyödyntää. Vastaajista valtaosa näkee voitavansa hyödyntää asiantuntijuuttaan ja myös tuovansa sitä esille. Perushoitajat arvioivat mahdollisuuden hyödyntää omaa asiantuntijuuttaan enemmän osittain mahdolliseksi kuin mahdolliseksi. (Taulukko 15)

Haettaessa tietoa työssäoloajan Haartmanin sairaalassa perusteella ilmeni, että 6kk – 1vuoden ja yli viisitoista vuotta Haartmanissa työskennelleiden ryhmissä arvioitiin mahdollisuus hyödyntää omaa asiantuntijuutta ja oman asiantuntijuuden esilletuominen myönteisimmin. (6kk-1vuotta ryhmän vastaukset: osittain n=7 ja kyllä n=16. Yli 15vuotta ryhmän vastaukset: osittain n=7 ja kyllä n=18. 1–5 vuotta ryhmän vastaukset: osittain n=27 ja kyllä n=35. 5–15 vuotta ryhmän vastaukset: osittain n=18 ja kyllä n=30.)

Kuvio 16. Sitoutuminen tavoitteisiin



Vastaajat arvioivat sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin omalta osaltaan enimmäkseen (77 %, n=123) hyväksi. Viidennes (22 %, n=36) arvioi oman sitoutumisen osittaiseksi. Muiden sitoutumisen yhteisiin tavoitteisiin vastaajat näkivät hieman heikommaksi. Neljännes (23 %, n=37) vastaajista arvioi muiden sitoutuvan yhteisiin tavoitteisiin aina mutta yli puolet (65 %, n=104) vastaajista arvioi, ettei muiden sitoutumiseen voi täysin luottaa. Kymmenes (11 %, n=18) vastaajista arvioi muiden sitoutuvan yhteisiin tavoitteisiin melko huonosti. (Kuvio 16)

TAULUKKO 17. Sitoutuminen yhteisiin tavoitteisiin

Ammattiryhmät	Oma sitoutuminen		n	Muiden sitoutuminen		n
	Kyllä	Osittain		Kyllä	Osittain	
Sairaanhoitaja	65	24	89	22	54	76
Perushoitaja	31	7	38	10	23	33
Lääkäri	10	1	11	10	1	11
Laitoshuoltaja	4	2	6	1	5	6
Muu ryhmä	13	2	15	3	12	15

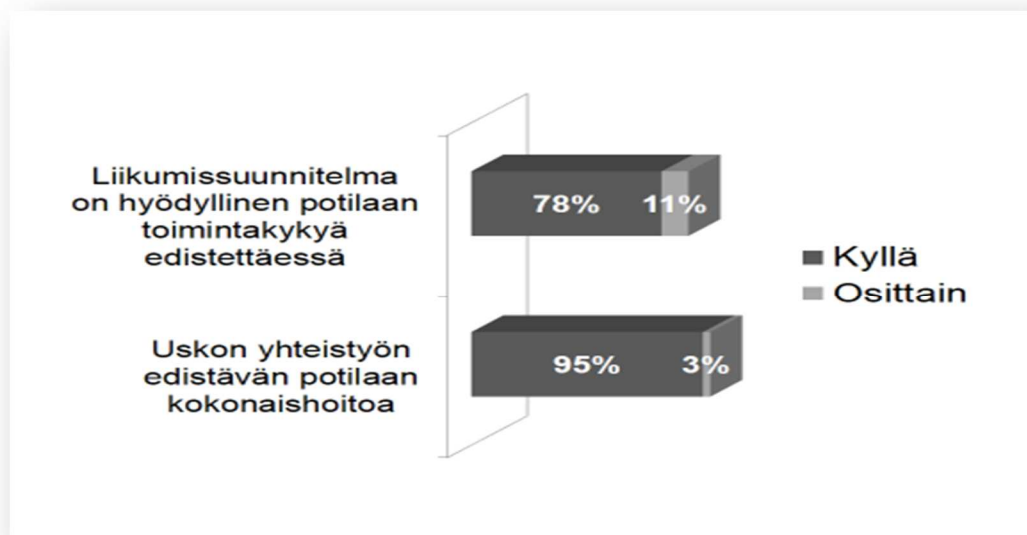
Ammattiryhmästä riippumatta suurin osa vastaajista näkee oman sitoutumisensa yhteisiin tavoitteisiin vahvemaksi kuin muiden sitoutumisen. Poikkeuksena lääkärit, jotka arvioivat itse sitoutuvansa hyvin ja näkevät muidenkin sitoutumisen hyväksi. (Taulukko 17)

TAULUKKO 18. Sitoutuminen yhteisiin tavoitteisiin

Työssäoloaika Haartmanin sairaalassa	Oma sitoutuminen		n	Muiden sitoutuminen		n
	Kyllä	Osittain		Kyllä	Osittain	
6kk – 1vuotta	19	5	24	2	20	22
1–5vuotta	45	16	61	16	40	56
5–15vuotta	42	7	49	15	26	41
Yli 15vuotta	17	8	25	4	18	22

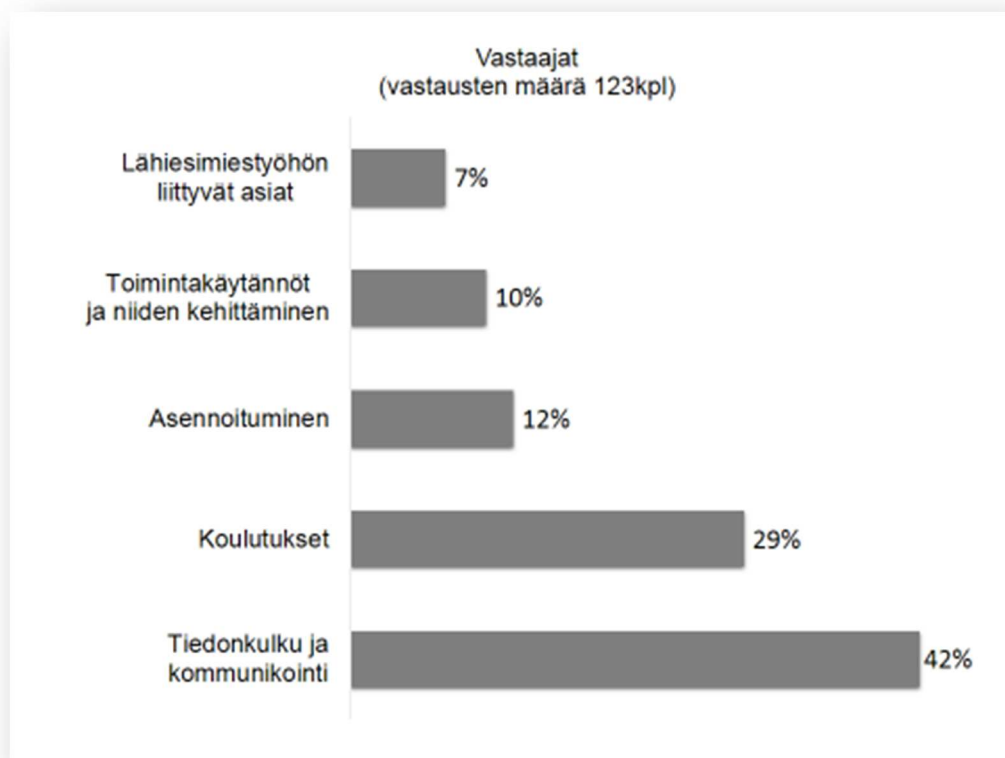
Työssäoloaika ei vaikuta vastaajien näkemykseen omasta sitoutumisesta yhteisiin tavoitteisiin. Suurin osa vastaajista ajattelee sitoutuvansa yhteisiin tavoitteisiin aina ja noin neljännes vastaajista ajattelee sitoutuvansa osittain. Muiden sitoutumista alle vuoden ja yli viisitoista vuotta työskennelleiden joukoissa arvioitiin lähes poikkeuksetta tapahtuvaksi osittain. 1–15 vuotta työskennelleiden joukoissa hieman yli puolet vastaajista arvioi muiden sitoutumisen yhteisiin tavoitteisiin osittaiseksi ja noin kolmannes arvioi muiden sitoutuvan yhteisiin tavoitteisiin aina. (Taulukko 18)

Kuvio 19. Yhteistyön ja liikkumissuunnitelman merkityksellisyys potilaan hoidossa



Lähes kaikki (95 %, n=153) vastaajat pitivät eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä potilaan kokonaishoidossa edistävänä tekijänä. Liikkumissuunnitelmaa suurin osa (78 %, n=125) vastaajista piti hyödyllisenä välineenä potilaan toimintakykyä tuettaessa. (Kuvio 19)

Kuvio 20. Vastaajien ehdotuksia yhteistyön edistämiseksi



Tiedonkulun, kommunikoinnin ja koulutuksen osa-alueisiin on tuotu eniten kehitysehdotuksia ja toiveita. (Kuvio 20)

6.4 Tulosten yhteenveto

Vastaajien yleinen näkemys moniammatillisesta yhteistyöstä ja sen välineistä oli hyvin positiivinen. Vastaajat arvioivat yhteistyötä tukevat rakenteet suurimmaksi osaksi merkityksellisiksi ja yhteistyöprosessit pääosin toimiviksi. Kaikissa kysymyksissä vastaukset painottuivat merkityksellisen ja osittain merkityksellisen välille. Vastaajien selkeä vähemmistö ajatteli asiat merkityksettöminä tai täysin toimimattomina. Taustatietojen perusteella tehdyistä vastausten jaotteluista selvisi jonkin verran hajontaa ammattiryhmien, työssäoloaikojen ja osastoryhmien välillä mutta vallitsevat ajatukset olivat melko yhteneväisiä. Tulosten perusteella voisikin sanoa, että työntekijöiden näkemys Haartmanin sairaalan moniammatillisesta yhteistyöstä ovat pääosin toimivat tiimit ja sujuva yhteistyö.

6.4.1 Työssäoloajan vaikutukset asiantuntijuuteen

Mielenkiintoisena tekijänä tuloksista nousi esille se, että alle vuoden Haartmanin sairaalassa työskennelleiden työntekijöiden ja yli viisitoista vuotta työskennelleiden työntekijöiden näkemyksissä oli usein samankaltaisuutta. Asiantuntijuutta usein ajatellaan eri tasojen kautta, joita ovat esimerkiksi aloittelija, asiantuntija ja edistynyt asiantuntija. Näihin tasoihin liitetään tiettyjä ominaispiirteitä, jotka monesti nähdään olevan sen kaltaisia, että aloittelijan toiminta on tehtäväkeskeistä ja hänen havainnointikyky on suppeaa. Edistyneitä asiantuntijoita taas pidetään usein henkilöinä jotka kykenevät luovaan ajatteluun ja toimivat kokonaisvaltaisemmin. Hotulaisen (2010, 2–4) mukaan asiantuntijatutkimuksessa vertaillaan kahta luokkaa, jotka ovat noviisit ja asiantuntijat. Asiantuntijat omaavat enemmän asiaa koskevaa tietoa, taitoa ja ajattelumalleja, mikä johtaa siihen, että he ymmärtävät asiat paremmin.

Toisaalta voisi ajatella, että uudet työntekijät näkevät ja kokevat työyhteisön ja työtavat objektiivisemmin. Uusilla työntekijöillä ei ole vielä tietoa ja kokemusta työyhteisöstä ja työtavoista, joten heidän näkemykset ovat riippumattomampia. Myös asiantuntijuuden myöhäisimmissä vaiheissa työntekijälle voisi ajatella muotoutuvan kykyä nähdä asiat etäämmältä ja luottavaisemmin. Edistyneemmän asiantuntijan ominaispiirteeksi voidaan ajatella myös työtapa jossa rutiinit niin sanotusti sujuvat ja niihin ei tarvitse käyttää kaikkea keskittymistä, jolloin jää tilaa arvioivalle ajattelulle. Haartmanin sairaalassa alle vuoden ja yli viisitoista vuotta työskennelleiden työntekijöiden näkemyksiä yhdistävä tekijä voisi olla se, että he arvioivat asioita objektiivisemmin ja näkevät asiat puolueettomammin. Aloittelijan ja edistyneemmän asiantuntijan toiminnan yhtäläisyyksiä kuvataan usein ”einstellung efektin” avulla, johon liittyy ajatus siitä, että aiempi kokemus saattaa olla haitaksi luovassa ongelmanratkaisussa. Greenberg, Reiner ja Meiran (2012) esittävät, että kokemus voi sokaista näkemään ilmiselvät ongelmanratkaisut ja tuoda päätöksiin jäykkyyttä, joka estää mukautuvaista lähestymistapaa ja ratkaisukykyä. Bilalic´, McLeod ja Gobet (2008) mukaan asiantuntijuuden lisääntyessä joustavuus myös lisääntyy, joka vähentää alttiutta sokaistua ongelmien ratkaisuille.

Toisaalta työssäoloaikojen perusteella tehdyissä hauissa ilmeni myös tuloksia, joissa alle vuoden Haartmanin sairaalassa työskennelleet työntekijät arvioivat asioita joko positii-

visemmin tai negatiivisemmin kuin yli vuoden – yli viisitoista vuotta työskennelleet työntekijät. Näissä vastauksissa työssäoloaika vaikutti niin että työssäoloajan lisääntyessä näkemys muuttui nousevasti positiivisemmaksi tai negatiivisemmaksi. Esimerkiksi työnjaon selkeyttä kysyttäessä alle vuoden Haartmanissa työskennelleet arvioivat työnjaon selkeimmäksi. Työssäoloajan kasvaessa työnjako alettiin näkemään aste asteelta epäselvemmäksi niin että yli viisitoista vuotta työskennelleet työntekijät arvioivat työnjaon epäselvimmäksi. Tämän kaltaiset tulokset voivat viitata siihen ajatteluun, että työssäoloajan lisääntyessä asiantuntijuus kasvaa.

6.4.2 Moniammatillista yhteistyötä tukevat tekijät

Erityisesti moniammatillista yhteistyötä tukevana tekijöinä tuloksista nousi esille vastaajien usko siihen, että moniammatillinen yhteistyö on potilaan parhaaksi ja se edistää potilaan kokonaishoitoa. Myös liikkumissuunnitelma nähtiin hyvinkin hyödylliseksi välineeksi potilaan toimintakyvyn edistämiseksi. Yhteistyötä tukevista rakenteista nousi esille tärkeänä tekijänä johdon osallistumisen merkitys yhteisiin tapaamisiin ja työn suunnitteluun. Vastaukset eriteltäessä ammattiryhmittäin ilmeni, että sairaanhoitajat, lääkärit ja muu ryhmään kuuluvat vastaajat näkivät johdon osallistuminen yhteisiin tapaamisiin ja työn suunnitteluun merkityksellisempänä, kuin perushoitajat ja laitoshuoltajat, jotka pitivät johdon osallistumista yhteisiin tapaamisiin ja työn suunnitteluun hieman merkityksettömämpänä. Työnjakoa vastaajat pitivät pääosin selkeänä ja osittain selkeänä, paitsi päivystyspoliklinikan, osasto kahden ja varahenkilöstön sairaanhoitajat, joilla vastaukset painottuivat enemmän osittain selkeän kuin selkeän puolelle. Työn yhteinen suunnittelu nähtiin kaikissa ammatti- ja osastoryhmissä enemmän osittaiseksi, kuin täysin yhteisesti tapahtuvaksi. Monialaiseen koulutukseen vastaajat näkivät saavansa kannustusta. Yli puolet vastaajista näki johdon tukevan monialaista koulutusta ja kolmanneskin piti tukea koulutukseen osittaisena.

Eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä tukeva tekijä oli myös se, että työntekijät näkivät työyhteisönsä ympäristöiksi, joissa on mahdollista tuoda esille omaa asiantuntijuuttaan ja sitä saa myös hyödyntää. Perushoitajien vastauksissa painotus oli muihin ammattiryhmiin verrattaessa hieman enemmän sen laatuinen, että he eivät kokeneet voivansa asiantuntijuuttaan täysin hyödyntää suhteessa siihen miten sitä toivat esille. Oman työn

arvostusta ja näkemuserojen ratkaistavuutta kysyttäessä vastaajat näkivät työyhteisönsä tasa-arvoiseksi paikaksi, jossa omaa työtä arvostetaan ja näkemuseroihin suurimmaksi osaksi löydetään ratkaisu.

Omaa sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin kysyttäessä suurin osa vastaajista oli täysin sitä mieltä, että sitoutuvat aina yhteisiin tavoitteisiin, kun taas muiden sitoutuminen yhteisiin tavoitteisiin nähtiin painottuvan enemmän osittaisen puolelle. Ammattiryhmittäin eriteltynä vastauksista ilmeni, että lääkärit luottivat muiden sitoutuvan yhteisiin tavoitteisiin aina ja myös ilmaisivat itse toimivansa näin. Muissa ammattiryhmissä oma sitoutuminen yhteisiin tavoitteisiin nähtiin vahvemmaksi kuin muiden sitoutuminen. Eriteltäessä vastaukset työssäoloajan Haartmanin sairaalassa perusteella ilmeni, että luottamus muiden sitoutumiseen yhteisissä tavoitteissa nähtiin heikoimmaksi alle vuoden ja yli viisitoista vuotta Haartmanissa työskennelleiden keskuudessa.

Kommunikoinnin avoimuus jakautui vastaajien kesken avoimen ja osittain avoimen välille. Ammattiryhmittäin ja osastoryhmittäin jaoteltaessa ilmeni jonkin verran eroja. Sairaanhoitajien vastaukset jakautuivat hyvin tasan avoimen ja osittain avoimen välille. Perushoitajat osastoilla 3–6 näkivät kommunikoinnin avoimemmaksi kuin päivystyksen, osasto kahden ja varahenkilöstön perushoitajat.

6.4.3 Moniammatillista yhteistyötä haittaavat tekijät

Vastaajat arvioivat, että aikaa yhteistyöhön löytyy osittain (69 %), kyllä-vastauksia oli 15 % ja ei-vastauksia 13 %, joten ajan riittämättömyyden voidaan ajatella olevan yhteistyötä haittaava tekijä. Jaoteltaessa vastaajat ammattiryhmittäin, selvisi että muut ryhmässä aikaa yhteistyön toteutukseen nähtiin olevan muita vähemmän. Välillistä tiedonkulkua selvitetessä suurin osa vastaajista ajatteli sen olevan osittain sujuvaa. Osasto- ja ammattiryhmäjäoista ei välillisen tiedonkulun osalta selvinnyt merkittäviä poikkeuksia, vaan selkeä painotus oli siinä, että välillinen tiedonkulku on osittain sujuvaa ja loput vastaajat jakautuivat melko tasan sujumattoman ja sujuvan väleille. Uusien työntekijöiden perehdytys nähtiin osittain puutteelliseksi lähes jokaisessa yksikössä ja riittämättömimmäksi päivystyspoliklinikalla, osasto kahdella ja osasto viidellä. Luottamukseen muiden sitoutumisesta yhteisiin tavoitteisiin voidaan arvioida olevan moniammatillista

yhteistyötä haittaava tekijä, sillä kaksi kolmannesta vastaajista arvioi luottavansa muiden sitoutumiseen vain osittain.

6.4.4 Eri ammattiryhmien välisen yhteistyön edistäminen työntekijöiden arvioimana

Selvitin kyselyssä avoimella kysymyksellä henkilöstön näkemyksiä moniammatillisen yhteistyön edistämiseksi. Vastauksia kysymykseen tuli 123. Tuloksissa vastaukset on jaoteltu viiteen eri ryhmään. Seuraavassa esittelen vastaajien vastaukset laajemmin.

Tiedonkulku ja kommunikointi: 42 % (n=51) vastaajista ehdotti erilaisia tiedonkulun tehostamiseen liittyviä asioita. Toivottiin selkeämpää kirjaamista ja perusteellisempää perehtymistä kirjauksiin. Moni vastaaja toivoi, että muiden ammattiryhmien työtä tuotaisiin tunnetuksi ja luotaisiin mahdollisuuksia siihen tutustumiseen. Rakentavan palautteen antoa toivottiin ja avoimempaa kommunikointia.

Koulutukset: 29 % (n=36) vastaajista ehdotti erilaisia yhteisiä tapaamisia, palavereita ja koulutuksia. Koulutusehdotuksissa painottui koulutukset jotka olisivat tarkoitettu useamman eri ammattiryhmän edustajalle. Yhteisiä tilaisuuksia ehdotettiin järjestettävän virkistystoimintaan liittyvinä niin että tilaisuuksiin olisi mahdollista osallistua laajemmin eri ammatti- ja osastoryhmistä. Ehdotettiin myös yhteisiä tilaisuuksia, joissa sovitaisiin yhteisesti toimintatavoista ja niihin voisi myös osallistua laajemmin kuin oman yksikön työntekijät.

Asennoituminen: 12 % (n=15) vastaajista ehdotti tähän osa-alueeseen liittyviä asioita. Toivottiin avoimempaa ilmapiiriä ja enemmän omien näkemysten esille tuomista sekä muiden kunnioittamista.

Toimintakäytännöt ja niiden kehittäminen: 10 % (n=12) vastaajista ehdotti tähän osa-alueeseen liittyviä asioita. Ehdotettiin toimintakäytäntöjen yhdistämistä ja toivottiin sovituihin käytänteisiin kiinni pitämistä. Päätösten yhdessä tekemistä ja hoitaja / lääkäri yhteistyön parantamista sekä nähtiin lääkäreiden yksin tekemät kierrot hankaliksi.

Lähiesiemiestyöhön liittyvät asiat: 7 % (n=8) sisältyi tähän osa-alueeseen. Vastaajat toivoivat lähiesimiehen puuttumista asioihin ja ohjeistusten selkeyttämistä. Hoitajille työn vaativuuden arviointia ja ajan lisäämistä moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen.

7 POHDINTA

7.1 Kehitysehdotukset ja jatkotutkimushaasteet

Toimiva yhteistyö eri ammattiryhmien välillä on keskeisessä asemassa hoitotyötä toteutettaessa ja siihen panostaminen on kannattavaa. Aiemmin esiteltyjen tulosten perusteella yhteistyötä Haartmanin sairaalassa voidaan kehittää kiinnittämällä huomiota välilliseen tiedonkulkuun. Tiedonkulun tärkeyttä tilanteissa, joissa ei olla välittömässä kontaktissa on hyvä painottaa sekä jokaisen kiinnittää huomiota tiedon välittämisen tapoihin ja käytänteisiin. Tiedonkulku välittömissä ja välillisissä kontaktissa on pitkään ollut terveydenhuollon kehityskohde ja on toimimattomana merkittävä uhkatekijä potilasturvallisuudelle. Myös Ruuhilehto ym. (2011) tutkimuksessaan tuovat esille, että tyypillisin terveydenhuollon vaaratapahtumiin vaikuttava tekijä on tiedonkulkuun liittyvät ongelmat.

Yhteistyötä voidaan vahvistaa myös työn yhteisen suunnittelun lisäämisellä ja johdon osallistumisella siihen. Isoherranen (2012, 51) kuvaa työn yhteisen suunnittelun olevan osa rationaalista vuorovaikutusjärjestelmää. Siinä työntekijät pyrkivät taloudelliseen ja tehokkaaseen toimintaan ja siinä edellytetään työntekijöiltä todellista vuoropuhelua.

Tulosten perusteella etenkin päivystyspoliklinikalla, osasto kahdella ja varahenkilöstössä perehdytykseen ja työnjakoon olisi aihetta kiinnittää huomiota. Eloranta ja Kuusela (2011, 10–11) tutkimuksessaan painottavat työnjaon selkeyttä tekijänä, joka mahdollistaa työntekijöille toimimisen oman ammatillisen osaamisen puitteissa ja hyvää perehdytystä asiana, joka auttaa pääsemään yhteistyöryhmien jäseneksi.

Hyvä yhteistyö edellyttää luottamusta työntekijöiden välillä ja tulosten perusteella voisi arvioida, että luottamuksen lisääminen muita kohtaan voisi olla osa-alue, jota olisi hyvä vahvistaa. Avoimessa kysymyksessä suuri osa vastaajista ilmaisi toivovansa enemmän yhteisiä tilaisuuksia ja tämä voisi olla toimiva tapa vahvistaa luottamusta työntekijöiden välillä. Avoin kommunikointi ja ajatusten esille tuominen oli myös yksi yhteistyön edistämisehdotus ja siihen panostaminen voisi lisätä tyytyväisyyttä työtovereihin. Isoherranen (2012, 5–147) tarkastelee luottamusta tutkimuksessaan hyvin laajasti ja arvioi

luottamuksen merkityksen osana toimivaa yhteistyötä hyvin merkitykselliseksi. Tutkimuksessa hyvin toimivat moniammatilliset tiimit määritellään tiimeiksi, jotka sisältävät luottamusta. Luottamuksen kuvataan sisältävän kumppanuutta, muiden kunnioitusta ja avointa kommunikointia. Luottamus on yhteistyön onnistumisen ydinasia ja yhteistyöryhmässä ei voi toimia ilman luottamusta. Luottamuksellisen yhteistyön esteenä arvioidaan olevan jatkuva keskinäinen kilpailu. Luottamus nähdään muuttuvaksi tilaksi, joka kehittyy jatkuvasti. Pitkälle kehittynyt luottamus perustuu samastumiseen, siinä kaikki tietävät miten tulee toimia luottamuksen säilyttämiseksi ja he ovat valmiita toimimaan muiden hyväksi. Tällaisen luottamuksen syntyminen vaatii aikaa ja emotionaalista panosta. Toimivalla luottamuksella voi olla vaikutuksia tehokkuuteen, toivottuihin tuloksiin ja se luo olosuhteet jossa parempi yhteistyö onnistuu.

Kyselyn tuloksista ilmeni, että vastaajien luottamus muiden sitoutumiseen yhteisissä tavoitteissa oli heikompaa kuin arvio omasta sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin. Luottamus työtovereihin on hyvin merkityksellistä ajateltaessa työn sujuvuutta, vastuunjakoa ja potilasturvallisuutta. Luottamusta ei kuitenkaan saavuteta automaattisesti vaan luottamuksellisten suhteiden rakentaminen vaatii aikaa ja koko työyhteisön sitoutumista. Hoitajien työskulttuuria leimaa luottamus auktoriteetteihin. Isoherrasen (2012, 5—147) mukaan ristiriitoja syntyy kun roolirajojen välillä ei ole yhteistä sopimusta tai luottamusta. Myös vastuunjaossa luottamuksen puute on ongelmallista. Usko siihen, että sovitut asiat toteutuvat, vaatii luottamusta työntekijöiden välillä. Syvemmän luottamuksen arvioidaan vaativan yhteisiä kokemuksia ja luottamuksen puute voi aiheuttaa todellisia vaaratilanteita potilaalle.

Jatkotutkimushaasteena voisi selvittää tarkemmin välillisen tiedonkulun haasteita. Työn yhteisen suunnittelun mahdollisuuksia ja kehitystapoja. Sitä voisi myös selvittää tarkemmin onko työyhteisöissä luottamus pulaa työntekijöiden välillä ja mistä se johtuu, mikäli on sekä miksi ei voida luottaa työtovereihin sillä perusteella, että he ovat asiantuntijoita työssään.

7.2 Eettisyys

Eettiset näkökulmat korostuvat hoitotyön koulutusohjelmissa, sillä eettisyys on tunnusomaista hoitotyölle. Opinnäytetyön tavoitteiden tulee olla moraalisesti oikein, tulosten tieteellisesti totta ja vaikutusten käytännössä hyödynnettäviä. (Kuokkanen, Kiviranta, Määttä & Ockenström 2007, 26–27.) Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää, että noudatetaan rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta koko prosessissa. Prosessissa sovelletaan eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, selvitys- ja arviointimenetelmiä sekä avoimuutta tuloksia julkistaessa. Muiden tekstejä, joita omassa työssä julkaistaan käsitellään niille kuuluvalla arvolla. Työssä noudatetaan suunnitelmallisuutta, vastuullisuutta ja täytetään hyvien tieteellisten käytäntöjen asettamat velvoitteet. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002, 3.)

Helsingin kaupungin terveyskeskuksen toimitusjohtaja myönsi tutkimusluvan tälle opinnäytetyölle 4.10.2012. Opinnäytetyön tavoitteina oli tuottaa hyödynnettävää tietoa työelämätaholle. Tiedon keräsin kyselyn avulla ja kyselyn laadin teoretiseen perustukseen. Muiden tekstejä käytin koko prosessin ajan tieteellisten käytäntöjen asettamien vaatimusten mukaisesti. Kyselyn vastaajat olivat Haartmanin sairaalan työntekijöitä ja kyselyn tarkoitus oli olla vapaaehtoinen ja anonymi. Kyselyn saatekirjeessä kerroin, miksi kyselyn tein, mihin tarkoitukseen ja sen, että vastaamiseen ei veloiteta eikä yksittäisiä vastauksia esitetä julkisesti sekä vastaajat pysyvät anonyminä. Vastaajia henkilöiviä tunnistetietoja en kyselyssä kerännyt. Kyselyn kysymykset olivat kaikille samanlaiset. Kyselyllä saamaani aineistoa käsitelin koko opinnäytetyöprosessin ajan luottamuksellisesti ja noudattaen salassapidon ja tietosuojan vaatimuksia. Tuloksissa en tuonut esille ammattiryhmiä, joiden vastausprosentti oli niin pieni, että vastaajien tunnistaminen olisi ollut mahdollista. Kyselyyn liitin omat ja ohjaavan opettajan yhteystiedot. Opinnäytetyö julkaistaan opinnäytetyötietokannassa.

7.3 Luotettavuus

Luotettavuuteen kuuluu, että esitetään mitä tarkasteltava asia tarkoittaa ja määritellään tarkasteltava käsite mitattavaan muotoon, eli mittariksi. Mittarissa tärkeää on sen pätevyys mitata tarkasteltavaa käsitettä kattavasti ja tehokkaasti. Mittarin on oltava kohden-

nettu oikeaan kohteeseen, oikealla tavalla ja oikeaan aikaan. Mittarin on myös oltava luotettava ja mittaustulosten johdonmukaisia sekä edustaa pysyvyyttä. (KvantiMOTV 2008.)

Kyselyä laatiessani hyödynsin aiempien tutkimusten tuloksia. Tutkimuksissa käytetyt käsitteet muutin kohderyhmälle sopivaan ja ymmärrettävään muotoon. Tutkimus jonka aihepiirejä käytin kyselyn kysymyksissä on laadittu suomalaisten hoitotieteellisten opinnäytetöiden pohjalta ja siinä on tuotu esille yhteistyöalueet joita toimiva moniammatillinen yhteistyö edellyttää. Opinnäytetöitä tutkimuksen analyysissä oli 63 kappaletta vuosilta 2000 – 2010. (Eloranta & Kuusela 2011, 1). Kysymysten muotoilussa pyrin huomioimaan kyselyn kohteen erityispiirteet, kuten liikkumissuunnitelman osana moniammatillisen työn toteutusta. Ajankohta kyselyn toteutukselle oli marraskuu, joka ei ole lomien sesonkiaikaa. Kysely toteutettiin työelämätahon toiveesta tulostettujen paperilomakkeiden avulla, eikä sähköisenä kyselynä. Kyselylomakkeet toimitettiin Haartmanin sairaalan osastoille osastonhoitajien toimesta, sillä minulla ei ollut mahdollisuutta pitää esittelyä jokaisella osastolla. Näin ollen minulla ei ole tarkkaa tietoa siitä kuinka monta työntekijää kyselylomakkeet tavoittivat, joten kyselyn vastausprosenttia en voinut laskea. Vastaajat saivat käyttää työaika kyselyyn vastaamiseen. Vastausaikaa annettiin kaksi viikkoa, joka korostaa vapaaehtoisuutta ja mahdollistaa yksityisyyden suojan vastaamistilanteessa. Kyselyllä saamani aineiston syötin ohjelmaan joka osaa käsitellä tilastollista dataa. Ohjelmaan rakennettiin tietokantatauluja tätä kyselyä varten ja syötettyäni datan tietokantatauluihin tein ajoja ristiin taulujen välillä nähdäkseni mahdolliset syöttövirheet. Tietoja hakiessani eri tietokantatauluista tein tarkistusajoja mikäli tietojen paikkansapitävyys oli arveluttavaa. Virheitä ilmeni datan syöttö vaiheessa mutta tietojenhaku vaiheessa virheitä ei enää löytynyt.

Laadin kysymykset yksiselitteisiksi ja pelkistetyiksi. Kysymyksien kuuluu olla lyhyitä, ytimekkäitä ja yksiselitteisiä eikä niissä saa olla vastaajaa johdattelevia piirteitä (Vilkkä 2007, 62–68). Avoin kysymys, jossa kysyin vastaajilta keitä he ajattelivat yhteistyötahoikseen vastatessaan kyselyyn, oli ymmärretty eri tavalla kuin sen tarkoitin. Noin kolmannes vastaajista oli luetellut yhteistyötahoja yleisesti terveydenhuollosta, vaikka kyselyllä oli tarkoitus selvittää Haartmanin sairaalan sisäisiä yhteistyötilanteita. Tämän selvitin kyselylomakkeen alussa mutta ehkä olisi ollut aiheellista tuoda asia esille vielä lomakkeen lopussakin. Tämän kysymyksen jätin analyysistä pois sillä opinnäytetyöni

oli rajattu käsittelemään Haartmanin sairaalan sisäisiä yhteistyötilanteita ja suuri osa vastauksista sisälsi ulkopuolisia yhteistyötahoja. Kysymys (5e), jossa kysyn vastaajien näkemystä monialaiseen koulutukseen tukemisesta, on tuonut jälkikäteen pohdintaa siitä, että ymmärsivätkö kaikki vastaajat mitä monialainen koulutus tarkoittaa. Vastauksissa ei tähän liittyen ollut kommentteja mutta käsitteenä monialaista koulutusta olisi voinut operationalisoida enemmän. Vastausvaihtoehdot kyselyssä ovat sanallisia ja ne viittaavat kysymykseen, jotta kysymykset olisivat mahdollisimman yksiselitteisiä

Anonymiteetti vaikuttaa myös luotettavuuteen. Luotettavuus oli eettisyyden lisäksi merkittävä tekijä siihen, että vastaajia mahdollisesti henkilöiviä tietoja en tuloksissa tuonut esille. Systemaattisiin virheisiin eli esimerkiksi vastaajien vastaushaluttomuuteen ja vastausten kaunisteluun voidaan vaikuttaa sillä, että kysely on täysin anonyymi. (Vilka 2007, 149–153.)

Luotettavuuteen vaikuttaa lisäksi opinnäyteyden määrittely ja kuvailu. Opinnäytetyötä laatiessani olen parhaan kykyni mukaan kuvannut eri vaiheita selkeästi ja tarkasti. Kyselyn lomakkeet käsittelin asianmukaisella tietokantaohjelmalla sekä tarkistin lomakkeista syöttämäni tiedot syöttövaiheessa sekä syöttövaiheen jälkeen tietokannasta. Opinnäytetyön raportissa esitän tulokset kattavasti semmoisina kuin ne olen saanut ja esittelen tuloksien ulkopuolelle rajatut kyselyn kysymykset.

7.4 Oman asiantuntijuuden kehittyminen

Moniammatillinen yhteistyö on osa tämän päivän terveydenhuollon toimintaa. Moniammatillisuus ja yhteistyö käsitteinä ovat paljon muutakin kuin eri ammattiryhmien välistä työtä ja yhdessä muiden kanssa tehtävää työtä. Moniammatillisuudessa on syytä huomioida eri ammattiryhmien näkemykset hoitamiseen. Eri ammattiryhmät näkevät hoitamisen oman ammattinsa näkökulmasta ja heidän tapansa toimia saattavat olla erilaiset. Tärkeää olisi muiden ammattiryhmien näkemysten ymmärtäminen ja heidän työn tunteminen. Yhteistyötä taas ei voi toteuttaa yksi henkilö, vaan yhteistyö muodostuu useamman henkilön toimiessa yhteisesti. Työyhteisöt taas sisältävät monia erilaisia persoonia ja tapoja kommunikoida. Yhteistyöosaaminen vaatii erilaisuuden hyväksymistä, luottamusta, avoimuutta ja muiden arvostusta. Moniammatillisen yhteistyön sisältö on

avautunut minulle uudella tavalla opinnäytetyön myötä ja antanut uusia välineitä työelämän erilaisiin yhteistyötilanteisiin. Ammatillisesti ajattelen näistä taidoista olevan paljon hyötyä terveydenhuollon alalla, jossa päivittäisen arjen sujuvuus on kiinni jokaisen työntekijän moniammatillisista yhteistyö-kyvyistä.

Opinnäytetyöprosessi, johon kuului tietojen keruu, kyselyn laadinta, aineiston analyysi ja tulosten tulkinta oli myös hyvin opettavainen kokemus. Prosessikirjoittamisen vaiheet ja tavat toivat valmiuksia tulevaisuuden kirjallisten töiden varalle ja erilaisten aineistojen tulkinnalle. Kvantitatiivisen opinnäytetyön tekeminen opetti paljon tilastollisen aineiston ymmärtämistä ja ennen kaikkea tutkimusten tekemisen prosessista sekä siitä mistä tekstien validiteetti ja reliabiliteetti rakentuvat. Opinnäytetyöprosessi kokonaisuudessaan on antanut uudenlaiset valmiudet arvioida, kyseenalaistaa ja hyväksyä tietoa, jota työssään hyödyntää.

Opinnäytetyön edetessä näkemykseni tekemiäni valintoja kohtaan ovat muuttuneet. Monet valinnat, joita tein alkuvaiheissa, muuttaisin nyt toisiksi, mikä nähdäkseni on myös osa kehitystä. Kyselyn rakennetta yhtenäistäisin ja jaottelisin kysymykset pienempiin kokonaisuuksiin. Kyselyn suhteen mieltäisin tarkkaan onko tarkoituksenmukaista selvittää näin montaa eri tekijää näin suppeasti. Tulokset saattaisivat olla informatiivisempia jos aiheita olisi suppeampi määrä ja niitä selvitettäisiin tarkemmin. Toisaalta olisi hyvin haastavaa valita aiheet, joita lähtisin selvittämään, sillä kyselyyni valitsin aiheet aiempien tutkimusten tuloksien perusteella. Haartmanin sairaalan moniammatillisesta yhteistyöstä tai sen ulottuvuuksista minulla ei ollut etukäteistietoa, eikä työelämätaho ilmaissut toiveita kyselyn aiheiden rajaukseen liittyen, joten aiempien tutkimusten tulokset olivat ainoa informaatio jonka pohjalta kyselyä pystyin rakentamaan. Havaitsemistani puutteista huolimatta keräämästäni tiedosta saatiin paljon käyttökelpoista informaatiota. Työelämätaholta tuli positiivista palautetta ja tuloksista oltiin kiinnostuneita.

LÄHTEET

- Bilalić, Merim; McLeod, Peter & Gobet, Fernand 2008. Inflexibility of experts-Reality or myth? Quantifying the Einstellung effect in chess masters. Viitattu 20.4.2013. <http://anna.diak.fi:2100/ehost/detail?sid=bb1ffc70-5e7b-4640-809f-14a3ace38a02%40sessionmgr15&vid=1&hid=24&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=aph&AN=28553059>
- Collin, Kaija; Vallela, Ulla Maija; Herranen, Sanna; Paloniemi, Susanna & Pyhtälä-Liljeström, Paula 2012. Moniammatillisen yhteistyön muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosessissa. Teoksessa Kaija, Collin; Susanna, Paloniemi & Sanna, Herranen (toim.) Yhteistyö ja moniammatillisuus akuuttihoitossa. Ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön kehittäminen sairaalan päivystysalueella. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 19–42. Viitattu 6.1.2013. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/37906/978-951-39-4758-3.pdf?sequence=1>
- Eloranta, Sini & Kuusela, Marja 2011. Moniammatillinen yhteistyö – katsaus suomalaisiin hoitotieteellisiin opinnäytetöihin. Tutkiva Hoitotyö Vol. 9 (3), 2011 4–13.
- Eloranta, Tuija; Huomo, Minna; Virkki, Sari & Frilander-Paavilainen, Eeva-Liisa 2010. TERVEYDEKSI! Onnistuneeseen elintapa muutokseen. Terveysportti: Duodecim. Sairaanhoidaja lehti 26.2.2007: Viitattu 8.9.2012. http://anna.diak.fi:2078/dtk/shk/koti?p_haku=terveydeksi%20onnistuneeseen
- Esite uusille työntekijöille. Haartmanin sairaalan esite uusille työntekijöille.
- Gardner, Deborah 2005. Ten Lessons in Collaboration: The Online Journal of Issues in Nursing. Vol. 10 No.1, Manuscript 1. Viitattu 15.12.2012. http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume102005/No1Jan05/tpc26_116008.html
- Greenberg, J; Reiner, K & Meiran, N 2012. “Mind the Trap”: Mindfulness Practice Reduces Cognitive Rigidity. Viitattu 20.4.2013.

<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0036206#s3>

Groff, Paris, L. & Terhaar, Mary 2010. Using Maslow's Pyramid and the National Database of Nursing Quality Indicators™ to Attain a Healthier Work Environment: The Online Journal of Issues in Nursing Vol. 16 No. 1. Viitattu 15.12.2012.

<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-16-2011/No1-Jan-2011/Articles-Previous-Topics/Maslow-and-NDNQI-to-Assess-and-Improve-Work-Environment.html>

Heikkilä, Tarja 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2006. HUS internet. Hyvä hoitosuhde. HUS sairaalat. Viitattu 6.1.2013.

<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,1733,3727,6345>

Hotulainen, Risto 2010. Asiantuntijuuden ja huippusuoritusten kehittymisestä.

Opetushallitus. Viitattu 20.4.2013. <http://www.lahjakkuus.fi/page1.php>

Ikäinstituutti & Kuntokallio-säätiö 2005. Vanhusten liikunnan perusteet työkirja (mukailtu Helsingin kaupunki, terveystieteiden keskus 2008–2009).

Isoherranen, Kaarina 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsinki: Sosiaalitieteiden laitos. Akateeminen väitöskirja. Viitattu 2.1.2013.

https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf?sequence=1

Isoherranen, Kaarina; Rekola, Leena & Nurminen, Raija 2008. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.

Kinnunen, Marina & Helovuori, Arto 2012. Potilasturvallisuuden varmistaminen.

Terveysportti: Duodecim. Viitattu 16.12.2012.

http://anna.diak.fi:2078/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04806&p_haku=potilasturvallisuus

Kuokkanen, Ritva; Kivirinta, Mervi; Määttä, Jukka; & Ockenström, Leena 2007. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Helsinki: Juvens Print Oy.

Kuusi, Osmo; Ryynänen, Olli-Pekka; Kinnunen, Juha; Myllykangas, Markku & Lammintakanen, Johanna, 2006. Terveystieteiden tutkimuskeskus

- Tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon. Eduskunnan tulevaisuusvaliokunta. Viitattu 3.12.2012.
http://www.eduskunta.fi/fakta/vk/tuv/suomen_terveydenhuollon_tulevaisuudet.pdf
- KvantiMOTV 2007. Tutkimusprosessi. Kvantitatiivisten menetelmien tietovaranto. Tampere: Viitattu 6.1.2013.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/tutkimus/prosessi.html>
- KvantiMOTV 2008. Mittaaminen: Mittarin luotettavuus. Kvantitatiivisten menetelmien tietovaranto. Tampere: Viitattu 7.3.2013.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 17.8.1992. Viitattu 2.1.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P4a>
- Lupaava-hanke 2009. Lupaava hankkeen tilannekatsaus 2009. Helsingin kaupunki Terveyskeskus. Viitattu 11/12.
http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/3e62df004a1546848fc6efb546fc4d01/Lupaava-hanke_tilannekatsaus.doc?MOD=AJPERES&CACHEID=3e62df004a1546848fc6efb546fc4d01&ei=JpS0Ui4BMSM4gTQ1IGoDA&usg=AFQjCN EhU9i_H0ZbEmIN52dRMWITUsLhDA
- Nummi, Vuokko Maria 2011. Miten projektit, hankkeet ja suunnitelmat toteutuvat työpaikoilla. Premissi lehti numero 2/2011.
- Nuorinko, Mikko 2011. Viinasta, lääkkeistä tai psyykkisistä syistä sekaisin olevan potilaan kohtaaminen päivystyksessä. Turun yliopistollinen keskussairaala. Viitattu 6.1.2013. Linkki googlen pdf. tiedostoon.
http://www.vsshp.fi/fi/dokumentit/28087/Nuorinko_Viinasta%25201%25C3%25A4%25C3%25A4kkeist%25C3%25A4%2520tai%2520psyykkisist%25C3%25A4%2520syist%25C3%25A4%2520sekaisin%2520olevan.pdf
- Ruuhilehto, Kaarin; Kaila, Minna; Keistinen, Timo; Kinnunen, Marina; Vuorenkoski, Lauri; & Wallenius, Jarkko 2011. HaiPro - millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007 - 2009? Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 10/2011. Viitattu 16.12.2012.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo99540.pdf>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Sosiaali- ja terveyshuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. Helsinki: Sosiaali- ja

- terveysministeriö. Viitattu 6.1.2013.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf
- Sosiaali- ja terveysvirasto 2012. Lupaava-hanke. Helsingin kaupunki. Viitattu 6.3.2013.
<http://www.hel.fi/hki/Terke/fi/Hankkeet/Lupaava>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011 a. Terveydenhuoltolaki – pykälistä toiminnaksi. Viitattu 16.3.2013. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/677215d6-9126-46f3-8d9c-11a42d84beda>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011 b. Potilasturvallisuutta taidolla ohjelma. Viitattu 6.1.2013. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/e28ead9c-eab6-4d67-b5e3-b12b1a9b0adf>
- Toivonen, Jukka 2010. Haartmanin sairaalan palvelukonsepti. Ylilääkäri Jukka Toivosen luento sairaalapäivillä. Helsingin kaupunki Terveyskeskus. Viitattu 19.04.2013.
http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tapahtumat/aineisto/2010/sairaalapaivat/Documents/08_Toivonen_Jukka.pdf
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Helsinki: Edita. Viitattu 1.6.2013.
http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/htkfi.pdf
- Työturvallisuuskeskus 2009. Työhyvinvoinnin portaat -työkirja. Työturvallisuuskeskuksen kehittämishanke. Viitattu 16.3.2013.
http://www.ttk.fi/tyoelaman_kehittaminen/tyohyvinvoinnin_portaat
- Työturvallisuuskeskus 2011. Työhyvinvointia yhteistyöllä. Viitattu 16.3.2013.
http://sykettatyohon.fi/files/tietopankki/tyohyvinvointia-yhteistyolla/Tyohyvinvointia_yhteistyolla.pdf
- Viinikainen, Sari; Solonen, Ari; Manninen, Mari & Pyhälä-Liljeström, Paula, 2012. Tukeeko moniammatillisuus hoitotyön johtamista päivystysalueella? Teoksessa Kaija, Collin; Susanna, Paloniemi & Sanna, Herranen (toim.) Yhteistyö ja moniammatillisuus akuuttihoidossa. Ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön kehittäminen sairaalan päivystysalueella. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 89–102. Viitattu 6.1.2013.
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/37906/978-951-39-4758-3.pdf?sequence=1>
- Vilkkä, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Tammi.

LIITE: 1; Saatekirje

15.11.2012

Hei!

Opiskelen sairaanhoitajaksi Diakonia-ammattikorkeakoulussa, Diak Etelän yksikössä. Teen opinnäytetyön Haartmanin sairaalan moniammatillisesta yhteistyöstä. Tarkoitus on selvittää Haartmanin sairaalassa työskentelevien eri ammattiryhmien edustajien näkemyksiä ammattiryhmien välisestä yhteistyöstä. Opinnäytetyön tuloksia hyödynnetään moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä.

Kysely on tarkoitettu yli 6kk Haartmanin sairaalassa työsuhteessa olleille työntekijöille. Vastaaminen on vapaaehtoista. Opinnäytetyöprosessin eri vaiheissa toimin niin, ettei yksittäisiä vastauksia voida tunnistaa. Sinun vastauksesi on tärkeä, koska tarkoituksena on saada esille henkilökunnan näkökulma.

Pyydän sinua vastaamaan 29 / 11 mennessä.

Yhteistyöstä kiittäen
Anu Järnmark
anu.jarnmark@student.diak.fi

Ohjaava opettaja
Lehtori Eila Jantunen
eila.jantunen@diak.fi

LIITE: 2; Kyselylomake

KYSELY MONIAMMATILLISEN TIIMIN VÄLISESTÄ YHTEISTYÖSTÄ

Moniammatillisuus tässä kyselyssä tarkoittaa Haartmanin sairaalan sisäistä yhteistyötä. Mieti kyselyyn vastatessasi, ketkä ovat yhteistyötahojasi Haartmanin sairaalassa ja miten kysymysten aiheet toteutuvat päivittäisessä arjessa sairaalan sisäisissä yhteistyötilanteissa.

1) Ammattitutkintoni

Perushoitaja / lääkintävahtimestari	_____
Laitoshuoltaja	_____
Lääkäri	_____
Sairaanhoitaja	_____
Muu, mikä?	_____

2) Yleinen työssäoloaika nykyisellä alalla

Alle vuosi	_____
1–5 vuotta	_____
6–15 vuotta	_____
Yli 15 vuotta	_____

3) Työssäoloaika Haartmanin sairaalassa. Sisältäen ajan Marian sairaalassa ennen Haartmanin sairaalan perustamista.

6 kk – 1 vuosi	_____
Yli 1 vuosi – 5 vuotta	_____
Yli 5 vuotta – 15 vuotta	_____
Yli 15 vuotta	_____

4) Yksikkö, jossa olen työssä

5) Arvioi johtamiskulttuuria, resursseja ja henkilöstön koulutusmahdollisuuksia Haartmanin sairaalassa. Johdolla tässä kysymyksessä tarkoitetaan oman ammattiryhmän lähi- ja ylempää johtoa, joka toimii työnjohdollisissa tehtävissä.

Merkitse rasti omaa kokemustasi parhaiten vastaavan vaihtoehdon kohdalle.

a) Johdon osallistumisen merkitys yhteistä toimintaamme koskeviin tapaamisiin on mielestäni

Merkittävä _____

Kohtalainen _____

Merkityksetön _____

En osaa sanoa _____

b) Johdon osallistuminen työn suunnitteluun on mielestäni

Merkittävä _____

Kohtalainen _____

Merkityksetön _____

En osaa sanoa _____

c) Vuorotyöllä on haitallista merkitystä eri ammattiryhmien välisen yhteistyön toteuttamisessa

Merkittävä _____

Kohtalainen _____

Merkityksetön _____

En osaa sanoa _____

Vuorotyö ei koske työtehtäviäni _____

d) Eri ammattiryhmien väliseen työhön on riittävästi aikaa

Kyllä _____

Osittain _____

Ei _____

En osaa sanoa _____

e) Johto tukee monialaista koulutusta

Kyllä _____

Osittain _____

Ei _____

En osaa sanoa _____

Ei koske työtehtäviäni _____

f) Uusia työntekijöitä perehdytetään riittävästi

Kyllä _____

Osittain _____

Ei _____

En osaa sanoa _____

6) Arvioi seuraavia asioita Haartmanin sairaalassa:

- yhteinen päämäärä, • toisen työn tunteminen,
- vuorovaikutustaidot • työnjako
- oma asiantuntijuus

Merkitse rasti omaa kokemustasi parhaiten vastaavan vaihtoehdon kohdalle.

**a) Työskennellessäni yhdessä eri ammattiryhmien edustajien kanssa suunnit-
lemme työn yhdessä**

Kyllä _____

Osittain _____

Ei _____

En osaa sanoa _____

**b) Työskennellessäni eri ammattiryhmien edustajien kanssa kommunikointi on
avointa**

Kyllä _____

Osittain _____

Ei _____

En osaa sanoa _____

c) Sitoudun aina yhteisiin tavoitteisiimme

Kyllä _____

Osittain _____

Ei _____

En osaa sanoa _____

d) Olen aina voinut luottaa siihen, että muut sitoutuvat yhteisiin tavoitteisiimme

Kyllä _____

Osittain _____

Ei _____

En osaa sanoa _____

e) Eri ammattiryhmien välillä tieto on kulkenut sujuvasti, vaikka emme ole olleet välittömässä kontaktissa.

Kyllä _____
 Osittain _____
 Ei _____
 En osaa sanoa _____

f) Eri ammattiryhmien välisessä yhteistyössä näkemuseroihin löytyy aina ratkaisu.

Kyllä _____
 Osittain _____
 Ei _____
 En osaa sanoa _____

g) Työskennellessäni eri ammattiryhmien edustajien kanssa työtäni on arvostettu.

Kyllä _____
 Osittain _____
 Ei _____
 En osaa sanoa _____

h) Työskennellessäni eri ammattiryhmien edustajien kanssa olen saanut hyödyntää omaa asiantuntijuuttani.

Kyllä _____
 Osittain _____
 Ei _____
 En osaa sanoa _____

i) Työskennellessäni eri ammattiryhmien edustajien kanssa olen tuonut esille omaa asiantuntijuuttani.

Kyllä _____
 Osittain _____
 Ei _____
 En osaa sanoa _____

j) Työnjako eri ammattiryhmien välillä on selkeää.

Kyllä _____
 Osittain _____
 Ei _____
 En osaa sanoa _____

k) Uskon eri ammattiryhmien välisen yhteistyön edistävän potilaan kokonaisuhoitoa.

Kyllä _____
 Osittain _____
 Ei _____
 En osaa sanoa _____

7) Uskon liikkumissuunnitelman laatimisesta olevan hyötyä potilaan toimintakyvyn tukemisessa.

Kyllä _____
 Osittain _____
 Ei _____
 En osaa sanoa _____
 Liikkumissuunnitelma ei liity työtehtäviini _____

8) Luettele ne ammattiryhmät, jotka vastauksissasi ajattelit yhteistyötahoiksesi?

9) Miten eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä mielestäsi pitäisi edistää?

Kiitos ajastasi