



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Konsultoinnin toteutuminen ja sen kehittäminen hoitotyössä

Lindqvist, Ninni  
Myllynen, Nina  
Mäkinen, Silja

2016 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

Konsultoinnin toteutuminen ja sen  
kehittäminen hoitotyössä

Ninni Lindqvist,  
Nina Myllynen,  
Silja Mäkinen  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Tammikuu, 2016

Ninni Lindqvist, Nina Myllynen, Silja Mäkinen

### Konsultoinnin toteutuminen ja sen kehittäminen hoitotyössä

Vuosi 2016 Sivumäärä 63

---

Opinnäytetyö toteutettiin Naistenklinikan ja Laurea-ammattikorkeakoulun yhteistyöhankkeena. Naistenklinikan tarjoamista aiheista tämän opinnäytetyön aiheeksi valittiin konsultointi hoitotyössä, koska se koettiin hoitotyön kannalta tärkeäksi. Hoitotyön sujuvuuden kannalta on merkittävää, että työryhmän yhteistyö toimii ja tietoa jaetaan muun työryhmän jäsenten kanssa. Opinnäytetyön teoreettisessa viitekehityksessä käsiteltiin konsultointiin liittyviä keskeisiä käsitteitä. Teoriatieto koostuu pääasiassa konsultointia, toimivaa yhteistyötä ja tiimityötä käsittelevistä tieteellisistä artikkeleista, väitöskirjoista ja muusta kirjallisuudesta.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää erään pääkaupunkiseudulla sijaitsevan erikoissairaanhoidon poliklinikan henkilökunnan konsultointikäytäntöjä. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada konsultointiin liittyviä kehittämisideoita yksikköön. Yksikön konsultointikäytäntöjä selvitettiin kyselylomakkeiden avulla. Kyselytutkimus toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena ja sen kohderyhmänä oli erään erikoissairaanhoidon yksikön hoitohenkilökunta. Aineisto kerättiin syksyllä 2015 ja kyselyyn vastanneita oli yhteensä 39.

Opinnäytetyön tuloksista selvisi, että konsultointia tapahtui yksikössä jatkuvasti ja hoitohenkilökunta konsultoi eniten lääkäriä ja samassa yksikössä työskenteleviä kollegoita. Tuloksista ilmeni myös, että konsultointia tapahtui paljon sekä suullisesti että puhelimitse. Suurin osa vastanneista koki konsultoinnin toimivaksi ja konsultointikynnyksen erittäin matalaksi. Avoimista kysymyksistä esille nousi kuitenkin myös konsultointiin liittyviä puutteita: osastolla oli kiireistä ja haluttua konsultoitavaa henkilöä oli ajoittain vaikea tavoittaa. Kyselyyn vastanneilla oli mahdollisuus esittää konsultointiin liittyviä kehittämisideoita. Vaikka vastanneet kokivat konsultoinnin yksikössä pääosin toimivaksi ja olivat tyytyväisiä tilanteeseen, esimerkiksi kollegoiden kunnioittamiseen ja konsultointiprosessin selkeyteen toivottiin kiinnitettävän enemmän huomiota. Opinnäytetyön tuloksia voidaan soveltaa työelämässä käytännönläheisesti, koska konsultoinnin kehittämis ehdotuksia saatiin suoraan kyselyyn osallistuneilta hoitotyötä tekevilta henkilöiltä.

Asiasanat: konsultointi, yhteistyö, moniammatillinen yhteistyö, kollegiaalisuus, tiimityö

Ninni Lindqvist, Nina Myllynen, Silja Mäkinen

**Consulting and developing consultation in health care**

Year	2016	Pages	63
------	------	-------	----

---

This thesis is part of a collaboration project between Laurea University of Applied Sciences and Women's Hospital. The topic of this study was initiated by Women's Hospital. The reason behind choosing this particular topic was that consultation in health care was perceived as an important aspect in nursing care, because it is essential for the smooth running of the nursing care that the team members co-operate and exchange information with each other. The theoretical framework of this thesis discusses the general concepts concerning consultation. The theoretical part is based on a collection of scientific articles, dissertations and other literature focusing on topics such as consulting, functional co-operation and teamwork.

The purpose of this study was to describe consultation practices of a special healthcare unit in Helsinki. The aim of this study was to provide the healthcare unit with new ideas about how to develop their consultation practices. The data for assessing the current practices of the healthcare unit related to consulting was collected through a questionnaire inquiry. The methods of quantitative research were used to examine the results of the inquiry, whose target group was the personnel of the special healthcare unit described above. The data was collected in fall 2015 and consisted of 39 respondents.

The results of this study revealed that consultation occurred continuously, and that the doctors and colleagues working at the same unit were consulted most often. In addition, the results revealed that the consultation usually takes place on the phone or during a personal conversation. The majority of the respondents perceived consulting as functional and that the barriers to consult others were very low. The open questions revealed however some shortcomings related to consultation; the unit was very busy and it was sometimes difficult to reach the person whose opinions were sought. The respondents had a chance to present their ideas about how to develop the consultation practices. Even though the respondents perceived the consultation practices at their unit mostly functional and satisfying, developing how to respect one's colleagues more and how to make the consultation process as clear and transparent as possible was welcomed. The development proposals were provided by healthcare professionals, and the results of this study can be applied in everyday nursing care.

Keywords: consultation, co-operation, multi-professional co-working, collegiality, teamwork

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Konsultointi hoitotyössä .....	7
2.1	Yhdessä tietämisen ja vuorovaikutuksen merkitys konsultoinnissa .....	7
2.2	Toimiva konsultaatioprosessi.....	9
2.3	Asiantuntijuuden jakaminen ja moniammatillinen osaaminen hyvän konsultoinnin tukena.....	11
3	Opinnäytetyön toteutus.....	14
3.1	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset.....	14
3.2	Tutkimusmenetelmien valinta .....	14
3.3	Kohderyhmä ja toimintaympäristö .....	14
3.4	Aineiston keruu .....	15
3.5	Aineiston analysointi.....	16
4	Tulokset.....	18
4.1	Vastaajien taustatiedot .....	18
4.2	Konsultaation toteutuminen yksikössä .....	21
4.3	Konsultaatiotoiminnan kehittäminen yksikössä .....	31
5	Päätelmät ja pohdinta .....	33
5.1	Tulosten tarkastelu .....	33
5.2	Opinnäytetyön luotettavuus.....	37
5.3	Eettiset kysymykset.....	38
5.4	Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset .....	39
	Lähteet .....	43
	Kuviot.. .....	46
	Taulukot .....	47
	Liitteet.....	48

## 1 Johdanto

Työelämässä on tapahtunut viime aikoina monia muutoksia, joista yksi on se, että organisaatiot ovat kehittyneet entistä tiimipohjaisemmiksi (Isoherranen 2012, 5). Täysin itsenäisesti hoitotyössä toimiminen onkin lähes mahdotonta. Hoitohenkilökunnan sisällä tapahtuvan ja organisaatioiden välisen kommunikoinnin merkitys on korostunut. Konsultaatio työkäytäntönä on esimerkki yhteisestä tietämisestä. Erilaisissa tilanteissa konsultointi tukee työnjakoa positiivisella tavalla, kun konsultointi koetaan potilaan hoidon onnistumisen ja oman työn tukemisena. Onnistunut konsultointi vaatii sen, että tilanteessa tarvittava tieto siirtyy oikeaan aikaan, oikeaan paikkaan, oikealle henkilölle ja oikealta henkilöltä. Onnistunut konsultointi johtaa lopulta siihen, että potilas saa oikeanlaista tarvitsemaansa hoitoa. (Mertala 2011, 74-88.)

Tässä opinnäytetyössä käsitellään konsultointia hoitotyössä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää erään pääkaupunkiseudulla toimivan erikoissairaanhoidon yksikön konsultointikäytäntöjä. Niitä tarkastellaan heille tuotetun kyselylomakkeen avulla. Opinnäytetyön tavoitteena oli löytää konsultoinnin kehittämideoita yksikköön. Tämä opinnäytetyö on vahvasti sidoksissa työelämään, sillä se on osa Naistenklinikan ja Laurea-ammattikorkeakoulun yhteistä hanketta.

Sana konsultoida määritellään seuraavasti: “keskustella, puhua, väitellä, sanoilla, vaihtaa mielipiteitä, neuvotella, debatoita” (Jäppinen 1989, 168). Kotimaisten kielten tutkimuskeskuksen julkaiseman kielitoimiston sanakirjan mukaan verbi konsultoida tarkoittaa kuitenkin kahta rinnakkaista asiaa: neuvon ja opastamisen lisäksi konsultoida-verbi tarkoittaa myös neuvon kysymistä. Tämän vuoksi nominaalimuodolla konsultoitava on myös kahtalainen merkitys: se voi tarkoittaa niin asiantuntijaa, jolta pyydetään neuvoa kuin neuvoa pyytävää henkilöäkin. (Kielitoimiston sanakirja 2015.) Tässä opinnäytetyössä käytetään selvyuden vuoksi konsultoitava-käsitettä tarkoittamaan asiantuntija-osapuolta, jolta neuvoa pyydetään. Sen lisäksi konsultoitavaa henkilöä kutsutaan myös konsultiksi. Konsultoiija puolestaan on avun tai neuvon pyytäjä (Kielitoimiston sanakirja 2015).

Kaiken edellä mainitun perusteella sana neuvonta on tarkimmin synonyymi käsitteelle konsultaatio, sillä sanan neuvo eri muodot esiintyvät kaikissa konsultaatio-käsitteen eri muotojen sanakirjamääritelmässä. Konsultointi tarkoittaa siis ammatillisesti pätevemmän ja osaavamman henkilön puoleen kääntymistä esimerkiksi erilaisissa hoitotyöhön liittyvissä ongelmatilanteissa (Latvala 2001, 14). Sillä pyritään parantamaan toimintaa ja tuloksia jonkin tiedon, taidon tai osaamisen tilaamisella tai jakamisella (Tokola & Hyyppä 2004, 6).

## 2 Konsultointi hoitotyössä

### 2.1 Yhdessä tietämisen ja vuorovaikutuksen merkitys konsultoinnissa

Hyvä ja toimiva konsultointi helpottaa hoitotyön tekemistä ja tekee siitä tuloksellisempaa. Toimiva konsultointi vahvistaa myös työntekijöiden välisiä suhteita. (Silvennoinen 2004, 15.) Hoitohenkilökunnalla on oltava hyvät vuorovaikutustaidot, koska niiden kautta luodaan toimiva yhteistyö (Sheldon 2005, 118).

Yksi tärkeimmistä taidoista sosiaali- ja terveysalalla on osata työskennellä ryhmässä. Toimivassa työryhmässä ilmapiiri on hyvä, jäsenet tukevat toisiaan ja jakavat osaamansa tiedon keskenään. (Sully & Dallas 2010, 192.) Yhteistyöllä tarkoitetaan muun muassa tiedon jakamista, yhdessä työskentelyä yhteisten tavoitteiden toteuttamiseksi, ongelmanratkaisutapaa sekä pidempään jatkunutta vuorovaikutusta. Yhteistyötä on tutkittu niin koulutuksen kuin terveydenhuollon ja liike-elämänkin konteksteissa. (Aira 2012, 16.)

Hyvösen (2004) tutkimuksen mukaan yhteistyö on yksi tärkeimmistä voimavaroista työntekijöiden ammattitaidon kannalta (Hyvönen 2004, 84). Yhteistyö on kiinteämpää silloin, kun työryhmä on toiminut yhdessä pitkään, verrattuna siihen, että työryhmä on toiminut yhdessä vasta vähän aikaa. Tämä johtuu siitä, että yhdessä vietetty aika lisää samankaltaisuutta, yhteisiä arvoja ja uskomuksia. Kiinteässä ryhmässä tavat ovat usein vahvempia ja ne kontrolloivat jäsentensä toimintaa enemmän. Tavat eli normit luovat turvallisuuden tunnetta ryhmän jäsenille. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2009, 48-49.) Mertala (2011) on tutkinut terveyskeskusten ja sairaaloiden henkilökunnan välistä yhteistyötä. Hänen mukaansa yhdessä tietäminen onnistuu parhaiten, kun toiminta on kollegiaalista. Kun toisen työtä arvostetaan, yhteinen osaaminen on toimivinta. Vuoropuhelun ja yhteistyön edellytyksinä ovat avoimuus, luottamus, rohkeus ja halu tehdä työtä yhdessä. (Mertala 2011, 3.)

Latvala (2001) on tutkinut keskussairaaloissa työskentelevien sairaanhoitajien yhteistyön eri muotoja ja heidän käsityksiään heidän omista yhteistyövalmiuksistaan. Latvalan tutkimuksessa käsitellään myös organisaation johdon tuen merkitystä yhteistyön kehittämisessä. (Latvala 2001, 3.) Kollegiaalinen yhteistyö on oleellinen osa hyvää konsultaatiota. Ilman kollegiaalista yhteistyötä tiedon jakaminen ryhmässä on mahdotonta. Sen takia hoitohenkilökunnan välinen toimiva yhteistyö ja tiedonsiirto liittyvät juuri läheisesti kollegiaalisuuteen (Latvala 2001, 10-11).

Kollegiaalisuus voidaan nähdä kuuntelemisena, huomioonottamisena sekä vastavuoroisena ammatillisen palautteen jakamisena (Ranta 2011, 63). Kollegiaalisuus-käsitettä voidaan pitää

synonyymina sanoille yhteistyö ja yhteistoiminnallisuus. Kollegiaalisuutta voidaan pitää eri tilanteissa sellaisena, että jäsenet vaikuttavat toinen toistensa oppimiseen jakaen ja kehittäen yhdessä asiantuntijuuttaan. Kollegiaalinen konsultaatio edellyttää, että työntekijä ymmärtää oman tehtävänkuvansa, on itsenäinen sekä ottaa selkeästi vastuun omasta työstään. (Latvala 2001, 10.) Paakin ja Paakkasen (2000) mukaan hoitajien välistä kollegiaalisuutta voidaan pitää hyvän hoidon lähtökohtana. Kollegiaalisuus ilmenee esimerkiksi kollegan arvostamisena, yhteistyön tavoittelemisena, konsultointina ja palautteen antamisena (Paakki & Paakkanen 2000, 70).

Hoitotyössä tapahtuva yhteistyö on monien eri tahojen välistä ja siten myös hyvin oleellinen osa työtä. Siinä on kysymys päätöksenteosta. Yhteistyö voi olla hyvin monimuotoista ja sen tavoitteena on asiakkaan, potilaan tai perheen hoito ja sen myötä esimerkiksi työyhteisön toiminnan kehittäminen. (Laurila 2006, 107-108.) Hoitaja voi työssään tehdä monenlaista ammatillista yhteistyötä. Yhteistyö voi olla esimerkiksi työyksikön yhteisiä kokoontumisia, näissä tapahtuvaa konsultaatiota, vertaisarviointia sekä tiimi- ja projektityötä. Vuorovaikutus ja yhteistyö muiden kuin vain oman työryhmän jäsenten kanssa voi tuottaa uusia oivalluksia, laajentaa näkemyksiä ja auttaa näkemään uusia mahdollisuuksia. (Latvala 2001, 13-15.) Yhteistyö sallii asiantuntemuksen jakamisen ja luo ilmapiirin, jossa työntekijää tuetaan. (Benner, Chesla & Tanner 1999, 221-222). Hyvönen (2004) käsittelee tutkimuksessaan henkilöstön omia näkemyksiä perusterveydenhuollon mielenterveydestä. Hänen mukaansa yhteistyö on työntekijöiden ammattitaidon voimavara. Tutkimuksen mukaan se, että työntekijöillä on samanlaiset tavoitteet mahdollistaa toimivan yhteistyön. (Hyvönen 2004, 140.) Perusterveydenhuollon rajoitteena pidetään tutkimuksen mukaan juuri yhteistyön ongelmia. (Hyvönen 2004, 3).

Erityisesti hoitotyössä erilaisia tehtäviä voidaan toteuttaa käyttäen apuna tiimityöskentelyä. Tiimi tarkoittaa työryhmää, joka on työyhteisön henkilökunnasta muodostunut tai muodostettu. Sillä on yhteinen tavoite ja näkemys potilaan hoidosta. Tiimin toimintaa ohjaavat yhdessä laaditut pelisäännöt ja toimintatavat. (Koivukoski & Palomäki 2009, 15.) Tiimin tiedonkulun tulee olla luontevasti hyödynnettävää ja siirrettävää. Toimivassa tiimityössä tietoa ei pantata ja jäsenten osallistuminen on aktiivista. Muiden työntekijöiden antama tieto täytyy osata ottaa vastaan. Näin kaikkien ryhmän toimijoiden antama tieto on yhtä arvokasta ja tiimissä vallitsee tasavertaisuus. Kun vuoropuhelu on tiimissä toimivaa, se antaa sekä hoitohenkilökunnalle että asiakkaalle kunnioittavan ja arvostavan lähtökohdan toimivalle tiimityölle. (Koivukoski & Palomäki 2009, 59-62.) Sanerma (2009) käsittelee tutkimuksessaan tiimityön kehittämistä kotihoidossa. Hänen mukaansa tiimissä jokaisella työntekijällä tulee olla selkeä käsitys omasta työnkuvastaan ja heidän täytyy kokea, että heidän tekemänsä työ on arvokasta. Parhaimmillaan onnistunut tiimityö tukee henkilökunnan



jaksamista ja uusien asioiden oppimista. Työ voidaan nähdä tiimityön kautta myös mielekkäämpänä. (Sanerma 2009, 270-273.)

Tiimin jäsenet oppivat tiimissä vallitsevan vuorovaikutuksen kautta refleктоimaan omaa työtään saamansa palautteen perusteella. Jotta tiimin keskustelukyky kehittyisi, sen on oltava koolla säännöllisesti. Tiimin tavoitteellisuuden mahdollistavat tiimin jäsenten henkilökohtainen sitoutuminen tiimin kehittämiseen sekä omaan oppimiseen. Kun työsuorituksissa onnistutaan, palkitsee se tiimiä ja näin ollen myös tukee sen kehittymistä. Jotta tiimin ja sen yhteistyön kehitys olisivat mahdollisia, tulisi tiimin toimintaedellytyksistä huolehtia läpi koko sen toiminnan. (Romppainen 2007, 38-41.) Kun jokaisen tiimin jäsenen omalle persoonalle, ajattelutavalle ja tunteille annetaan tilaa, tiimin kehittymiselle on parhaat mahdollisuudet (Sanerma 2009, 267). Laakkonen (2004) on tutkinut hoitohenkilökunnan ammatillista kasvua asiantuntijaksi. Hänen tutkimuksensa mukaan hoitajien välinen keskinäinen yhteistyö on toimivinta silloin, kun työntekijöillä on kokemus siitä, että kollegat ovat luotettavia. Se, että työt halutaan tehdä mieluummin yksin kuin tiimityönä, koetaan epäluotettavaksi. (Laakkonen 2004, 126.)

## 2.2 Toimiva konsultaatioprosessi

Toimimaton kommunikointi voi vaikuttaa potilaan hoitoon. Vaikka vuorovaikutus olisikin toimivaa, on kiinnitettävä huomiota erityisesti siihen, että tieto on esitetty selkeästi ja tarkasti. Apua pyytävän henkilön halu ymmärtää konsultin tietoa, helpottaa vuorovaikutusta ja oikean tiedon siirtoa. Hoitotyössä tulee ymmärtää se, että yhdessä toimiminen johtaa parempiin tuloksiin. (Stukenberg 2010, 13-23.)

Mertalan (2011) tutkimuksen mukaan konsultaatioprosessissa on tärkeää se, ettei tiedonkulussa ole katkoksia. Viiveitä syntyy, jos ei tiedetä, ketä pitää konsultoida tai oikeaa informaatiota ei ole saatavilla oikeaan aikaan. Mertalan mukaan se, että konsultointiin suhtaudutaan negatiivisesti aiheuttaa myös ongelmia yhteistyössä. Se, että omaa osaamista ja ammattitaitoisuutta korostetaan liikaa ja toista aliarvostetaan johtaa epäonnistuneeseen tiedonkulkuun. Se myös aiheuttaa sen, ettei konsultointia haluta käyttää tiedon siirron välineenä. (Mertala 2011, 88-89.)

Suurin osa epäonnistuneista vuorovaikutustilanteista tapahtuu kiireen ja epätietoisuuden keskellä. Potilaan hoitoon negatiivisesti vaikuttaa myös se, että hoitohenkilökunnan välillä on valtataistelua ja työnjaot ovat epäselviä. Erilaiset ja eriävät näkemykset potilaan hoidosta saattavat aiheuttaa ristiriitoja. Toisen työtä ja työpanosta on osattava kunnioittaa, jotta tiimissä työskenteleminen onnistuisi ja tiedon jakaminen ja avun pyytäminen olisi helppoa. (Laiho & Kuokkanen 2004, 36).

Tärkeintä ennen konsultoinnin toteuttamista on miettiä, millaista apua konsultilta pyydetään. Konsultin voi olla hankalaa ottaa kantaa pitkään ja poukkoilevaan tarinaan ilman tarkkoja ja konkreettisia kysymyksiä. Konsultioijan tulisikin jättää kaikki ylimääräinen keskustelun ulkopuolelle ja keskittyä vain olennaisten asioiden kertomiseen, kuitenkin mitään tärkeää unohtamatta. Myös liian aikaisin tai liian vähillä tiedoilla toteutettu konsultointi johtaa helposti vain siihen, että asiaan on palattava myöhemmin uudelleen. (Vehmanen 2013.)

Yksi konsultin työvälineistä on palautteenanto, jonka tarkoituksena on konsultioijan oppimisen edistäminen. Palautteenanto voi kuitenkin osoittautua haasteelliseksi, joten konsultin on hyvä huomioida muutamia asioita ennen varsinaista palautteenantoa. Palautteen tulisi olla oikean sävyistä, kuvailevaa, huomaavaista sekä konkreettista. Hyvä palaute korostaa asioita, joita vastaanottaja tekee hyvin, eikä niitä, joissa hänellä on vielä parannettavaa. Negatiivistakaan palautetta ei tulisi kuitenkaan kokonaan jättää antamatta, mikäli se on aiheellista ja sen avulla voidaan välttyä mahdollisten ongelmien etenemiseltä. Molemmilla osapuolilla tulisi olla selkeä käsite konsultioijan tavoitteista, jotta palautteenanto olisi onnistunutta, eikä saatua palautetta koettaisi pelkkänä kritiikkinä. (Tokola & Hyyppä 2004, 50-53.)

Jotta konsultointi olisi onnistunutta, konsultti tarvitsee tietoa organisaatiosta. Organisaatioajattelun ja organisaatioteorioiden tuntemus on välttämätöntä konsulttina onnistumiselle. Organisaationäkökulmalla tarkoitetaan sekä laajuutta että syvyyttä. Teoriatiedon osaaminen ei yksin riitä, vaan tarvitaan myös joidenkin keskeisten teorioiden ja näkökulmien sisäistynyttä hallintaa. (Tokola & Hyyppä 2004, 14.) Konsultointitilanteen onnistumisen kannalta on myös merkittävää, että konsultioija kokee hänen asiaansa pidettävän tärkeänä. Tämän konsultti voi osoittaa keskittymällä käsillä olevaan asiaan. Keskittymistä voi osoittaa esimerkiksi katsekontaktin avulla ja sillä, että sanaton ja sanallinen viestintä eivät ole ristiriidassa. Keskittymistä ja mielenkiintoa voi osoittaa myös tarkentavilla kysymyksillä, ilmeillä, eleillä ja kommentteilla. (Eloranta & Virkki 2011, 66.)

Mertalan (2011) tutkimuksen mukaan onnistuneella konsultoinnilla voi olla myös taloudellinen merkitys. Oikeanlainen tieto mahdollistaa esimerkiksi sen, ettei potilasta tarvitse siirtää perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon piiriin. Siinä säästetään myös niin, ettei potilaan tarvitse kulkea turhaan paikasta toiseen. Myös se, että kaikki tutkimukset saadaan konsultoinnin myötä tehtyä samassa yksikössä helpottaa sitä, että tiedonkulussa ei ole katkoksia. (Mertala 2011, 88.)

### 2.3 Asiantuntijuuden jakaminen ja moniammatillinen osaaminen hyvän konsultoinnin tukena

Hoitotyön tavoitteena on potilaan kokonaisvaltaisen, fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin ylläpito ja eheys. Tällaisen onnistuneen ja tavoitteellisen hoidon tukena hoitaja voi käyttää eri asiantuntijoiden tietoa ja taitoa. (Iivanainen & Syväoja 2011, 184, 356.) Se, että hoitajan ammatillinen pätevyys säilyisi, vaatii kehittymiskykyä ja muutosvalmiutta, sillä hoitotyö muuttuu jatkuvasti yhteiskunnan tuomien muutosten mukana. Hoitajan asiantuntijuuden kehittymisen ja ylläpidon apuna voidaan käyttää muita asiantuntijoita ja moniammatillista osaamista. (Hautakangas, Horn, Pyhälä-Liljeström & Raappana 2003, 27-30.)

Wallinin (2012) artikkeli käsittelee ammatillista kasvua hoitotyössä. Artikkelin mukaan hoitotyössä vaaditaan ammatillisen kasvun kehittymistä ja samalla hoitohenkilökunnan jo osatun tiedon ylläpitoa. Ammatillinen kasvu vaatii, että työntekijä osaa pyytää apua osaavammalta henkilöltä. Ammatillinen kehittyminen vaatii siis konsultointitaitoja. (Wallin 2012, 11.) Kääriäisen ym. (2009) tekemässä julkaisussa tarkastellaan vetovoimatekijöitä Oulun yliopistollisen sairaalan erva-alueen sairaaloissa. Julkaisun mukaan se, että henkilökunnalla on mahdollisuus käyttää laajasti asiantuntijoiden ja asiantuntijasairaanhoitajan konsultaatioapuja, voidaan yhdistää henkilöstön sitoutumisena työntekoon ja samalla heidän työhyvinvointiinsa. Sen lisäksi niiden myötä hoito on tuloksellisempaa ja sitä kautta potilastyytyväisyys on parempaa (Kääriäinen, Torppa, Törmä & Paasivaara 2009, 5).

Asiantuntija voidaan sanakirjan mukaan määritellä usealla tavalla, kuten spesialistiksi, erikoisasiantuntijaksi sekä henkilöksi, jolta voidaan pyytää asiantuntijan lausunto jostakin määrätystä asiasta. Tällaisella asiantuntijalla on taustalla perusteellinen ja korkeatasoinen koulutus sekä teoreettista että käytännöllistä osaamista, jotka nivoutuvat tiiviisti yhteen. Asiantuntija on siis henkilö, joka tietää muita työntekijöitä enemmän jostakin määrätystä asiasta. (Jaakkola 2012, 9.) Erilaiset asiantuntijoiden toiminnat täydentävät toinen toisiaan niin tiedon tuottamisessa kuin sen hyödyntämisessäkin (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015). Kun asiantuntijatehtävät ovat huolellisesti suunniteltuja ja toteutettuja sekä arvioituja, ne hyödyttävät niin potilasta, hoitotyötä, organisaatiota kuin yhteisöäkin (Työsuojelurahasto 2015). Asiantuntijatyö sosiaali- ja terveysalalla edellyttää verkostoitumista, tiimi- ja yhteistyötä muiden asiantuntijoiden ja eri ammattiryhmien sekä potilaiden kanssa. Jotta työelämässä menestyisi, hoitajalta vaaditaan samanaikaisesti ongelmanratkaisukykyä sekä sosiaalisia vuorovaikutus- ja tiimityötaitoja. (Liimatainen 2009, 11.)

Asiantuntijasairaanhoitajan konsultointi ja toiminta antavat tukea kollegan ammatilliselle kehitymiselle (Latvala 2001, 14). Kokeneella sairaanhoitajalla on tukenaan kehittyntä

kliinistä tietoa, joka on hankittu kokemuksen ja oppimisen kautta. Monet hoitajat ovat kertoneet luottavansa eniten muissa hoitajissa siihen, että heillä on paljon kliinistä kokemusta potilastyöstä. Näin ollen asiantuntevien hoitajien konsultoimista tapahtuu enemmän. (Benner, 1999, 17- 43.) Myös Hyvösen (2004) tutkimuksessa ilmenee, että asiantuntevampien hoitajien konsultointia tapahtuu enemmän. Haastateltavat olivat sitä mieltä, että koulutetumpien työtovereiden konsultointi oli keskeistä työn kannalta (Hyvönen 2004, 85).

Paloniemen (2004) tutkimuksessa käsitellään iän ja kokemuksen merkitystä ammatillisessa osaamisessa ja sen kehittämisessä. Ammatillisella osaamisella ja työkokemuksen määrällä voidaan tutkimuksen mukaan nähdä yhteys toisiinsa. Myös iällä ja ammatillisella osaamisella voidaan havaita yhtenäisyyksiä, mutta ne ovat kokemukseen verrattuna häilyvämpiä. Ammatilliseen osaamiseen voidaan yhdistää eniten yksilöllisyys eli se, että jokaisella työntekijällä osaaminen, oppiminen ja ammatillisuus ovat yksilöllisiä prosesseja. (Paloniemi, 2004, 103-107.)

Vastavalmistuneet sairaanhoitajat tiedostavat usein, etteivät he voi saada kaikkea tarvitsemaansa tietoa oppikirjoista, vaan joutuvat usein turvautumaan työtovereihin ja osaavampiin henkilöihin. Myös kokeneemmat turvautuvat muuhun työryhmään, sillä riippuvaisuus muiden näkökulmista ja kunkin henkilökohtaisista kokemuksista on välttämätöntä. Se, että henkilö ei tunne esimerkiksi jotain tekniikkaa ja sen erityispiirteitä, merkitsee vähemmän kuin se, että hän pystyy kysymään apua kokeneemmalta. Vaikeita ongelmia voidaan lähestyä kertomalla esimerkkejä ja jakamalla asiantuntemusta. Hyvä yhteistyö auttaa asiantuntijuuden jakamisessa ja luo tukemisen ja mahdollisuuksien ilmapiirin. (Benner 1999, 222-224.)

Hoitotyössä edellytetään yhteistyötaitoja. Yhteistyötä voidaan tehdä sekä kollegoiden että moniammatillisen tiimin välillä. Hoitajan on osattava toimia hoitotyön asiantuntijana moniammatillisessa tiimityössä, mutta myös tarvittaessa konsultoida eri ammattiryhmien asiantuntijoita. (Opetusministeriö 2006, 65-66.)

Moniammatillisella yhteistyöllä tarkoitetaan sitä, että työskentely on mahdollisimman asiakas- ja työlähtöistä niin, että eri ammattiryhmät yhdistävät tietonsa ja taitonsa pyrkien mahdollisimman tasa-arvoiseen päätöksentekoon (Lukkari, Kinnunen & Korte 2009, 48). Hoitotyössä työskentelevät tekevät usein päätöksiä yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa. Kaikilla tiimin jäsenillä on oma tieto- ja taitoperustansa, jonka näkökulmasta he tarkastelevat potilaan hoitoa (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 33). Vuorovaikutus työryhmän ulkopuolisen henkilön kanssa voi tuottaa laadullisesti uusia oivalluksia, auttaa näkemään uusia mahdollisuuksia omassa toiminnassaan sekä laajentamaan

näkemyistä organisaatiosta. Mitä monipuolisemmat ryhmien ja osastojen rajat ylittäviä kontaktit ovat, sitä paremmin ne tukevat tätä kehitystä. (Latvala 2001, 14.) Jotta yhteistyö on onnistunutta, vaaditaan yhteisen tiedon käyttämistä ja eri ammattiryhmien hyödyntämistä. Näin toimiva tiimi voi hyvin koostua moniammatillisesta työryhmästä. (Koivukoski & Palomäki 2009, 93-95.)

Moniammatillisuuden kautta saadaan yhteistyöhön uusia näkökulmia (Isoherranen 2006, 14). Nikander (2003) kokee myös moniammatillisen osaamisen positiivisena, sillä hänen tutkimuksensa mukaan hoitotyössä päätöksentekojen tukena voidaan käyttää eri ammattikuntien osaamista ja heidän välistä yhteistyötään (Nikander 2003, 279). Latvalan (2001) väitöskirjatutkimuksen mukaan moniammatillisen yhteistyön tavoitteena on hyödyntää kaikkia ammattiryhmiä, jotka ovat tekemisissä asiakkaan tai potilaan kanssa. Tavoitteena on saada potilaan ongelmaan tai sairauteen eri näkökulmia. (Latvala 2001, 19.)

Hoitotyössä moniammatilliseen yhteistyöhön voi kuulua esimerkiksi sairaanhoitajia, lääkäreitä, laitoshuoltajia ja muita avustavia henkilökunnan jäseniä (Lukkari ym. 2009, 48). Hyviä piirteitä moniammatilliselle työryhmälle on esimerkiksi yhteinen vastuuntunto, yhteinen päämäärä, avoin ilmapiiri, ideoiden käyttö ryhmän hyväksi ja avoin, keskusteleva ilmapiiri. Moniammatillisen yhteistyön periaatteena on se, että pieni ryhmä ihmisiä suorittaa työkokonaisuutta tiiviissä yhteistyössä. (Lukkari ym. 2009, 48.) Moniammatillista yhteistyötä helpottaa se, ettei toisten työntekijöiden tekemisiä tai ajattelutapoja ryhdytä määrittelemään. Jokaiselle moniammatillisen tiimin jäsenelle tulee sen sijaan antaa omaa tilaa ja kunnioitusta. (Arnkil & Erikson 2003, 4.) Isoherrasen (2012) tutkimuksessa kartoitettiin sellaisia haasteita ja asioita, joita eri asiantuntijat kohtaavat moniammatillista yhteistyötä kehitettäessä. Tutkimuksen mukaan moniammatillisen tiimin haasteena voi olla muun muassa joustavat roolit, vastuukysymysten määrittely, yhteisen tiedon luomisen käytännöt sekä tiimityön ja vuorovaikutustaitojen oppiminen. Haasteena voivat olla myös organisaation rakenteet. (Isoherranen 2012, 5.)

Olipa moniammatillisen yhteistyön työympäristö millainen tahansa, siinä korostuvat usein seuraavat viisi kohtaa: asiakaslähtöisyys, tiedon ja eri näkökulmien kokoaminen yhteen, vuorovaikutustaitoinen yhteistyö, rajojen ylitykset sekä verkostojen huomioiminen (Isoherranen 2006, 14). Konsultointi voidaan rinnastaa työtapana vertaisarviointiin, yksilövastuuseen hoitotyöhön, tiimityöskentelyyn, projekteihin ja verkostoitumiseen. Näin ollen myös moniammatillinen yhteistyö edellyttää ryhmien keskinäistä konsultointia. (Latvala 2001, 14-19.)

### 3 Opinnäytetyön toteutus

#### 3.1 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää erään pääkaupunkiseudulla sijaitsevan erikoissairaanhoidon poliklinikan henkilökunnan konsultointikäytäntöjä. Opinnäytetyön tavoitteena on saada konsultointiin liittyviä kehittämisideoita yksikköön.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten konsultointi yksikössä toteutuu?
2. Miten konsultoinnin toimivuutta voisi yksikössä kehittää?

#### 3.2 Tutkimusmenetelmien valinta

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi on valittu määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä. Määrällisen tutkimusmenetelmän avulla kartoitetaan lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä sekä eri asioiden välisiä riippuvuuksia tai tutkittavassa ilmiössä tapahtuneita muutoksia (Heikkilä 2004, 16). Määrällisen tutkimusmenetelmän avulla saadaan parhaiten tietoa silloin, kun selvitetään suurempiin kohderyhmiin osoitettuja tutkimuskysymyksiä yksittäisten henkilöiden tutkimisen sijaan. Määrällisen tutkimuksen avulla on tarkoitus mitata eikä selitellä ilmiöitä. (Aira & Seppä 2010, 805.) Määrällisen tutkimusmenetelmän tutkimusaineiston keräämiseen on valittavissa kyselylomake, systemaattinen havainnointi tai valmiiden rekisterien ja tilastojen käyttö (Vilka 2005, 73).

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin kvantitatiivinen menetelmä siitä syystä, että sen avulla voitiin kartoittaa lukumääriä ja prosenttiosuuksia ja niiden pohjalta tutkia esimerkiksi konsultoinnin määrän ja tapojen yhtäläisyyksiä vastaajien taustatekijöihin. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä valittiin myös siitä syystä, että opinnäytetyön kohderyhmä oli melko laaja, kaikkiaan noin 45 henkilöä. Tutkimusmenetelmä mahdollisti kohderyhmänä olevan osaston henkilökunnan kattavan tavoittamisen, eli suuren vastausprosentin saamisen.

#### 3.3 Kohderyhmä ja toimintaympäristö

Määrällistä tutkimusta tehtäessä on haastateltavien ja tässä tapauksessa kyselylomakkeisiin vastaavien valinnassa muistettava se, mitä tutkimuksessa ollaan tutkimassa (Vilka 2005, 114). Kyselytutkimuksen kohderyhmäksi valittiin erään pääkaupunkiseudulla sijaitsevan

erikoissairaanhoidon poliklinikan hoitohenkilökunta. Osastolla työskentelee n. 45 hoitoalan työntekijää, joten tavoitteena on saada 30-45 vastausta. Osaston henkilökunta koostuu esimerkiksi lähetehoitajista, PAPA-seurantahoitajista sekä päivystyshoitajista. Opinnäytetyö on osa Naistenklinikan ja Laurea-ammattikorkeakoulun yhteistyöhanketta ja tutkittava yksikkö päätettiin hankkeen pohjalta valmiiksi.

### 3.4 Aineiston keruu

Kyselylomake on määrällisessä tutkimusmenetelmässä tavallisimmin käytetty aineiston keruutapa (Vilkkä 2005, 73). Se on valittu myös tämän opinnäytetyön keruutavaksi, koska kyselylomakkeilla voidaan tavoittaa suuri vastaajajoukko ja siihen on mahdollista vastata mihin vuorokauden aikaan tahansa, joten se soveltuu hyvin vuorotyötä tekeväälle henkilökunnalle. Kyselylomakkeen käytössä ratkaisevaa on se, kysytäänkö siinä sisällöllisesti oikeita kysymyksiä tavalla, joka on tilastollisesti mielekäs. Hyvä ja onnistuneesti koottu kyselylomake on kokonaisuus, jossa sekä sisällölliset että tilastolliset näkökohdat toteutuvat. (Vehkalahti 2008, 20.)

Kyselytutkimus on hyvä tapa kerätä tietoa esimerkiksi erilaisista yhteiskunnan ilmiöistä, ihmisten toiminnasta, mielipiteistä, asenteista ja arvoista. Kyselytutkimuksessa tutkija esittää vastaajalle kysymyksiä kyselylomakkeen välityksellä. Se eroaa haastattelututkimuksesta siinä, ettei haastattelija esitä kysymyksiään henkilökohtaisesti kasvitusten tai puhelimitse. Kyselytutkimuksen haasteena on se, että kyselylomakkeen on oltava toimiva ilman haastattelijan apua. (Vehkalahti 2008, 11.) Kyselylomakkeen etuna on se, että vastaaja jää aina tuntemattomaksi. Se soveltuu hyvin suurelle ja hajallaan olevalle joukolle ihmisiä, kuten vuorotyötä tekeväälle hoitohenkilökunnalle. Kyselylomaketutkimusta on hyvä käyttää myös silloin, kun tutkimuksessa käsitellään arkaluontoisia asioita (Vilkkä 2005, 74-75), kuten työyhteisöön ja sen vuorovaikutukseen liittyviä seikkoja, jollaisia tämän opinnäytetyön kyselylomakkeessa kysytään. Kyselytutkimuksen etuna on myös se, että kysymyksiin on melko nopea vastata, koska osa kysymyksistä on suljettuja eli vaihtoehdot on annettu kysymyksissä valmiiksi. Se, että kyselytutkimukseen on nopeaa ja yksinkertaista vastata, edesauttaa mahdollisimman suuren vastausmäärän saamista, mikä taas osaltaan tekee tutkimuksesta luotettavamman. (Heikkilä, 2004, 51.)

Kyselylomake on laadittu yhdessä työelämän yhteistyöhenkilön kanssa. Hän työskentelee yksikössä ja hänen antamiensa tietojen avulla on päädytty valitsemaan kyselylomakkeeseen sellaisia kysymyksiä, jotka ovat juuri opinnäytetyön kohteena olevaan yksikköön soveltuvia ja joiden avulla saadaan vastaukset opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Suurin osa kyselylomakkeen kysymyksistä on sekamuotoisia kysymyksiä, joissa osa vastausvaihtoehdoista on annettu valmiiksi ja osa, yleensä yksi, vaihtoehdoista on avoin. Yleensä "Muu, mikä?" -

tyyppinen vastausvaihtoehto on lisätty silloin, kun on ollut epävarmaa ovatko kaikki mahdolliset vastausvaihtoehdot valittavissa. Avoin vaihtoehto helpottaa vastaamista ja samalla auttaa sitä, että vastaukset ovat luotettavampia. Kyselytutkimuksessa on myös muutama täysin avoin kysymys, ja ne on valittu silloin, kun kysymyksessä ei tarjota valmiita vastausvaihtoehtoja. Silti avoimiin kysymyksiin on merkitty rajallinen rivimäärä vastaukselle, jotta vastaajan on helpompi tiedostaa se, minkä pituinen vastaus on optimaalisin. Se, että kyselylomakkeessa on suljettuja, sekamuotoisia ja avoimia kysymyksiä, tekee opinnäytetyöstä luotettavamman, koska kyselytutkimukseen osallistujalla on laajemmat vastausmahdollisuudet.

Kyselytutkimusta varten haettiin tutkimuslupaa opinnäytetyön kohteena olevan erikoissairaanhoidon poliklinikan johtavalta ylihoitajalta. Kyselytutkimuksen toteuttamisesta ja opinnäytetyösuunnitelmasta pidettiin osastotunti 20.5.2015 kyselytutkimuksen toteutettavassa yksikössä, jotta vastaajat olivat tietoisia tulevasta kyselytutkimuksesta ja henkilökuntaa saatiin motivoitua osallistumaan siihen. Tutkimuslupa kyselytutkimukselle saatiin 25.9.2015. Kyselylomakkeet toimitettiin yksikköön yhteyshenkilön välityksellä 28.9.2015 ja ne kerättiin takaisin 12.10.2015, kun kahden viikon vastausaika oli päättynyt. Kyselytutkimuksen tulokset käsiteltiin loka-marraskuussa 2015 ja opinnäytetyö valmistui tammikuussa 2016.

### 3.5 Aineiston analysointi

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa analyysimenetelmäksi valitaan menetelmä, jolla saadaan tietoa siitä, mitä ollaan tutkimassa. Analyysimenetelmä tulisi pyrkiä ennakoimaan jo tutkimusta suunniteltaessa, niin että se on tutkimusongelmaan ja -kysymyksiin nähden sopiva. (Heikkilä 2004, 183.)

Aineiston analysointiin on käytetty IBM SPSS Statistics -ohjelmistoa. Ensin jokaiselle muuttujalle annettiin nimi. Tämän jälkeen muuttujat määriteltiin kysymyksen luonteen mukaan. Tässä opinnäytetyössä muuttujien mitta-asteikkoina käytettiin pääosin luokitteluasteikkoa ja järjestelyasteikkoa, vain ikä mitattiin välimatka-suhdeasteikon tasoisesti. Jokaisesta muuttujasta syötettiin ohjelmistoon nimi, tyyppi, leveys, desimaalien määrä, selite ja muuttujan arvojen selitteet.

Seuraavaksi tulokset, eli kyselylomakkeiden vastaukset, syötettiin ohjelmistoon. Vastaukset tallennettiin siten, että muuttujien nimet tulivat sarakeotsikoiksi niin, että sarakkeessa oli muuttujan saamat arvot ja rivillä oli yhden tilastoyksikön havaintoarvot. Tämän jälkeen jokaisesta lomakkeesta syötettiin kaikki muuttujan arvot, eli täytettiin yksi rivi kerrallaan. Anonymiteetin säilyttämiseksi kyselyyn vastanneen lähihoitajan vastaukset poistettiin ennen



analysoimista Missing-toiminnolla niissä muuttujissa, joissa koulutus tuli ilmi. Osassa kysymyksistä oli mahdollista valita useampi vastausvaihtoehto. Monivalintakysymyksissä muuttujien arvot syötettiin ohjelmaan siten, että mikäli vastaaja oli valinnut vaihtoehdon, annettiin muuttujan arvoksi yksi. Mikäli vastaaja ei ollut valinnut vaihtoehtoa, muuttujan arvoksi annettiin nolla.

Kun vastaukset oli syötetty ohjelmistoon, tehtiin kaikista muuttujista ensin frekvenssitaulukot. Frekvenssitaulukossa esitetään muuttujan saamat arvot ja niihin liittyvät lukumäärät, prosentit sekä kertymäprosentit. Kysymyksessä, jossa kysyttiin vastaajan ikää, tehtiin ensin raakataulukko ja sen jälkeen vastaukset luokiteltiin sopiviin ikäluokkiin ja tehtiin myös tästä taulukko. Aineistoa käsiteltiin myös ristiintaulukoimalla muuttujia keskenään. Ristiintaulukointi mahdollistaa kahden eri muuttujan välisen yhteyden tarkastelun (Vuorinen 2015). Kaikissa taulukoissa desimaalit pyöristettiin niin, että prosentit ilmoitettiin kokonaislukuina.

Avointen kysymysten kohdalla käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia, jonka avulla aineistosta pystyttiin erottamaan sekä samanlaisuudet että erilaisuudet, ja näin ollen avointen kysymysten hajanaisista vastauksista saatiin selkeät ja yhtenäisemmät kokonaisuudet. Kun vastaukset ovat selkeät ja yhtenäisemmät, vastausten tulkitseminen ja johtopäätösten tekeminen on mahdollista (Tampereen teknillinen yliopisto 2015).

Sisällönanalyysin toteuttaminen aloitettiin päättämällä, mihin kysymyksiin haettiin vastausta. Tämän jälkeen eroteltiin ja merkittiin aineistosta ne asiat, joiden sisältö liittyi kysymykseen, johon haettiin vastausta. Kaikki muu jätettiin pois ja vain oleellinen aineisto säästettiin. Tässä opinnäytetyössä kaikkien avointen kysymysten vastaukset vastasivat tutkimuskysymyksiin, joten vastauksia ei tältä osin tarvinnut erikseen erotella.

Ensimmäiseksi kirjoitettiin ylös jokaisen avoimen kysymyksen kohdalta saadut vastaukset eli alkuperäiset ilmaisut. Ne merkittiin sarakkeisiin, joiden viereen kirjoitettiin pelkistetyt ilmaisut alkuperäisistä ilmaisuista. Pelkistäminen tapahtui siis alkuperäisten ilmaisujen informaatiota tiivistämällä sekä pilkkomalla osiin. Kun alkuperäiset ilmaisut saatiin pelkistettyä, tehtiin uusi sarake, johon tulivat pelkistetyt ilmaisut ja niiden viereen ryhmitellyt ilmaisut. Ryhmittely tarkoittaa samankaltaisuuksien sekä eroavaisuuksien etsimistä pelkistetyistä vastauksista (Sarajärvi & Tuomi 2009, 103-108). Ryhmittelyn avulla yhdistettiin samaa tarkoittavat asiat yhdeksi luokaksi, joka nimettiin sen sisältöä vastaavalla käsitteellä (kts. liite 1).

## 4 Tulokset

### 4.1 Vastaajien taustatiedot

Yksikössä työskentelevistä 45 hoitajasta kyselyyn vastasi 39 hoitajaa. Vastaajien ikä vaihteli 24 vuodesta 63 vuoteen. Vastanneiden iät luokiteltiin kolmeen luokkaan. Taulukosta 1 voidaan huomata, että vastaukset jakoutuivat suhteellisen tasaisesti jokaiseen ikäluokkaan. Eniten vastanneita (41 %) asettui ikäluokkaan 24-35v.

Taulukko 1. Kyselyyn vastanneiden ikä

	Lukumäärä	Prosentti	Prosenttia vastanneista	Kertymä prosentteina
24-35 v.	16	41 %	41 %	41 %
36-50 v.	11	28 %	28 %	69 %
yli 50 v.	12	31 %	31 %	100 %
Yhteensä	39	100 %	100 %	

Yksikössä työskentelee sairaanhoitajia, kätilöitä sekä lähihoitajia. Vastanneista vain yksi oli lähihoitaja, joten anonymiteetin säilyttämisen vuoksi hänen vastauksiaan ei ole huomioitu kysymyksissä, joissa toisena vertailun kohteena on koulutus. Taulukosta 2 näkyy, että suurin osa (74 %) tässä yksikössä työskentelevistä henkilöistä ovat koulutukseltaan kätilöitä.

Taulukko 2. Koulutustausta

	Lukumäärä	Prosentti	Prosenttia vastanneista	Kertymä prosentteina
Sairaanhoitaja	10	26 %	26 %	26 %
Kätilö	28	72 %	74 %	100 %
Total	38	97 %	100 %	
Lähihoitaja	1	3 %		
Yhteensä	39	100 %		

Työskentelyaika hoitoalalla on jaettu viiteen eri luokkaan. Lisäksi yhtenä vastausvaihtoehtona oli ”kesäsijaisuus”, mutta kukaan ei valinnut kyseisestä vaihtoehtoa. Taulukosta 3 näkyy, että lähes puolet (41 %) vastanneista on työskennellyt hoitoalalla yli 15 vuotta. Vähiten (10 %) vastanneista vastasi työskennelleensä hoitoalalla 0-2 vuotta.

Taulukko 3. Työskentelyaika hoitoalalla

	Lukumäärä	Prosentti	Prosenttia vastanneista	Kertymä prosentteina
0-2 vuotta	4	10 %	10 %	10 %
3-5 vuotta	7	18 %	18 %	28 %
6-10 vuotta	7	18 %	18 %	46 %
11-15 vuotta	5	13 %	13 %	59 %
yli 15 vuotta	16	41 %	41 %	100 %
Yhteensä	39	100 %	100 %	

Lähes puolet (46 %), vastasi työskennelleensä kyselytutkimuksen kohteena olevassa yksikössä yli 5 vuotta. Vastauksista loput jakautuivat suhteellisen tasaisesti vaihtoehtojen 0-2 vuotta (28 %) ja 3-5 vuotta (26 %) kesken. (Kts. Taulukko 4). 28 % vastasi työskentelevänsä sijaisena ja loput eli suurin osa (72 %) vastasi, ettei toimi sijaisena. (Kts. Liite 5.)

Taulukko 4. Työskentelyaika tässä yksikössä

	Lukumäärä	Prosentti	Prosenttia vastanneista	Kertymä prosentteina
0-2 vuotta	11	28 %	28 %	28 %
3-5 vuotta	10	26 %	26 %	54 %
yli 5 vuotta	18	46 %	46 %	100 %
Yhteensä	39	100 %	100 %	

Kysyttäessä työtehtävää yksikössä oli mahdollista valita useampi vastausvaihtoehto. Kolmen asetetun vaihtoehdon lisäksi oli mahdollista valita ”En mikään näistä, mikä?” -vaihtoehto, jonka oli valinnut yli puolet (54 %) vastanneista. Useat vastanneet olivat valinneet tämän vaihtoehdon lisäksi myös jonkin/joitakin valmiiksi annetuista vastausvaihtoehdoista. Lähes puolet (46 %) vastanneista kertoi työskentelevänsä päivystyshoitajana ja loput jakautuivat suhteellisen tasaisesti PAPA-seurantahoitajan (21 %) ja lähetehoitajan (23 %) kesken. (Kts. Taulukko 5).

Taulukko 5. Työtehtävä yksikössä

	Vastaukset		Prosenttia vastanneista
	Lukumäärä	Prosentti	
Lähetehoitaja	9	16 %	23 %
PAPA-seurantahoitaja	8	14 %	21 %
Päivystyshoitaja	18	32 %	46 %
Muu	21	38 %	54 %
Yhteensä	56	100 %	144 %

Kysyttäessä työtehtävää yksikössä, 54 % vastanneista oli valinnut vaihtoehdon ”En mikään näistä, mikä?”. Kysymyksessä oli mahdollista valita useampi vaihtoehto, ja osa vastaajista oli valinnut avoimen vaihtoehdon lisäksi jonkin/joitakin valmiiksi annetuista vastausvaihtoehdoista. Valmiiksi annettujen vastausvaihtoehtojen ulkopuolelta tuli esille useita tehtäviä, joissa yksikön hoitohenkilökunta toimii. Näistä selkeästi erottui kolme eniten vastauksia kerännyttä tehtävää: perusgynekologinen vastaanotto, puhelin/toimisto ja kolposkopiat. Niistä henkilöistä, jotka olivat vastanneet kohtaan ”En mikään näistä, mikä?” 27 % toimi perusgynekologisella vastaanotolla, 20 % puhelimesta/toimistolla ja 20 % kolposkopiaissa. Loput vastauksista jakaantuivat pienemmällä prosenttiosuudella jonohoitajan, päivystyksen ja poliklinikan, pre-operatiivisen vastaanoton ja sairaalapaikkavaruksen kesken. 2 % oli vastannut toimivansa kaikissa tehtävissä ja 2 % vastasi toimivansa muissa kuin valmiiksi mainituissa tehtävissä sen enempää erittelemättä. (Kts. Kuvio 1.)



Kuvio 1. Työtehtävä yksikössä

#### 4.2 Konsultaation toteutuminen yksikössä

Kyselylomakkeessa selvitettiin konsultaatiotapoja. Vastausvaihtoehtoina olivat suullisesti, puhelimitse, sähköisesti sekä videokuvan välityksellä. Jokainen (100 %) vastanneista kertoi konsultoineensa suullisesti viimeisen vuoden aikana ja lähes kaikki (97 %) kertoi konsultoineensa myös puhelimitse viimeisen vuoden aikana. Sähköisesti kertoi konsultoineensa vajaa puolet (46 %). Yksikään vastanneista ei valinnut vaihtoehtoa ”videokuvan välityksellä”. (Kts. Liite 4.)

Taulukossa 6. tarkastellaan, mitä konsultointitapoja eri-ikäiset vastanneet olivat käyttäneet viimeisen vuoden aikana. Kävi ilmi, että jokainen vastanneista oli konsultoinut suullisesti viimeisen vuoden aikana iästä riippumatta. Lähes kaikki olivat käyttäneet konsultoinnin välineinä myös puhelinta. Sähköinen konsultointitapa ei ollut niin suosittu kuin kaksi ensin mainittua: 24-35 -vuotiaista sähköisesti oli konsultoinut 31 %, 36-50 -vuotiaista 64 % ja yli 51-vuotiaista 50 %. Kysymyksessä vastaajan oli mahdollista valita useampi vastausvaihtoehto.

Taulukko 6. Konsultointitavat viimeisen vuoden aikana

	Ikä			Yhteensä
	24-35	36-50	51-	
Suullisesti	16	11	12	39
	100 %	100 %	100 %	
Puhelimitse	16 %	11 %	11 %	38
	100 %	100 %	92 %	
Sähköisesti	5 %	7 %	6 %	18
	31 %	64 %	50 %	
Yhteensä	16	11	12	39

Vastanneista 5 % kertoi konsultoivansa keskimäärin 1-2 kertaa viikossa. Loput vastanneista kertoivat konsultoivansa keskimäärin kolmesta jopa yli kymmeneen kertaan viikossa. (Kts. Taulukko 7).

Taulukko 7. Konsultointikertojen määrä viikossa

	Lukumäärä	Prosentti	Prosenttia vastanneista	Kertymä prosentteina
1-2 kertaa	2	5 %	5 %	5 %
3-5 kertaa	14	36 %	36 %	41 %
6-10 kertaa	9	23 %	23 %	64 %
yli 10 kertaa	14	36 %	36 %	100 %
Yhteensä	39	100 %	100 %	

Taulukossa 8 näkyy vastaajan ikä ja konsultointikertojen määrä keskimäärin viikon aikana. Yli 51-vuotiaat olivat ainoa ikäryhmä, jotka konsultoivat keskimäärin 1-2 kertaa viikon aikana. Heistä 17 % konsultoi tämän verran. Keskimäärin 3-5 kertaa viikon aikana konsultoi 44 % 24-35 -vuotiaista sekä 45 % 36-50 -vuotiaista, mutta vain 17 % yli 51-vuotiaista. Keskimäärin 6-10 kertaa viikon aikana konsultoitujen jakautuminen eri ikäryhmien kesken oli melko tasaista. Keskimäärin yli 10 kertaa konsultoitujen kesken oli enemmän hajontaa eri ikäryhmien kesken: 38 % 24-35 -vuotiaista, 27 % 36-50 -vuotiaista sekä 42 % yli 51-vuotiaista konsultoi keskimäärin yli 10 kertaa viikon aikana.

Taulukko 8. Konsultointikertojen määrä viikossa eri ikäluokissa

	Ikä			Yhteensä
	24-35	36-50	51-	
1-2 kertaa	0	0	2	2
	0 %	0 %	17 %	5 %
3-5 kertaa	7	5	2	14
	44 %	45 %	17 %	36 %
6-10 kertaa	3	3	3	9
	19 %	27 %	25 %	23 %
yli 10 kertaa	6	3	5	14
	38 %	27 %	42 %	36 %
Yhteensä	16	11	12	39
	100 %	100 %	100 %	100 %

Kun tarkastelun kohteena oli konsultointikertojen määrä ja työskentelyvuodet hoitoalalla, voitiin huomata, että yli 15 vuotta hoitotyötä tehneet olivat ainoa ryhmä, joiden joukosta ilmeni keskimäärin 1-2 kertaa viikossa konsultoivia vastanneita. Keskimäärin 3-5 kertaa viikossa konsultoitavien hajonta oli melko tasaista eri ryhmien kesken. 11-15 vuotta alalla työskennelleiden vastaajien joukosta ei ilmennyt yhtään vastaajaa, joka konsultoisikaan keskimäärin yli kymmenen kertaa viikon aikana. Sen sijaan yli 15 vuotta alalla olleista vastanneista 44 % kertoi konsultoitavansa keskimäärin yli 10 kertaa viikon aikana. Keskimäärin yli kymmenen kertaa viikossa konsultoitavia oli runsaasti myös muissa ryhmissä. (Kts. Taulukko 9.)

Taulukko 9. Konsultointikertojen määrä viikossa eri työskentelyvuosissa hoitoalalla

	Työskentelyvuodet hoitoalalla					Yhteensä
	0-2 vuotta	3-5 vuotta	6-10 vuotta	11-15 vuotta	yli 15 vuotta	
1-2 kertaa	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	2 13 %	2 5 %
3-5 kertaa	2 50 %	4 57 %	1 14 %	3 60 %	4 25 %	14 36 %
6-10 kertaa	1 25 %	0 0 %	3 43 %	2 40 %	3 19 %	9 23 %
yli 10 kertaa	1 25 %	3 43 %	3 43 %	0 0 %	7 44 %	14 36 %
Yhteensä	4 100 %	7 100 %	7 100 %	5 100 %	16 100 %	39 100 %



Taulukossa 10. tarkastellaan konsultointikertojen määrää ja sitä, kuinka kauan vastaaja on työskennellyt yksikössä. Ilmeni, että yli 5 vuotta yksikössä työskennelleet olivat ainoa ryhmä, joiden joukossa oli 11 % keskimäärin 1-2 kertaa viikossa konsultoivia. Muuten konsultointikertojen määrää ja yksikössä työskentelyvuosia vertailtaessa keskenään hajonta oli melko suurta: kaikissa ryhmissä oli keskimäärin 3-5 kertaa, 6-10 kertaa ja yli 10 kertaa viikossa konsultoivia vastaajia.

Taulukko 10. Konsultointikertojen määrä viikossa eri työskentelyvuosissa yksikössä

	Työskentelyvuodet yksikössä			Yhteensä
	0-2 vuotta	3-5 vuotta	yli 5 vuotta	
1-2 kertaa	0 0 %	0 0 %	2 11 %	2 5 %
3-5 kertaa	5 45 %	2 20 %	7 39 %	14 36 %
6-10 kertaa	2 18 %	3 30 %	4 22 %	9 23 %
yli 10 kertaa	4 36 %	5 50 %	5 28 %	14 36 %
Yhteensä	11 100 %	10 100 %	18 100 %	39 100 %

Tarkasteltaessa vastaajan koulutusta ja keskimääräistä konsultointikertojen määrää viikon aikana ilmeni, että konsultointikertojen määrässä hajonta sairaanhoitajien ja kätilöiden välillä oli melko suurta. Kätilöistä 39 % konsultoi keskimäärin 3-5 kertaa viikon aikana, kun sairaanhoitajista 20 % kertoi konsultoivansa keskimäärin yhtä usein. Sairaanhoitajista puolet konsultoivat keskimäärin yli 10 kertaa viikon aikana, kun vastaava määrä kätilöiden keskuudessa oli 32 %. (Kts. Taulukko 11.)

Taulukko 11. Konsultointikertojen määrä viikossa eri koulutuksen saaneilla

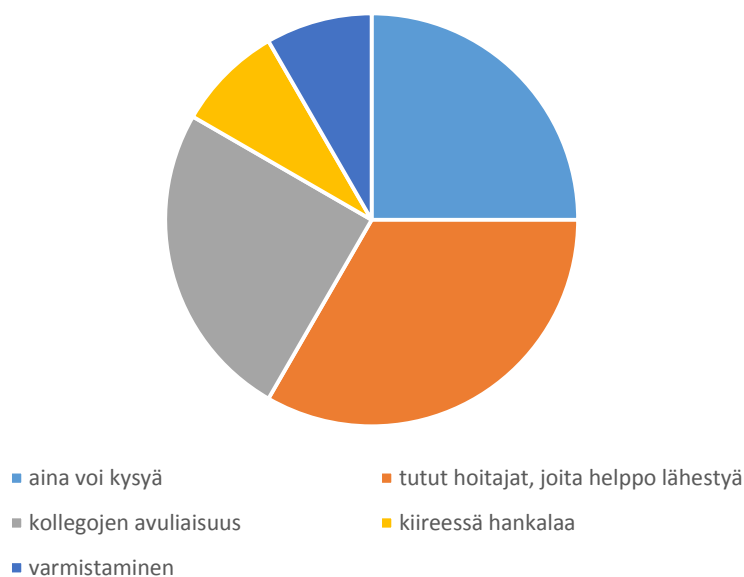
	Koulutus		Yhteensä
	Sairaanhoitaja	Kätilö	
1-2 kertaa	1 10 %	1 4 %	2 5 %
3-5 kertaa	2 20 %	11 39 %	13 34 %
6-10 kertaa	2 20 %	7 25 %	9 24 %
yli 10 kertaa	5 50 %	9 32 %	14 37 %
Yhteensä	10 100 %	28 100 %	38 100 %

Taulukossa 12 esiteltyjen vastausvaihtoehtojen lisäksi kyselylomakkeessa oli vastausvaihtoehtoina myös ”melko korkeaksi” ja ”erittäin korkeaksi”, mutta yksikään vastanneista ei valinnut kyseisiä vaihtoehtoja. Lähes kaikki (79 %) vastanneista kertoivat kynnyksen konsultointiin olevan erittäin matala ja loput (21 %) vastanneista kokivat kynnyksen melko matalaksi.

Taulukko 12. Konsultointikynnys omassa yksikössä

	Lukumäärä	Prosentti	Prosenttia vastanneista	Kertymä prosentteina
Erittäin matalaksi	31	79 %	79 %	79 %
Melko matalaksi	8	21 %	21 %	100 %
Yhteensä	39	100 %	100 %	

Kysymyksessä pyydettiin vastaajia myös perustelemaan valintansa. Perusteluissa esille tuli selvästi se, että kollegoita ja muita potilaiden hoitoon osallistuvia henkilöitä ja tahoja oli helppo lähestyä: 33 % vastauksensa perustelleista toi tämän asian esille. Myös kollegat koettiin avuliaiksi ja konsultointiin suhtauduttiin positiivisesti, tämän toi esille 25 % vastauksen perustelleista. Vastauksensa perustelleista 25 % toi esille myös sen, että aina on mahdollista kysyä. Perusteluissa tuli esille myös se, että oli mahdollista varmistaa toiselta, muistaako jonkin tietyn asian oikein. Näin perusteli 8 % vastanneista. Perustelleista 8 % toi esille myös sen, että kiireessä konsultointi on hankalaa. (Kts. Kuvio 2.)



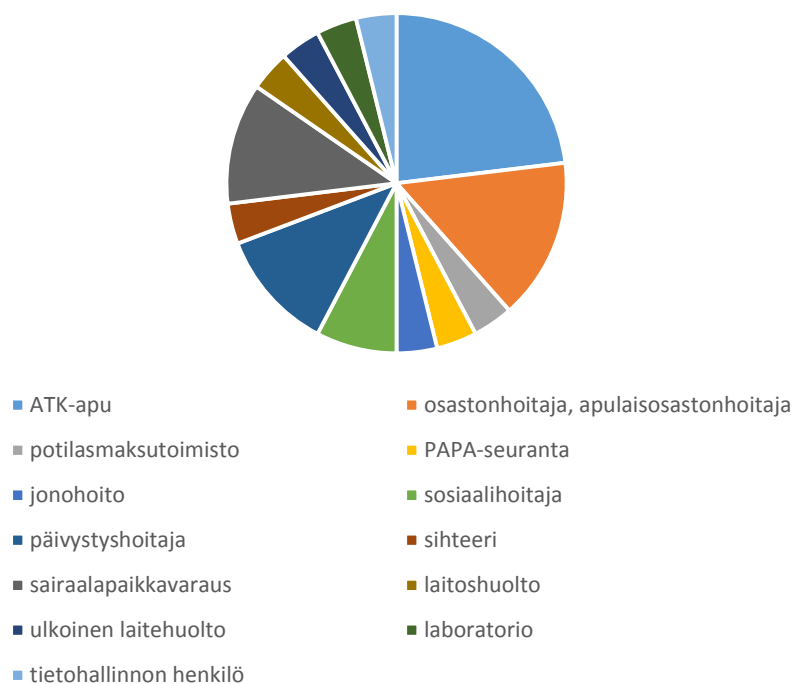
Kuvio 2. Konsultointikynnys

Jokainen vastanneista kertoi konsultoineensa lääkäriä sekä kollegaa samassa yksikössä viimeisen vuoden aikana. Suurin osa kertoi myös konsultoineensa hygieniahoitajaa (79 %), yleisgynekologista vastaanottohoitajaa (62 %) sekä kollegaa muussa yksikössä (82 %) viimeisen vuoden aikana. Kyselyyn vastanneista vähiten (3 %) vastaajia kertoi konsultoineensa haavahoitajaa sekä psykiatrista sairaanhoitajaa viimeisen vuoden aikana. Muita kuin kysymyksessä mainittuja tahoja kertoi konsultoineensa 33 % vastanneista. Kysymyksessä oli mahdollista valita useampi vaihtoehto. (Kts. Taulukko 13.)

Taulukko 13. Henkilöt, joita konsultoinut viimeisen vuoden aikana

	Vastauksia		Prosenttia vastanneista
	Lukumäärä	Prosentti	
Kollegaa samassa yksikössä	39	17 %	100 %
Kollegaa muussa yksikössä	32	14 %	82 %
Lääkäriä	39	17 %	100 %
Hygieniahoitajaa	31	14 %	79 %
Haavahoitajaa	1	0 %	3 %
Fysioterapeuttia	7	3 %	18 %
Seksuaaliterapeuttia	5	2 %	13 %
Sairaalapastoria	11	5 %	28 %
Psykiatrista sairaanhoitajaa	1	0 %	3 %
Syöpävastaanottohoitajaa	20	9 %	51 %
Yleisgynekologinen vastaanotto -hoitaja	24	11 %	62 %
Muuta, ketä?	13	6 %	33 %
<b>Yhteensä</b>	<b>223</b>	<b>100 %</b>	

Kysymyksessä, jossa kysyttiin, keitä hoitohenkilöstö oli konsultoinut viimeisen vuoden aikana, oli mahdollista valita myös ”Muuta, ketä?” -vastausvaihtoehto ja 33 % vastanneista olivat valinneet tämän vaihtoehdon. Kaikki vastaajat olivat valinneet myös valmiiksi annettuja vaihtoehtoja. Kuviosta 3 selviää, että kaksi konsultoinnin kohdetta erottui selvästi muista; ”Muuta, ketä?” -kohtaan vastanneista 23 % kertoi konsultoineensa viimeisen vuoden aikana ATK-apua ja 15 % osastonhoitajaa ja/tai apulaisosastonhoitajaa. Loput vastauksista jakautui pienemmillä prosenttiosuuksilla päivystyshoitajan, sairaalapaikkavarausten, sosiaalihoitajan, PAPA-seurannan, jonohoidon, sihteerin, laitoshuollon, ulkoisen laitehuollon, laboratorion, tietohallinnon henkilön sekä potilasmaksutoimiston kesken.



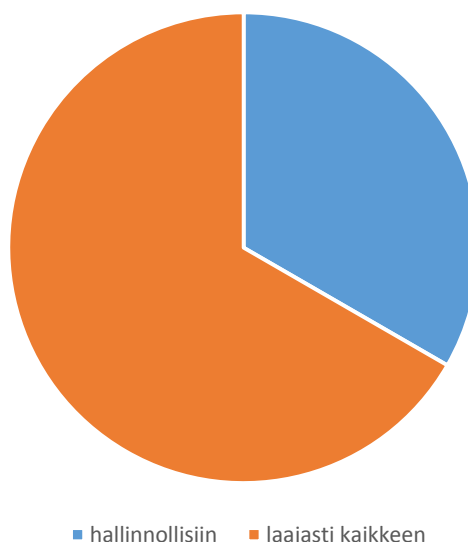
Kuvio 3. Henkilöt, joita konsultoinut viimeisen vuoden aikana

Jokainen vastanneista kertoi konsultoineensa potilaan hoitoon/hoitolinjoihin liittyvissä asioissa. Suurin osa vastanneista kertoi konsultoineensa myös hoitovälineistöön ja niiden käyttöön liittyen (64 %) sekä tietojärjestelmiin ja niiden käyttöön liittyen (87 %). Muuhun kuin kysymyksessä mainittuun asiaan liittyen konsultoi 10 % kyselyyn vastanneista. Kysymyksessä oli mahdollista valita useampi vaihtoehto. (Kts. Taulukko 14.)

Taulukko 14. Konsultointiaiheet

	Vastauksia		Prosenttia vastaajista
	Lukumäärä	Prosentti	
Potilaan hoitoon/hoitolinjoihin liittyen	39	38 %	100 %
Hoitovälineistöön ja niiden käyttöön liittyen	25	25 %	64 %
Tietojärjestelmiin ja niiden käyttöön liittyen	34	33 %	87 %
Muuhun asiaan liittyen, mihin?	4	4 %	10 %
Yhteensä	102	100 %	262 %

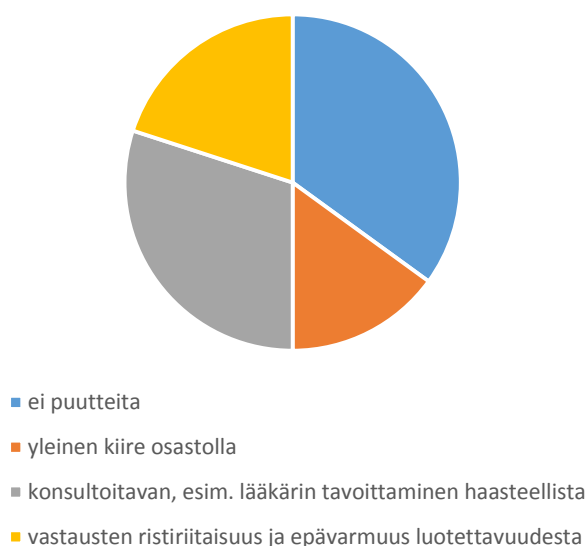
Kysymyksessä oli mahdollista valita avoin vastausvaihtoehto ”Muuhun asiaan liittyen, mihin?”. Tämän vaihtoehdon oli valinnut 10 % vastaajista. Esille tuli, että muita konsultoinnin aiheena olevia asioita olivat esimerkiksi hallinnolliset asiat tai että konsultointi liittyi laajasti kaikkeen sen enempää erittelemättä. (Kts. Kuvio 4.)



Kuvio 4. Konsultointiaiheet

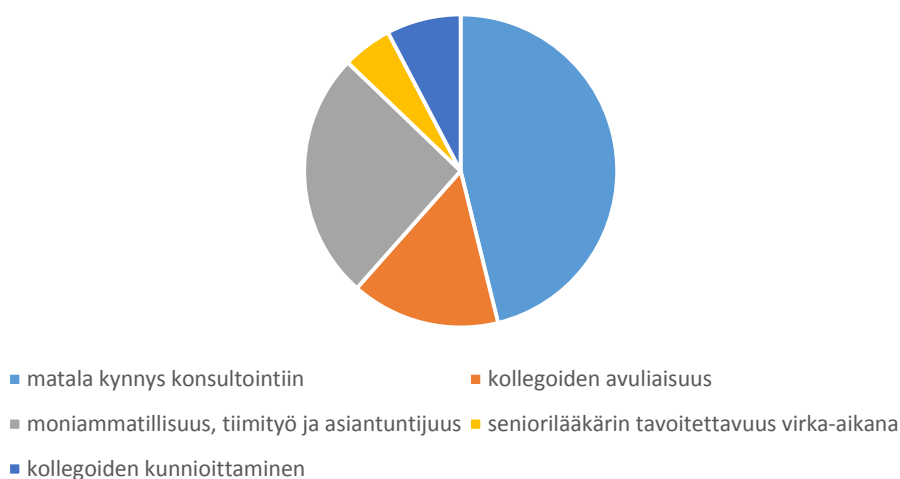
### 4.3 Konsultaatiotoiminnan kehittäminen yksikössä

Kyselylomakkeessa vastaajilta kartoitettiin heidän näkemyksiään puutteista, joita he kokevat yksikössään olevan konsultointiin liittyen. Vastauksista muodostui neljä ryhmiteltyä ilmaisua: ei puutteita, yleinen kiire osastolla, konsultoitavan, esimerkiksi lääkärin tavoittamisen haasteellisuus sekä vastausten ristiriitaisuus ja epävarmuus luotettavuudesta. 35 % vastanneista oli sitä mieltä, että yksikössä ei ole minkäänlaisia puutteita konsultointiin liittyen. Heidän mielestään konsultointi on helppoa ja se sujuu ongelmitta. Kaikista asioista on helppo kysyä ja kaikki kyselevät kaikilta, sillä suurella poliklinikalla muistettavaa on paljon. 30 % vastanneista oli sitä mieltä, että konsultoitavan, esimerkiksi lääkärin, tavoittaminen on haasteellista, mikä luo osaltaan puutteita konsultointiin liittyen. Konsultoitavien lääkäreiden haasteellinen tavoittaminen liittyi vastaajien mukaan muun muassa lääkärin kiireellisyyteen, sekä siihen, ettei seniorilääkäri ole paikalla kuin virka-aikaan. Yhteyden saaminen juuri tiettyyn henkilöön koettiin haasteelliseksi myös poliklinikan suuren koon vuoksi. 20 % vastanneista kokivat, että vastaukset joita he saavat, ovat välillä ristiriitaisia eikä niiden luotettavuudestaan voi olla aina täysin varma. Vastauksissa nousi esiin esimerkiksi ”vanhempien” hoitajien konsultoinnin hankaluus, heidän pitäessä asioita itsestäänselvyytenä. Vastaajat kokivat myös, että välillä on kysyttävä monelta henkilöltä saadakseen luotettavan vastauksen. Vastauksista ilmeni myös, että yleinen kiire osastolla on yksi konsultoinnin häiritseviksi tekijöistä. Vastaajien mielestä kiireisyys koskee niin hoitajia kuin konsultoitavia lääkäreitäkin, joita on heidän kiireellisyytensä vuoksi haasteellista tavoittaa. (Kts. Kuvio 5.)



Kuvio 5. Puutteet konsultointiin liittyen

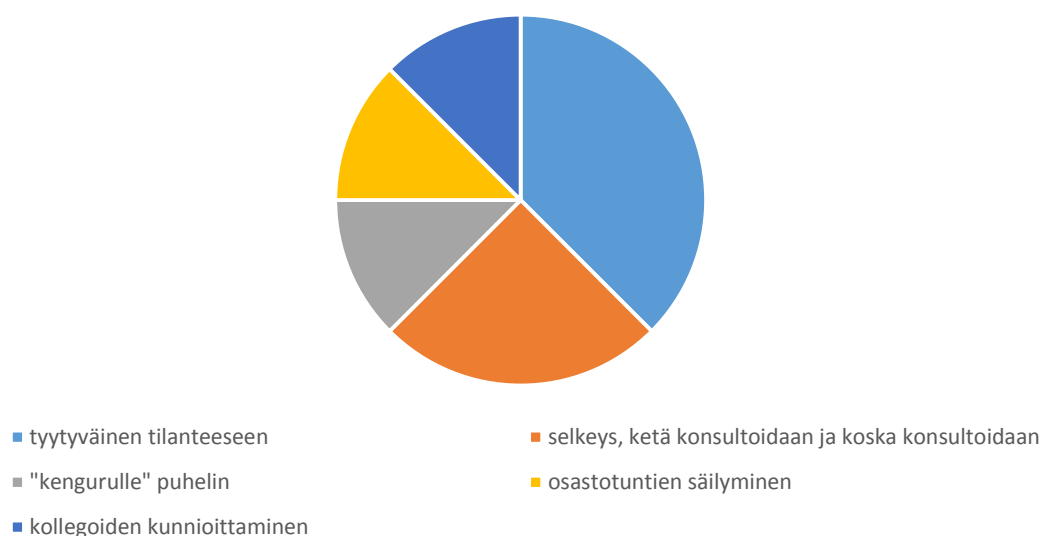
Kyselylomakkeessa vastaajia pyydettiin myös nimeämään niitä asioita konsultointiin liittyen, jotka toimivat yksikössä hyvin. Vastauksista muodostui viisi ryhmiteltyä ilmaisua: matala kynnyks konsultointiin, moniammatillisuus, tiimityö ja asiantuntijuus, kollegoiden kunnioittaminen, kollegoiden avuliaisuus sekä seniorilääkärin tavoitettavuus virka-aikana. 46 % eli lähes puolet vastanneista oli sitä mieltä, että heidän yksikössään ei ole korkeaa kynnystä konsultointiin liittyen. Vastaajat kertoivat kynnyksen konsultointiin olevan matala muun muassa helpon lähestymisen ja hyvän saatavuuden vuoksi. Vastaajat kokivat myös, että konsultointi on osa heidän päivittäistä työtään. 26 % vastanneista koki, että konsultoinnin suhteen moniammatillisuus, tiimityö sekä asiantuntijuus toimivat erittäin hyvin heidän yksikössään. Vastaajien mielestä esimerkiksi lääkäreiden ja hoitajien välinen tiimityö sujuu ongelmitta. Heidän mielestään yksikössä on laaja-alaista osaamista, ja näin ollen myös vastaukset ovat asiantuntevia ja ne ovat nopeasti saatavilla. Kollegat myös suhtautuvat positiivisesti konsultointiin, ja ovat tehneet konsultoinnista osan yksikön työskentelykulttuuria. Vastauksissa ilmeni myös se, että kollegoiden avuliaisuus helpottaa konsultointia. Vastaajien mielestä kollegat olivat ystävällisiä, helposti lähestyttäviä ja he suhtautuvat konsultointiin positiivisesti. Myös kollegoiden kunnioittaminen tuli esille yhtenä konsultoinnin onnistumisen osatekijänä ja vastauksen perusteella yksikössä kollegoita kunnioitetaan paljon. Vastauksista nousi esille myös se, että seniorilääkärin tavoitettavuus virka-aikaan oli yksi asia, joka yksikössä toimii erittäin hyvin. Seniorilääkäri toimii konsulttina kyseisessä yksikössä, ja hänelle on helppo soittaa, kun tarvitsee apua jonkun asian suhteen. (Kts. Kuvio 6.)



Kuvio 6. Eriyksen hyvin toimivat asiat konsultointiin liittyen



Kyselylomakkeessa pyydettiin vastaajia kertomaan myös heidän omia ajatuksiaan ja ideoitaan yksikön konsultoinnin ja konsultointikeinojen kehittämiseksi. Vastausten perusteella muodostui viisi ryhmiteltyä ilmaisua: tyytyväinen tilanteeseen, ”kengurulle” puhelin, kollegoiden kunnioittaminen, selkeys siihen, ketä konsultoidaan ja koska konsultoidaan sekä osastotuntien säilyminen. 38 % vastanneista kertoi olevansa tyytyväisiä tämänhetkiseen tilanteeseen, eivätkä siis kokeneet minkäänlaisia puutteita yksikkönsä konsultointiin liittyen. 25 % vastanneista oli sitä mieltä, että yksikössä tulisi olla selkeät ohjeet siihen, ketä konsultoidaan missäkin tilanteessa. Selkeyttä haluttiin myös siihen, että apua annettaisiin vain silloin kun sitä pyydetään, ja vain silloin kun kysyttävään asiaan todella tietää vastauksen. Vastausten perusteella esille nousi kollegoiden kunnioittamisen parantaminen, koska se osaltaan kehittäisi myös konsultointia. Vastaajien mielestä kunnioitusta tulisi olla niin omaa kuin toisenkin henkilön työtä kohtaan. Osastotuntien pitäminen yleisistä asioista tulisi myös säilyttää, sillä ne koettiin hyviksi muun muassa konsultointia ajatellen. Vastauksista ilmeni myös se, että konsultoinnin kehittämiseksi yksikön ”kengurulle” eli niin sanotulle liikkuvalla hoitajalle tulisi saada oma puhelin, josta hänet olisi helppo tavoittaa ja hälyttää paikalla kun tarve vaatii. (Kts. Kuvio 7.)



Kuvio 7. Ideoita konsultoinnin/konsultointikeinojen kehittämiseksi

## 5 Päätelmät ja pohdinta

### 5.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön avulla saatiin vastaukset kaikkiin asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tuloksista ilmeni, miten konsultointi yksikössä toteutuu. Sen lisäksi tulosten pohjalta saatiin konsultointiin liittyviä kehittämisideoita yksikköön.

Tuloksista selvisi, että konsultointia tapahtuu paljon sekä suullisesti että puhelimitse. Yksi tärkeimmistä taidoista sosiaali- ja terveystalalla työskennellessä onkin osata tehdä töitä ryhmässä. Hyvässä työryhmässä on avoin ilmapiiri, mikä tarkoittaa, ettei tietoa pantata ja että työryhmään osallistuvat tukevat toisiaan (Sully & Dallas 2010, 192). Konsultointi on merkityksellistä yhdessä toimimisessa ja tiedon jakamisessa. Tämän opinnäytetyön tuloksista selvisi, että yksikössä tällaista yhdessä työskentelyä ja tiedon jakamista tapahtuu jatkuvasti: suurin osa vastanneista kertoi konsultoineensa yli kymmenen kertaa viikossa. Latvalan (2001) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että yhteistyö on tärkeää oppimisen ja ammatillisen kehittymisen kannalta. Toimiva yhteistyö kehittyi tutkimuksen mukaan esimerkiksi hyvien vuorovaikutustaitojen ja keskinäisen luottamuksen kautta.

Mikäli yksikössä halutaan kehittää tiimityötä ja sen myötä myös konsultointia, voidaan apuna käyttää esimerkiksi Sanerman (2009) tutkimusta, jonka mukaan tiimityö kehittyy positiivisella tavalla kun työntekijöiden tunteille annetaan tilaa (Sanerma 2009, 267). Tiimityön kehittämisen kannalta on siis tärkeää kunnioittaa jokaisen työntekijän persoonaa. Tässä opinnäytetyössä kollegoiden kunnioittaminen nousi vastausten perusteella esille sekä erityisen hyvin toimivana asiana että kehittämisen kohteena. Koska kaikki vastanneet eivät olleet yksipuolisesti täysin sitä mieltä, että kollegoiden kunnioittaminen on yksikössä täysin onnistunutta, tulisi siihen mahdollisesti kiinnittää entistäkin enemmän huomiota.

Opinnäytetyön tuloksista selvisi, että vastanneet konsultoivat eniten kollegaa samassa yksikössä sekä lääkäriä. Suurin osa vastanneista oli konsultoinut myös hygieniahoitajaa, yleisgynekologista vastaanottohoitajaa sekä kollegaa muussa yksikössä viimeisen vuoden aikana. Kyselyyn vastanneet olivat konsultoineet vähiten haavahoitajaa ja psykiatrista sairaanhoitajaa. Nikanderin (2003) tutkimuksen mukaan eri ammattiryhmien yhteistyö mahdollistaa potilaiden kannalta paremman ja tasapuolisemman hoito- ja päätöksentekotyön. Paremman hoitotyön kannalta yksikössä voitaisiin Nikanderin tutkimustuloksiin verraten mahdollisesti konsultoida moniammatillista tiimiä laajemmin. Erityisesti haavahoitajaa ja psykiatrista sairaanhoitajaa oli tulosten perusteella konsultoitu verrattain vähän, joten heidän puoleensa voisi mahdollisesti kääntyä useamminkin. Voi kuitenkin olla, että yksikön potilasmateriaali on sellaista, ettei näiden ammattiryhmien asiantuntijuutta tarvita yhtä paljon, kun esimerkiksi hygieniahoitajan tai yleisgynekologisen vastaanottohoitajan osaamista.

Moniammatillisen yhteistyön kannalta haastavana voidaan pitää myös Arnkilin ja Eriksonin (2003) artikkelin mukaan sitä, että moniammatillisessa yhteistyössä yritetään määritellä se, mitä toisen pitäisi tehdä tai ajatella. Yhteistyön ja avunpyynnön toimimisen kannalta täytyy artikkelin mukaan siis antaa jälleen tilaa työryhmän jäsenten omille ajatuksille ja heidän persoonilleen. Moniammatillisen työryhmän yhteistyön tuomia haasteita ei varsinaisesti aineistos-

sa käsitelty, mutta Arnkilin ja Eriksonin väitettä voidaan silti mahdollisesti käyttää yhteistyön kehittämisideana hyväksi.

Isoherrasen (2012) tutkimuksessa käy ilmi, että kunkin asiantuntijan asema moniammatillisessa yhteistyössä on vaihteleva, ja se muodostuu jokaisella osastolla omalla tavallaan osaston vaatimusten, resurssien ja eri asiantuntijoiden motivaation pohjalta. Osaston luonne ja sen potilaiden erityistarpeet vaikuttavat siihen, millainen yhteistyön malli on toimivin. (Isoherranen 2012, 113.) Opinnäytetyön tuloksissa asiantuntijoiden roolien vaihtelevuus tulee esille erityisesti siinä, että sairaanhoitajien ja kättilöiden oli hankalaa löytää vain yksi vastausvaihtoehto kuvaamaan heidän tehtävänsä yksikössä. Useiden sairaanhoitajien ja kättilöiden työnkuva yksikössä on vaihteleva ja monipuolinen ja heillä on useita eri tehtäviä yksikössä.

Isoherrasen (2012) tutkimuksessa ilmenee myös se, että moniammatillisessa yhteistyössä roolirajoja ylitetään niin, ettei tietty rooli säily pysyvästi samanlaisena osaston toiminnassa. Lääkärin rooli on kuitenkin selkeä, ja se tunnustetaan hyvin: lääkäri mielletään medisiinisen osaamisen asiantuntijaksi. (Isoherranen 2012, 102.) Lääkärin roolin selkeys käy ilmi myös opinnäytetyön tuloksista, koska jokainen vastanneista oli konsultoinut lääkäriä viimeisen vuoden aikana. Voidaan siis olettaa, että kyselyyn vastanneet tunnustavat lääkärin roolin moniammatillisessa yhteistyössä ja tietävät, millaisissa tilanteissa hänen puoleensa voi kääntyä. Jokainen kyselyyn vastannut oli myös konsultoinut potilaan hoidosta tai hoitolinjoista, ja lääkäri on useimmiten vastuussa näistä asioista. Yhteistyö hoitotyössä voi olla hyvin monimuotoista, mutta sen tavoitteena on asiakkaan, potilaan tai perheen hoito. (Laurila 2006, 107-108.) Tätä ajatusta tukee se, että jokainen kyselyyn vastanneista oli konsultoinut potilaan hoitoon ja hoitolinjoihin liittyen, eli hoitotyön tavoitteena yksikössä on ensisijaisesti potilaan hoito.

Laakkosen (2004) väitöskirjatutkimuksen mukaan yhteistyössä korostui ammattikeskeinen yhteistyö, ja sen vuoksi moniammatillisten asiantuntijuuden käytön kehittyminen oli hidasta. Tässä opinnäytetyössä selvisi, että vastanneista jokainen oli konsultoinut kollegaa samassa yksikössä ja lähes jokainen toisessa yksikössä työskentelevää kollegaa. Kun verrataan Laakkosen tutkimusta ja tämän opinnäytetyön tuloksia keskenään, ne ovat samansuuntaisia: ammattiryhmän, tämän opinnäytetyön tapauksessa hoitohenkilökunnan, keskuudessa tapahtuu paljon yhteistyötä. Opinnäytetyön tuloksista kävi kuitenkin myös ilmi, että jokainen vastanneista oli konsultoinut myös lääkäriä, mikä taas osaltaan on ristiriidassa Laakkosen väitöskirjatutkimuksen tulosten kanssa.

Vehmasen (2013) mukaan konsultoinnin täytyy olla selkeää. Konsultoinnin tulisi jättää kaikki ylimääräinen keskustelun ulkopuolelle ja keskittyä vain ongelman ratkaisun kannalta olennaiseen. Myös tämän opinnäytetyön tuloksissa selvisi, että konsultointiprosessiin toivottiin

enemmän selkeyttä. Opinnäytetyön tulosten perusteella yksikössä tulisi olla selkeyden vuoksi ohjeet siitä, mitä tahoja missäkin tilanteessa tulee konsultoida. Selkeyttä toivottiin myös siihen, että apua annettaisiin vain siinä tapauksessa, kun konsultti todella tietää vastauksen käsillä olevaan ongelmaan. Opinnäytetyön tulosten perusteella konsultoinnin avulla saadut vastaukset ovat toisinaan ristiriitaisia eikä niiden luotettavuudesta ole täyttä varmuutta. Konsultointi yksikössä ei siis ole aina täysin selkeää.

Opinnäytetyön tulosten mukaan konsultointitavoista suosituin oli suullisesti konsultointi. Myös puhelimitse konsultointiin paljon. Lähes jokainen kyselyyn vastannut kertoi käyttäneensä puhelinta konsultoinnin välineenä viimeisen vuoden aikana. Myös sähköistä konsultaatiota olivat käyttäneet kaikkia ikäryhmiä edustaneet vastaajat, mutta yli 51-vuotiaat olivat konsultoineet sähköisesti prosentuaalisesti enemmän kuin nuorin ikäryhmä. Tätä tulosta voidaan pitää yllättävänä verrattaessa sitä esimerkiksi Hämäläisen ja Sarannon (2009) tutkimukseen, jossa verrattiin ikäryhmien koulutustarvetta sovellusohjelman käyttöön. Tutkimuksen mukaan iältään vanhemmat, noin 41-60 -vuotiaat työntekijät tarvitsivat enemmän koulutusta terveydenhuollon sovellusohjelmaan kuin nuoremmat työntekijät. Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella iältään vanhemmat työntekijät käyttävät sähköistä konsultointia kuitenkin enemmän kuin nuoremmat kollegansa. Myös Latvalan (2001) tutkimuksen mukaan huonoimmaksi ATK-osaamisensa kokivat pitkään hoitotyötä tehneet hoitajat (Latvala 2001, 76). Tämän opinnäytetyön tuloksia sähköisen konsultoinnin käytön osalta voidaan pitää yllättävinä, koska vanhimman ikäluokan edustajat osannevat käyttää sähköiseen konsultointiin käytettäviä ohjelmistoja varsin hyvin käyttäessään sitä konsultoinnin välineenä useammin kuin nuoremmat kollegansa.

Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että kaikista ikäryhmistä ilmeni vastaajia, jotka konsultoivat keskimäärin yli kymmenen kertaa viikon aikana. Tulosten perusteella iällä ei siis ole merkitystä konsultoinnin määrään. Paloniemen (2004) tutkimuksesta ilmeni, että ikä koettiin merkityksettömänä työn hallinnan ja sujuvuuden kannalta. Tutkimuksessa selvisi myös, että ikä oli merkityksellinen tiedon karttumisessa, harjaantumisessa ja rutiininomaisessa työskentelyssä. Osaaminen oli myös enemmänkin kokemus- kuin ikäkysymys. Opinnäytetyön tuloksista selvisi kuitenkin, että ne vastaajat, jotka olivat työskennelleet yksikössä pisimpään, konsultoivat määrällisesti eniten. Onko siis niin, että he kokivat tarvitsevansa eniten apua, vai että he uskalsivat kysyä apua eniten? Vasta vähän aikaa alalla työskennelleistä vastaajista vain neljäsosa konsultoi keskimäärin kymmenen kertaa viikon aikana, kun taas yli 15 vuotta hoitotyötä tehneistä vastaajista lähes puolet konsultoivat yhtä paljon. Tuloksista ilmeni kuitenkin myös, että yksikössä pisimpään työskennelleet konsultoivat määrällisesti selvästi vähemmän kuin vähemmän aikaa yksikössä työskennelleet vastaajat. Opinnäytetyön tuloksia tarkasteltaessa yllättävää on, että näiden kahden kesken oli ristiriitaisuutta: pitkään alalla olleet konsultoivat enemmän kuin vasta vähän aikaa hoitotyötä tehneet kollegansa, mutta ne, jotka olivat

työskennelleet yksikössä pisimpään konsultoivat vähemmän kuin yksikössä vähemmän aikaa työskennelleet vastaajat.

Mertalan (2011) tutkimuksesta selvisi, että oikeaa informaatiota ei ole välttämättä saatavissa oikea-aikaisesti. Tämän syynä on Mertalan mukaan se, että osajista on pulaa tai tietävien henkilöiden tavoittaminen on hankalaa. Mertalan tutkimuksesta käy myös ilmi, että konsultointiprosessissa tulee ongelmia ja viiveitä, jos kysyjä ei tiedä, kehen ottaa yhteyttä tai henkilön toimintatapoihin kuuluu tapa pärjätä ongelmatilanteissa yksin. Mertalan tutkimus tukee opinnäytetyön tuloksia. Niistä selvisi, että henkilökunta kokee konsultoitavan, esimerkiksi lääkärin, tavoittamisen ajoittain haasteelliseksi tämän kiireellisyyden vuoksi. Myös yksikön suurella koolla oli vastaajien mukaan merkitystä siihen, että oikean henkilön tavoittaminen koetaan haasteelliseksi. Opinnäytetyön tuloksista ilmeni myös, ettei aina tiedetä keneltä kysyä tai kehen ottaa yhteyttä. Vastanneet toivoivat selkeyttä siihen, ketä missäkin tilanteessa tulisi konsultoida. Myös tämä tulos on samansuuntainen verrattuna Mertalan tekemään tutkimukseen.

Opinnäytetyön tuloksista selvisi, että suuri osa vastanneista oli työskennellyt osastolla yli viisi vuotta. Yhteistyö onkin kiinteämpää silloin, kun työryhmä on toiminut yhdessä pitkän aikaa. Tämä johtuu siitä, että yhdessä vietetty aika lisää samankaltaisuutta, yhteisiä arvoja ja uskomuksia. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2009, 48-49.) Yksikössä käytettiin runsaasti konsultointia tiedonsiirron ja yhteistyön välineenä, joten mahdollisesti se, että työryhmä oli työskennellyt pitkään yhdessä, on lisännyt konsultoinnin määrää ja madaltanut konsultointikynnystä. Vastanneista suurin osa olikin tyytyväisiä tämänhetkiseen tilanteeseen yksikössään, eivätkä he kokeneet konsultoinnin suhteen olevan minkäänlaisia puutteita.

## 5.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyön luotettavuutta nostaa se, että siinä käytetään monipuolisesti erilaisia lähteitä: kirjoja, tutkimuksia, lehtiä ja artikkeleita. Lähteet ovat mahdollisimman tuoreita, vaikkakin aiheen joistakin osa-alueista löytyy myös hyvää vanhempaa materiaalia, joka on tiedoiltaan asianmukaista vielä tänäkin päivänä. Lähdemateriaaleihin suhtauduttiin kriittisesti, eikä opinnäytetyöhön hyväksytty sellaista pohjamateriaalia, joka vaikuttaa epäluotettavalta.

Opinnäytetyö toteutettiin kyselytutkimuksena ja se toteutettiin määrällisenä eli kvantitatiivisena tutkimuksena. Avointen kysymysten kohdalla on käytetty laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmää eli induktiivista sisällönanalyysia. Kvantitatiivista tutkimusmenetelmää voidaan pitää jopa luotettavampana kuin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää, sillä kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä sisältää enemmän mittauksia kuin kvalitatiivinen menetelmä. (Kananen 2008, 10.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on saada mahdollisimman luotettavaa sekä totuudenmukaista tietoa. Kun tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan, jaetaan käsite luotettavuus kahteen alakäsitteeseen, jotka ovat reliabiliteetti sekä validiteetti. Reliabiliteetti voidaan katsoa tarkoittavan tutkimustulosten pysyvyyttä ja validiteetin puolestaan oikeiden asioiden tutkimista tutkimuskysymysten kannalta. Tutkimuksesta saadaan luotettavampi, kun kiinnitetään huomiota reliabiliteetti- ja validiteettikysymyksiin. (Kananen 2008, 79.)

Tutkimuksen tulosten reliabiliteetti tarkoittaa, etteivät saadut tulokset ole sattumanvaraisia. Tutkimuksen reliabiliteetti voidaan siis katsoa hyväksi, jos tutkimusta uusittaessa saataisiin samat tulokset samoissa olosuhteissa kuin aiemmin. Kyselylomakkeita laadittaessa on kiinnitetty huomiota niiden yksiselitteisyyteen ja ymmärrettävyyteen, jotta voitiin välttyä sattumanvaraisilta virheiltä. (Hiltunen, 2009.) Tämä osaltaan nostaa opinnäytetyön reliabiliteettia. Vastaukset olivat selkeitä ja yhteneväisiä, joten oletuksena on, että kyselytutkimusta uusittaessa myöhemmin samalle kohderyhmälle tulokset olisivat lähestulkoon samat.

Validiteetilla tarkoitetaan sitä, että tutkimuksessa kysytään tutkimuskysymysten kannalta tärkeitä asioita. Tutkimuksen tuloksia voidaan pitää validina, jos saadut vastaukset vastaavat valtaosaa esitetystä teoriasta ja muista tutkimuksista, tai tulokset pystyvät tarkentamaan ja parantamaan esitettyä teoriaa sekä aiempia tutkimuksia. (Hiltunen 2009.) Opinnäytetyön tuloksista löytyi paljon samankaltaisuutta verrattuna aiempiin tutkimuksiin. Tämän vuoksi opinnäytetyön tuloksia voidaan pitää validina.

Tutkimuksen aikana voi ilmetä useita eri asioita, jotka heikentävät tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen aikana tapahtuvia satunnaisvirheitä voi olla esimerkiksi se, ettei vastaaja ymmärräkään asiaa samalla tavalla kuin tutkija. Vastaaja voi myös muistaa jonkin asian/tapahtuman väärin ja vastata sen pohjalta. Haastattelijakin voi erehtyä: vastaajan antama vastaus voidaan esimerkiksi merkitä väärin tai sen tallennuksessa voi sattua virhe. (Vilka 2005, 162.) Opinnäytetyön luotettavuutta nostaa se, että kyselytutkimuksesta saatu aineisto on käsitelty huolellisesti ja vastausten tallennukseen on keskitytty hyvin.

### 5.3 Eettiset kysymykset

Opinnäytetyön tuloksia on pohdittu tarkasti, huolellisesti ja rehellisesti. Vilpittömyys, rehellisyys ja kunnioitus näkyvät myös muita tutkijoita ja heidän tekemiään tutkimuksia kohtaan esimerkiksi tekstissä tarkasti esitetyissä lähdeviitteissä. Nämä asiat tukevat hyvää tutkimusetiikkaa ja tieteellistä käytäntöä, joiden noudattamiseen kaikki tutkimuksen tekijät

on veloitettu. Tutkimusetiikka pitää sisällään esimerkiksi tutkimusaineistojen säilyttämiseen liittyvät kysymykset, mikä liittyy muun muassa tutkittavien anonymiteettiin. (Vilkkä 2005, 30-35.) Opinnäytetyöhön liittyviä aineistoja on käsitelty niin, etteivät ne ole joutuneet väärin käsiin.

Opinnäytetyön kyselylomakkeen kysymykset on laadittu siten, että ne noudattavat anonymiteetin vaatimuksia. Vastaukset on käsitelty noudattaen vaitiolovelvollisuutta ja anonymiteettia. Opinnäytetyöstä ei käy suoranaisesti ilmi yksikköä, jossa kyselytutkimus tehtiin. Rehellisyyttä ja anonymiteetin piirteitä noudattaa myös se, ettei kyselytutkimukseen osallistuneen lähihoitajan vastauksia ole huomioitu niissä kysymyksissä, joissa vertailun kohteena on ollut koulutus. Kyselytutkimuksen vastauksista ei ole muidenkaan kysymysten kohdalla mahdollista saada selville, kuka niihin on vastannut.

Ennen kyselylomakkeiden jakamista osastolla pidettiin osastotunti opinnäytetyöstä, jotta mahdolliset kyselytutkimukseen osallistujat olisivat tietoisia siitä, mihin tarkoitukseen vastauksia tullaan käyttämään. Kyselylomakkeen ohessa vastaajille jaettiin myös saatekirje, jossa kerrottiin tarkemmin, mihin tietoja ollaan keräämässä. Näin ollen kyselytutkimukseen osallistuvia on informoitu asianmukaisesti. Kyselytutkimukseen osallistuminen oli lisäksi täysin vapaaehtoista. Kyselytutkimuksen toteuttamiseen saatiin tutkimuslupa johtavalta ylihoitajalta.

#### 5.4 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli löytää konsultointiin liittyviä kehittämisideoita. Kyselytutkimus oli luotu niin, että vastaajilla oli mahdollisuus tuoda ilmi heidän mielipiteensä osaston konsultoinnista ja esittää mahdollisia konsultoinnin kehittämisehdotuksia. Kyselytutkimuksen tuloksia voidaankin hyödyntää niin, että niiden pohjalta on saatu konkreettisia kehittämisehdotuksia kohteena olevaan yksikköön.

Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että konsultointikynnys koetaan pääosin erittäin matalaksi. Vastauksista oli mahdollista myös päätellä, että konsultointia tapahtuu yksikössä lähes päivittäin, sillä valtaosa vastanneista konsultoi keskimäärin yli kymmenen kertaa viikon aikana. Toimivassa tiimityössä tietoa ei pantata ja jäsenten osallistuminen on aktiivista. (Koivukoski & Palomäki 2009, 59-62.) Opinnäytetyön tulosten mukaan konsultointi ja siihen liittyvä tiimityö ja yhteistyö koettiin pääosin toimivaksi.

Avoimista kysymyksistä nousi kuitenkin esille konsultointiin liittyviä puutteita: erityisen hankalaksi koettiin se, että osastolla oli kiireistä ja haluttua konsultoitavaa henkilöä oli ajoittain vaikea tavoittaa. Vastauksista nousi ilmi, että puhelimitse konsultoitavan

tavoittaminen koettiin haasteelliseksi. Erityisesti lääkärin tavoittaminen koettiin vastausten perusteella välillä vaikeaksi. Myös Mertalan (2012) tutkimuksesta kävi ilmi, että osaavan konsultoinnin tavoittaminen oli ajoittain vaikeaa (Mertala 2012, 89). Tämä ongelma on siis selvästi yleinen muissakin yksiköissä. Tähän yhtenä syynä on varmasti sosiaali- ja terveysalalla vallitseva henkilöstöpula. Esimeriksi Soinin (2007) Lääkärilehdelle kirjoittamassa artikkelissa käsitellään muun muassa potilaiden vaikeutta saada välitöntä yhteyttä terveyskeskuksiin. Artikkelissa Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen mukaan yhteydenpäänti oli hankaloitunut. Artikkelissa kerrotaan, että puhelimet ruuhkautuvat erityisesti aamuisin, ja syyksi terveyskeskukset ilmoittivat henkilöstöpulan ja puhelintekniset ongelmat. Artikkelissa mainitaan myös, että vallitsevan lääkäripulan takia hoitajat ovat enemmän kiinni hoitotyössä eivätkä ehdi vastata puhelimeen. Vastaavanlainen ongelma saattaa liittyä myös tämän opinnäytetyön tuloksiin siltä osin, että osaavaa henkilökuntaa oli ajoittain vaikea tavoittaa. Henkilöstöpulan korjaaminen ja osaavan henkilökunnan palkkaaminen tulevaisuudessa mahdollistaisivat helpomman yhteydenpidon hoitohenkilökunnan välillä.

Yhtenä kehittämissuhteena avoimista vastauksista ilmeni myös se, että ”kengurun” tulisi saada oma puhelin, jotta hänet pystyisi tavoittamaan helpommin. Kengurulla tarkoitetaan tässä tapauksessa aamuvuoron hoitajaa, jonka tehtävänä on toimia joustavasti eri tehtävissä saman vuoron aikana. Kenguruhoitaja voi liikkua eri vastaanottojen ja päivystyksen välillä aina sen mukaan, missä tarvitaan lisäapua. Opinnäytetyön tuloksista selvisi myös, että konsultoinnissa saatu tieto koettiin ajoittain ristiriitaiseksi ja kysyjän täytyi tietää, keneltä apua pyytää, jotta saa tarvittavan vastauksen. Konsultointi on onnistunut silloin, kun tieto tulee apua pyytävälle täsmällisesti ja oikealta konsultilta (Mertala 2011, 88). Konsultoidessa esimerkiksi kollegaa täytyy avun pyynnön ajoittaminen ja tiedonsiirron olla siis selkeää, jotta ristiriitaisilta tilanteilta vältyttäisiin. Tämän mahdollistamiseen tuo kuitenkin haasteensa se, että yksikössä on tulosten perusteella kiire ja osaavan konsultoinnin tavoittaminen on välillä hankalaa. Hyvin tärkeää ennen konsultointia on miettiä, mihin toivoo konsultoinnin ottavan kantaa. Konsultoinnin ja konsultoinnin välisen viestinnän tulee olla tarkkaa, täsmällistä ja konkreettista. Konsultointiin liittyvien olennaisten seikkojen on tultava esille ja kaikki epäoleelliset pyritään jättämään keskustelun ulkopuolelle (Vehmanen 2013). Tämän ohjeen noudattaminen saattaa helpottaa kiireisissä tilanteissa konsultoinnista: konkreettiset ja selkeät kysymykset helpottavat konsultoinnin vastaamista ja tiedonsiirto kulkee näin ollen sujuvammin. Tähän liittyy myös kyselytutkimuksesta ilmi tulleet kehittämissuhteet, joissa toivottiin selkeyttä siihen, keneltä apua kysytään ja siihen, kuka kysymykseen vastaa.

Kyselylomakkeen avoimissa kysymyksissä kysyttiin vastaajilta konsultointiin liittyviä kehittämissuhteita. Niissä nousi esille myös kollegiaalisuuden sekä oman ja kollegan työn arvostaminen. Mikäli yksikössä halutaan kehittää konsultointia ja sen myötä tiimityötä, voidaan apuna käyttää esimerkiksi Sanerman (2009) tekemää tutkimusta, jonka mukaan



tiimityö kehittyminen vaatii sitä, että työntekijän tunteille ja yksilölliselle persoonalle on annettava tilaa (Sanerma 2009, 267). Myös Arnkilin (2003) mukaan työryhmän jäsenten omille ajatuksille ja heidän persoonilleen on annettava tilaa, jotta yhteistyö ja avun pyytäminen olisi toimivaa.

Jatkotutkimusehdotuksiksi tämän opinnäytetyön tulosten pohjalta nousi esimerkiksi jatkotutkimus eri sukupuolten vaikutuksesta konsultointiin. Tässä opinnäytetyössä sukupuolen roolin vaikuttavuutta konsultointiin ei voitu käsitellä osallistuneiden anonymiteetin suojan takia. Jatkotutkimusehdotuksena tarjotaan myös sitä, että opinnäytetyön kyselytutkimus toteutettaisiin esimerkiksi sellaisessa yksikössä, jossa olettamuksena on, ettei konsultointi ole toimivaa. Kun konsultointia ei tapahdu yhtä paljon tai sen toimivuus on laadultaan heikompaa, voisi esille nousta enemmän kehittämisehdotuksia ja myös mahdollisesti sellaisia ehdotuksia, joita voisi soveltaa laajemmin myös muihin ja erilailla toimiviin yksikköihin. Kyselytutkimuksen voisi toteuttaa sellaisenaan myös isommassa organisaatiossa, esimerkiksi terveyskeskuksessa tai kokonaisessa sairaalassa. Kyselytutkimuksen voisi toteuttaa myös esimerkiksi kaikissa tietyn alueen, esimerkiksi sairaanhoitopiirin, sairaaloissa tai yksiköissä. Tällöin saataisiin mahdollisesti kattavampi näkemys organisaatioiden välisestä yhteistyöstä ja konsultoinnin toimivuudesta toisistaan irrallaan olevien yksiköiden välillä. Kyselytutkimuksen kohteeksi voisi valita myös sellaisen yksikön, jossa esiintyy tämän opinnäytetyön kohteena ollutta yksikköä runsaammin moniammatillista yhteistyötä.

Mikäli tämä kyselytutkimus toteutettaisiin uudelleen tämän opinnäytetyön tekijöiden toimesta, muutosten pääpaino olisi kyselylomakkeen sisällössä. Kyselylomakkeen taustakysymyksiä tulisi pohtia tarkemmin ja punnita sitä, minkälaisista kysymyksistä on opinnäytetyön tutkimuskysymysten kannalta eniten hyötyä. Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeessa oli esimerkiksi kysymys siitä, toimiiko vastaaja sijaisena vai ei. Tämä kysymys todettiin opinnäytetyön myöhemmässä vaiheessa melko hyödyttömäksi, koska kysymykset työskentelyvuosista hoitoalalla ja opinnäytetyön kohteessa olevassa yksikössä olivat riittäviä, eikä tieto vastaajan mahdollisesta sijaisuudesta ollut kovinkaan merkityksellinen. Myös kysymystä, jossa vastaajaa pyydettiin kertomaan tehtävänsä yksikössä, tulisi muotoilla tarkemmaksi tai jättää kysymys täysin avoimeksi. Tämä todettiin aineiston analysoinnin aikana: vastaajat olivat valinneet yhden sijaan useita vastausvaihtoehtoa ja kysymykseen tuli paljon vastauksia annettujen vastausvaihtoehtojen ulkopuolelta. Näiden kyselylomaketta koskevien puutteiden vuoksi voidaan ajatella, että kyselylomakkeen testaukseen ennen kyselytutkimuksen suorittamista olisi tullut keskittyä enemmän.

Jotta opinnäytetyön tulokset olisivat olleet vielä merkityksellisempiä, olisi kyselylomakkeessa voinut olla myös kysymyksiä koskien konsultoitavana oloa. Kysymykset olisivat voineet koskea esimerkiksi sitä, kuinka usein vastaajalta pyydetään apua, kenen/minkä tahon toimesta apua

pyydetään, millaiselta tuntuu olla konsultoitavana tai osaako vastaaja useimmiten vastata konsulttoijan esittämiin kysymyksiin. Tämän suuntaiset kysymykset olisivat tuoneet opinnäytetyölle lisäarvoa, koska nyt kysymyksissä keskityttiin lähinnä konsultointiin avunpyytäjän roolissa. Kyselylomakkeessa olisi voinut olla myös enemmän kysymyksiä liittyen moniammatillisuuteen, koska nyt kyselylomakkeessa käsiteltiin paljon eri hoitajien roolia, ja siinä oli esitelty vain muutamia moniammatillisen tiimin edustajia. Lisäksi aiheesta löytyi opinnäytetyön edetessä runsaasti erilaisia tutkimuksia, joihin tuloksia olisi voinut vertailla.

## Lähteet

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Aira, A. 2012. Toimiva yhteistyö. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.
- Aira, M. & Seppä, K. 2010. Laadullinen ja määrällinen tutkimus lääketieteessä. Suomen lääkärilehti 09/2010.
- Arnkil, T. & Erikson, E. 2003. Selkeyttäviä vuoropuheluja moniammatilliseen yhteistyöhön. Opiskelijakirjaston verkkojulkaisu. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Benner, P., Chesla, C., & Tanner, C. 1999. Asiantuntijuus hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Hautakangas, A-L., Horn, T., Pyhälä-Liljeström, P. & Raappana, M. 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. Porvoo: WSOY.
- Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Hiltunen, L. 2009. Validiteetti ja reliabiliteetti. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 23.11.2015. [http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius\\_ja\\_reliabiliteetti.pdf](http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius_ja_reliabiliteetti.pdf)
- Hoitotyön tutkimussäätiö. 2015. Asiantuntijuusmalli. Viitattu 11.11.2015. <http://www.hotus.fi/hotus-fi/asiantuntijuusmalli>
- Hyvönen, S. 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutoksen keskellä. Tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveydestä. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Hämäläinen, V. & Saranto K. 2009. Moniammatillisen terveydenhuoltohenkilöstön koulutustarpeet sekä kehittämis- ja vaikuttamismahdollisuudet tietotekniikan käyttöönotossa. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietotekniikan ja tiedonhallinnan tutkimuspäivien satoa julkaisusta: Avauksia. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2011. Hoida ja Kirjaa. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Isoherranen, K. 2006. Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.
- Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus - moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto. Viitattu 20.11.2015. [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen\\_vaitoskirja.pdf](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf)
- Jaakkola, V. 2012. Hoitotyön kliininen asiantuntijuus terveydenhuollossa. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 11.11.2015. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20120589/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20120589.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120589/urn_nbn_fi_uef-20120589.pdf)
- Jäppinen, H. 1989. Synonyymisanakirja. Porvoo: WSOY.
- Kananen, J. 2008. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.
- Kielitoimiston sanakirja. 2015. Viitattu 10.12.2015. <http://www.kielitoimistonanakirja.fi/netmot.exe?motportal=80>

- Koivukoski, S. & Palomäki, U. 2009. Hoitotyön tiimikirja, Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Kääriäinen, O., Törmä, A., Torppa, K. & Paasivaara, L. 2009. Vetovoimaisen hoitotyön malli ja sen piirteitä OYS:n Erva-alueen sairaaloissa. Kehittämiprojektin loppuraportti. Oulun yliopisto.
- Laakkonen, A. 2004. Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa. Akateeminen väitöskirja. Kasvutieteiden laitos. Tampereen yliopisto.
- Laiho, M. & Kuokkanen, L. 2004. Tiimityö edistää yhteistoiminnallisuutta leikkaushoitotyössä. Sairaanhoitaja 8/2004 vol 77. 35 - 37.
- Latvala, R. 2001. Sairaanhoitajien ammatillinen yhteistyö. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.
- Laurila, S. 2006. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY.
- Liimatainen, A. 2009. Sairaanhoitajan asiantuntijuuden kehittyminen perusterveydenhuollossa. Tapaustutkimus laajennetusta tehtäväkuvasta. Lisensiaatintutkielma. Kuopion yliopisto. Viitattu 11.11.2015.  
[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20100015/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20100015.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20100015/urn_nbn_fi_uef-20100015.pdf)
- Lukkari L., Kinnunen T. & Korte R. 2009. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Mertala, S. 2011. Yhdessä tekemisen episodeja. Terveystieteiden kompleksiset työympäristöt. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Lapin yliopisto.
- Nikander, P. 2003. Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti.
- Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006. Helsinki: Opetusministeriö. Viitattu 17.12.2015.  
<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>
- Paakki, A. & Pakkanen, I. 2000. Kollegiaalisuuden ilmeneminen sairaanhoitajien ja sairaanhoitajaopiskelijoiden kuvaamina. Pro gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Paloniemi, S. 2004. Ikä, kokemus ja osaaminen työelämässä. Työntekijöiden käsityksiä iän ja kokemuksen merkityksestä ammatillisessa osaamisessa ja sen kehittämisessä. Väitöskirja. Kasvatustieteiden tiedekunta. Jyväskylän yliopisto.
- Ranta, I. 2011. Sairaanhoitaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Romppainen, A. 2007. Verkosto-organisaation moniammatillisen tiimityön kehittäminen Etelä-Karjalan työvoiman palvelukeskuksessa. Tampereen yliopisto. Viitattu 12.11.2015.  
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/76473/lisuri00073.pdf?sequence=1>
- Sanerma, P. 2009. Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla. Toimintatutkimus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisestä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Sheldon L. 2005. Communication for Nurses- Talking with patients. London: Jones and Bartlett publishers.
- Silvennoinen M. 2004. Vuorovaikutuksen avaimet. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Soininen, M. 2007. Henkilöstöpula jarruttaa hoitotakuuta. Lääkärilehti: verkkojulkaisu. Julkaistu 18.6.2007.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Helsinki: Suomen ylisopistopaino. Viitattu 11.11.2015. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111909/URN%3aNBN%3afi-fe201504226780.pdf?sequence=1>

Stukenberg, C. 2010. Successful Collaboration in Healthcare. A Guide for Physicians, Nurses and Clinical Documentation Specialists. New York: Productivity Press.

Sully, P. & Dallas, J. 2010. Essential Communication Skills for Nursing and Midwifery: Elsevier.

Tampereen teknillinen yliopisto. 2015. Tiedon analysointi. Viitattu 21.11.2015. <https://www.tut.fi/verne/tutkimusmenetelmat/tiedon-analysointi/>

Tokola, P. & Hyyppä, H. 2004. Konsultaatiotyön perusteita. Oulu: Metanoia instituutti.

Työsuojelurahasto. 2015. Hoitotyön asiantuntija vastaa terveydenhuollon haasteisiin. Viitattu 11.11.2015. <https://www.tsr.fi/tutkimustietoa/tata-tutkitaan/hanke?h=114054>

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

Vehmanen, M. 2013. Hyvä konsultointi keskittyy olennaiseen. Suomen lääkäri-lehti 41/2013.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Vuorinen, P. IBM SPSS Statistics -ohjeita. Versio 22. Laurea-ammattikorkeakoulu.

Wallin, O. 2012. Ammatillinen kasvu ja työhön sitoutuminen sosiaali- ja terveydenhuoltoalan työssä. Ammattikasvatuksen aikakauskirja. Tampereen ammattikorkeakoulu. Viitattu 18.12.2015. [http://www.okka-saatio.com/aikakauskirja/pdf/Aikak\\_2012\\_1\\_A\\_Wallin.pdf](http://www.okka-saatio.com/aikakauskirja/pdf/Aikak_2012_1_A_Wallin.pdf)

## Kuviot

Kuvio 1. Työtehtävä yksikössä .....	21
Kuvio 2. Konsultointikynnys .....	27
Kuvio 3. Henkilöt, joita konsultoinut viimeisen vuoden aikana .....	29
Kuvio 4. Konsultointiaiheet .....	30
Kuvio 5. Puutteet konsultointiin liittyen.....	31
Kuvio 6. Erityisen hyvin toimivat asiat konsultointiin liittyen .....	32
Kuvio 7. Ideoita konsultoinnin/konsultointikeinojen kehittämiseksi .....	33

## Taulukot

Taulukko 1. Ikä luokittain .....	18
Taulukko 2. Koulutustausta .....	18
Taulukko 3. Työskentelyaika hoitoalalla.....	19
Taulukko 4. Työskentelyaika tässä yksikössä .....	19
Taulukko 5. Työtehtävä yksikössä.....	20
Taulukko 6. Konsultointitavat viimeisen vuoden aikana .....	22
Taulukko 7. Konsultointikertojen määrä viikossa .....	22
Taulukko 8. Konsultointikertojen määrä viikossa .....	23
Taulukko 9. Konsultointikertojen määrä viikossa .....	24
Taulukko 10. Konsultointikertojen määrä viikossa.....	25
Taulukko 11. Konsultointikertojen määrä viikossa.....	26
Taulukko 12. Konsultointikynnys omassa yksikössä .....	26
Taulukko 13. Henkilöt, joita konsultoinut viimeisen vuoden aikana.....	28
Taulukko 14. Konsultointiaiheet .....	30

## Liitteet

Liite 1. Kysymys 12., induktiivinen sisällönanalyysi .....	49
Liite 2. Saatekirje.....	53
Liite 3. Kyselylomake .....	54
Liite 4. Konsultointitavat yksikössä.....	57
Liite 5. Sijaisena toimiminen .....	58
Liite 6. Konsultointikertojen määrä keskimäärin viikon aikana .....	59
Liite 7. Kokemus konsultointikynnyksestä .....	60
Liite 8. Kokemus konsultointikynnyksestä .....	61
Liite 9. Konsultointiin käytetyt tavat viimeisen vuoden aikana .....	62
Liite 10. Konsultoinnin kohteena olleet henkilöt viimeisen vuoden aikana .....	63



## Liite 1. Kysymys 12., induktiivinen sisällönanalyysi

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu
"Aina ei saa tarvittavaan henkilöön ajoissa yhteyttä."	yhteyden saaminen ajallisesti haasteellista
"Kiire."	kiire
"Helppo konsultoida."	ei puutteita
"En koe siihen liittyvää minkäänlaista puutetta."	ei puutteita
"Konsulttilääkäreitä on joskus vaikea tavoittaa, koska hän on usein niin kiireinen."	lääkärin kiireisyys, haasteellista tavoittaa
"Osa "vanhemmista" hoitajista on tottunut hoitamaan vain "oman tonttinsa" ja pitää asioita itsestäänselvyytenä, ja välillä hankala kysyä."	"vanhempien" hoitajien konsultointi hankalaa, asioiden itsestäänselvyytenä pitäminen
"Seniorilääkäri ei ole aina paikalla."	seniorilääkäri ei aina paikalla
"Ei puutteita mielestäni."	ei puutteita
"Joskus on vaikea saada kiinni ketään puhelimitse."	haasteellista tavoittaa puhelimitse
"Joskus jotain tiettyä lääkäriä hankala tavoittaa (leikkaamassa, lomalla, vo kesken)."	lääkäriä hankala tavoittaa
"Iso poliklinikka, jolloin ko. henkilöä ei saada välittömästi kiinni."	iso poliklinikka, hankala saada yhteys tiettyyn henkilöön
"Aina ei voi luottaa vastaukseen."	epävarmuus vastauksen luotettavuudesta
"En juuri koe puutteita."	ei puutteita
"Aina ei löydy oikeata henkilöä, kaikki lääkärit eivät ota kantaa tiettyihin asioihin."	hankala löytää oikea henkilö
"Ei ole puutteita, koen konsultoinnin helpoksi ja kukaan ei ole koskaan jättänyt neuvomatta/ottamatta kantaa. Ehkä enemmän voisi kirjata kun konsultoi kollegaa."	ei puutteita, kirjaamisen lisääminen
"Ristiriitaiset ohjeet, täytyy tietää keneltä ky-	ohjeiden ristiriitaisuus

syy.”	
”Yksikössämme konsultointi sujuu mun mielestä ongelmitta.”	ei puutteita
”Meillä on helppo kysyä ihan mistä tahansa asiasta, kaikki kyselevät toisiltaan sillä muistettavaa/tiedettävää isolle poliklinikalle on niin valtavasti. ”	ei puutteita
”Toisinaan pitää kysyä usealta henkilöltä, ennen kuin saa vastauksen. Lisäksi ohjeistukset ja käytännöt muuttuvat niin usein, että ei aina tiedä saako relevanttia tietoa.”	useammalta henkilöltä kysyminen, epävarmuus vastauksen luotettavuudesta

Pelkistetty ilmaisu	Ryhmitelty ilmaisu
yhteyden saaminen ajallisesti haasteellista	ei puutteita
kiire	
ei puutteita	
ei puutteita	
lääkärin kiireisyys, haasteellista tavoittaa	yleinen kiire osastolla
"vanhempien" hoitajien konsultointi hankalaa, asioiden itsestänselyytenä pitäminen	
seniorilääkäri ei aina paikalla	
ei puutteita	
haasteellista tavoittaa puhelimitse	
lääkäriä hankala tavoittaa	konsultoitavan, esim. lääkärin tavoittaminen haasteellista
iso poliklinikka, hankala saada yhteys tiettyyn henkilöön	
epävarmuus vastauksen luotettavuudesta	
ei puutteita	
hankala löytää oikea henkilö	
ei puutteita, kirjaamisen lisääminen	vastausten ristiriitaisuus ja epävarmuus luo-

	tettavuudesta
ohjeiden ristiriitaisuus	
ei puutteita	
ei puutteita	
useammalta henkilöltä kysyminen, epävarmuus vastauksen luotettavuudesta	

Liite 2. Saatekirje

SAATEKIRJE

HELSINKI 28.9.2015

HYVÄ VASTAANOTTAJA,

olemme kaksi terveydenhoitajaopiskelijaa ja sairaanhoitajaopiskelija Tikkurilan Laurea-ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä aiheesta Konsultoinnin toteutuminen ja sen kehittäminen hoitotyössä. Opinnäytetyö toteutetaan kyselytutkimuksena.

Kyselytutkimus toteutetaan XXX-poliklinikalla. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää yksikkönne henkilökunnan konsultointikäytäntöjä. Opinnäytetyön tavoitteena on saada yksikköönne konsultointiin liittyviä kehittämisideoita. Kyselytutkimus teetetään XXX-poliklinikan hoitohenkilökunnalle.

Pyydämme Teitä osallistumaan kyselytutkimukseen täyttämällä oheisen lomakkeen. Aikaa vastaamiseen kuluu n. 15-20 minuuttia. Tutkimukseen osallistuminen on kuitenkin täysin vapaaehtoista. Tutkimuksessa on otettu huomioon eettisyys sekä anonymiteetin säilyttäminen, ja antamanne vastaukset käsitellään täysin nimettöminä ja luottamuksellisesti.

Aikaa kyselyyn vastaamiseen on kaksi viikkoa, eli 12.10.2015 asti. Pyydämme Teitä palauttamaan vastauksenne oheisessa vastauskuoressa yksikkönne sairaanhoitajalle XXX XXX:lle. Mikäli haluatte kysyä jotakin opinnäytetyöhön tai tutkimukseen liittyen, meihin voi ottaa yhteyttä sähköpostitse.

Opinnäytetyötämme ohjaa Aila Koivisto Laurea-ammattikorkeakoulusta,  
aila.koivisto@laurea.fi

Ystävällisin terveisin,

Ninni Lindqvist, ninni.lindqvist@laurea.fi

Nina Myllynen, nina.myllynen@laurea.fi

Silja Mäkinen, silja.j.makinen@laurea.fi

Liite 3. Kyselylomake

Ympyröi sopiva vaihtoehto. Kohdissa 7, 10 ja 11 voit valita useamman vaihtoehdon.

1. Ikä

\_\_\_\_\_

2. Koulutus

- a) Lähihoitaja
- b) Sairaanhoitaja
- c) Kätilö

3. Kuinka kauan olet työskennellyt hoitoalalla?

- a) Kesäsjaisuus
- b) 0-2 vuotta
- c) 3-5 vuotta
- d) 6-10 vuotta
- e) 11-15 vuotta
- f) yli 15 vuotta

4. Kuinka kauan olet työskennellyt tässä yksikössä?

- a) 0-2 vuotta
- b) 3-5 vuotta
- c) yli 5 vuotta

5. Toimin sijaisena

- a) Kyllä
- b) Ei

6. Tehtävä yksikössä

- a) Lähetehoitaja
- b) PAPA-seurantahoitaja
- c) Päivystyshoitaja
- d) En mikään näistä, mikä? \_\_\_\_\_

**7. Mitä tapoja olet käyttänyt konsultointiin viimeisen vuoden aikana?**

- a) Suullisesti
- b) Puhelimitse
- c) Sähköisesti
- d) Videokuvan välityksellä
- e) Muuten, miten? \_\_\_\_\_

**8. Kuinka usein konsultoit keskimäärin viikon aikana?**

- a) 1-2 kertaa
- b) 3-5 kertaa
- c) 6-10 kertaa
- d) yli 10 kertaa

**9. Millaiseksi koet kynnyksen konsultointiin yksikössäsi?**

- a) Erittäin matalaksi
  - b) Melko matalaksi
  - c) Melko korkeaksi
  - d) Erittäin korkeaksi
  - e) Perustele vastauksesi: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**10. Ketä seuraavista olet konsultoinut viimeisen vuoden aikana?**

- a) Kollegaa samassa yksikössä
- b) Kollegaa muissa yksiköissä
- c) Lääkäreitä
- d) Hygieniahoitajaa
- e) Haavahoitajaa
- f) Fysioterapeuttia
- g) Seksuaaliterapeuttia
- h) Sairaalapastoria
- i) Psykiatrista sairaanhoitajaa
- j) Syöpävastaanottohoitajaa
- k) Yleisgynekologista vastaanottohoitajaa

l) Muuta, ketä? \_\_\_\_\_

**11. Millaisiin asioihin liittyen konsultoit?**

- a) Potilaan hoitoon/hoitolinjoihin liittyen
  - b) Hoitovälineistöön ja niiden käyttöön liittyen
  - c) Tietojärjestelmiin ja niiden käyttöön liittyen
  - d) Muuhun asiaan liittyen, mihin? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**12. Millaisia puutteita koet yksikössäsi olevan konsultointiin liittyen?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**13. Mikä asia mielestäsi toimii erityisen hyvin konsultointiin liittyen?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14. Ideoita yksikkösi konsultoinnin/konsultointikeinojen kehittämiseksi**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Kiitos ajastasi ja vaivannäöstäsi!*

*Ninni, Silja ja Nina*



## Liite 4. Konsultointitavat yksikössä

	Vastauksia		Prosenttia vastanneista
	Lukumäärä	Prosentti	
Suullisesti	39	41 %	100 %
Puhelimitse	38	40 %	97 %
Sähköisesti	18	19 %	46 %
Yhteensä	95	100 %	

## Liite 5. Sijaisena toimiminen

	Lukumäärä	Prosentti
Kyllä	11	28
Ei	28	72
Yhteensä	39	100

Liite 6. Konsultointikertojen määrä keskimäärin viikon aikana

	Lukumäärä	Prosentti	Kertymä prosentteina
1-2 kertaa	2	5	5
3-5 kertaa	14	36	41
6-10 kertaa	9	23	64
yli 10 kertaa	14	36	100
Yhteensä	39	100	

## Liite 7. Kokemus konsultointikynnyksestä

	Työskentelyaika yksikössä			Yhteensä
	0-2 vuotta	3-5 vuotta	yli 5 vuotta	
Erittäin matala	9 82 %	9 90 %	13 72 %	31 79 %
Melko matala	2 18 %	1 10 %	5 28 %	8 21 %
Yhteensä	11 100 %	10 100 %	18 100 %	39 100 %



## Liite 9. Konsultointiin käytetyt tavat viimeisen vuoden aikana

	Tehtävä yksikössä				Yhteensä
	Lähetehoitaja	PAPA-seurantahoitaja	Päivystyshoitaja	Muu	
Suullisesti	9 100 %	8 100 %	18 100 %	21 100 %	39
Puhelimitse	8 89 %	8 100 %	18 100 %	21 100 %	38
Sähköisesti	6 67 %	4 50 %	5 28 %	10 48 %	18
Yhteensä	9	8	18	21	39

## Liite 10. Konsultoinnin kohteena olleet henkilöt viimeisen vuoden aikana

	Työskentelyvuodet yksikössä			Yhteensä
	0-2 vuotta	3-5 vuotta	yli 5 vuotta	
Kollega samassa yksikössä	11 100 %	10 100 %	18 100 %	39
Kollega muussa yksikössä	10 91 %	8 80 %	14 78 %	32
Lääkäri	11 100 %	10 100 %	18 100 %	39
Hygieniahoitaja	10 91 %	7 70 %	14 78 %	31
Haavahoitaja	0 0 %	0 0 %	1 6 %	1
Fysioterapeutti	2 18 %	3 30 %	2 11 %	7
Seksuaaliterapeutti	1 9 %	0 0 %	4 22 %	5
Sairaalapastori	3 27 %	3 30 %	5 28 %	11
Psykiatrinen sairaanhoitaja	1 9 %	0 0 %	0 0 %	1
Syöpävastaanottohoitaja	5 45 %	4 40 %	11 61 %	20
Yleisgynekologinen vastaanottohoitaja	10 91 %	8 80 %	6 33 %	24
Muuta	2 18 %	7 70 %	4 22 %	13
Yhteensä	11	10	18	39