

Tuija Hurskainen

***”Tiimityötä ei voi tehdä yksin”***

**Moniammatillinen yhteistyö perioperatiivisessa hoitotyössä**



Terveystieteiden (AMK)

Kajaanin ammattikorkeakoulu

Syyskuu 2018



KAJAANIN  
AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## **Tiivistelmä**

**Tekijä(t):** Hurskainen Tuija

**Työn nimi:** ”Tiimityötä ei voi tehdä yksin” - Moniammatillinen yhteistyö perioperatiivisessa hoitotyössä

**Tutkintonimike:** Terveystenhoitaja (AMK)

**Asiasanat:** moniammatillinen yhteistyö, moniammatillisuus, perioperatiivinen hoitotyö

Moniammatillinen yhteistyö on leikkaussalissa tapahtuvassa hoitotyössä erityisen suuressa roolissa, ja tiimityön on oltava sujuvaa. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kar- toittaa hoitajien ja lääkärin välisen moniammatillisen yhteistyön sujuvuutta Kainuun kes- kussairaalan leikkaus- ja anestesiayksikössä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla moniammatillista yhteistyötä voidaan kehittää. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena ky- selytutkimuksena, johon osallistuivat yksikössä työskentelevät sairaanhoitajat, aneste- sialääkärit ja leikkaavat lääkärit (n=45). Tutkimusta ohjasivat seuraavat tutkimuskysymyk- set: millaiseksi leikkaus- ja anestesiayksikön hoitajat ja lääkärit kokevat moniammatillisen yhteistyön sujuvuuden? Mitkä tekijät vaikuttavat moniammatillisen yhteistyön sujuvuu- teen? Mitä kehittämiskohteita moniammatillisen yhteistyön sujuvuudessa on? Aineisto analysoitiin induktiivista sisällönanalyysiä hyödyntäen.

Tuloksista ilmeni, että moniammatillisen yhteistyön sujuvuuteen vaikuttavat kommunikaatio, toisen työn arvostaminen, ammatillinen osaaminen, yhteinen aika, psykologiset tekijät, leikkaustilanne sekä työn organisointi. Moniammatillisen yhteistyön sujuvuus arvioitiin pääsääntöisesti vähintään kohtalaisen hyväksi, ja sujuvuuden kokemisessa oli ammatti- kuntakohtaisia ja yksilöllisiä eroja. Kehittämiskohteina tuotiin esille asenteellisia asioita, kommunikaation ja tiedonkulun parantamista, työn organisointiin liittyviä asioita, ammatti- taidon kehittämistä, tavoitteiden ja päämäärien selkeyttä, yhteisten asioiden lisäämistä sekä perehdytyksen tehostamista.

## **Abstract**

**Author(s):** Hurskainen Tuija

**Title of the Publication:** Multi-professional Teamwork in Perioperative Nursing

**Degree Title:** Bachelor of Health Care, Public Health Nursing

**Keywords:** multi-professional, interprofessional, teamwork, perioperative nursing

Multi-professional teamwork plays an important role in healthcare, especially in perioperative nursing. Teamwork in the operating room has to be smooth because it impacts patient safety and cost-effectiveness.

The commissioner for this thesis was the Operation and Anesthesia Department at Kainuu Central Hospital. The purpose of this thesis was to study how multi-professional teamwork between nurses and doctors worked in the Operation and Anesthesia Department. The aim was to collect information that could be used for developing multi-professional teamwork. The three research questions were the following: how did doctors and nurses working in the Operation and Anesthesia Department experience the fluency of multi-professional teamwork, what factors affected the fluency of multi-professional teamwork, and which aspects of multi-professional teamwork should be developed further?

The research method was qualitative survey. The target group consisted of anesthesiologists, surgeons, anesthesiological nurses and scrub nurses. The material was collected with questionnaires and the results were analyzed with inductive content analysis.

According to the results, target group considered the fluency of multi-professional teamwork at least fairly good. There were differences between professional groups; surgeons were most satisfied with teamwork. Factors that affect to fluency of teamwork made seven groups; communication, respect of each other's work, professional competence, psychological factors, shared time, operation situation and organization of work. Aspects that should be developed included attitudes towards work and other professionals, communication, organization of work, development of professional competence, shared things, induction and clarity of objectives and work methods.

As a conclusion it can be said that many kinds of factors affect to teamwork and that the results of this thesis are similar to those of other research made in different types of units.

## Sisällys

1	Johdanto .....	1
2	Perioperatiivinen hoitotyö .....	3
2.1	Preoperatiivinen hoito.....	3
2.2	Intraoperatiivinen hoitotyö .....	4
2.3	Postoperatiivinen anestesiavalvonta .....	5
3	Moniammatillinen yhteistyö .....	6
3.1	Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveysalalla .....	6
3.2	Moniammatillinen yhteistyö leikkaus- ja anestesiaosastoilla .....	8
4	Tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävät .....	9
5	Tutkimuksen toteutus .....	10
5.1	Laadullinen tutkimus .....	10
5.2	Aineistonkeruu .....	10
5.3	Aineiston analyysi .....	11
6	Tulokset .....	14
6.1	Moniammatillisen yhteistyön koettu sujuvuus .....	14
6.2	Moniammatillisen yhteistyön sujuvuuteen vaikuttavat tekijät.....	15
6.3	Kehittämiskohteet.....	18
7	Pohdinta.....	22
7.1	Tulosten pohdinta ja johtopäätökset .....	22
7.2	Eettisyys.....	23
7.3	Luotettavuus .....	24
7.4	Ammatillinen kehittyminen.....	24
7.5	Jatkotutkimusaiheet .....	26
7.6	Oman prosessin pohdinta .....	26
	Lähteet.....	28

## Liitteet

## 1 Johdanto

Moniammatillinen yhteistyö ja sen sujuvuus näyttelevät suurta osaa työskentelyssä kaikilla sosiaali- ja terveysalan alueilla. Se tuo työhön sekä helpotusta että haasteita. (Haarala, Honkanen, Mellin & Tervaskanto-Mäentausta 2015, 88, 95.)

Leikkaussalissa tapahtuvassa hoitotyössä moniammatillinen yhteistyö on erityisen suuressa ja omanlaisessa roolissa. Sairaanhoidajien ja lääkäreiden välinen tiimityö on erittäin tiivistä, ja sen sujuvuus vaikuttaa suoraan esimerkiksi potilasturvallisuuteen ja salissa käytetyn ajan suhteen kustannustehokkuuteen. (Karma, Kinnunen, Palovaara & Perttunen 2016, 19-20.)

Valitsin aiheeksi "Moniammatillinen yhteistyö perioperatiivisessa hoitotyössä", koska halusin tehdä tutkimuksellisen opinnäytetyön ja perioperatiivinen hoitotyö kiinnostaa minua. Koin myös moniammatillisen yhteistyön tärkeäksi aiheeksi, koska se on niin merkittävä osa tulevaa työtäni. Toimeksiantajana toimi Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiayksikkö. Leikkaus- ja anestesiayksikköön kuuluvat leikkaussalit sekä heräämö. Yksikössä tehdään usean erikoisalan leikkauksia lähes kaikenikäisille potilaille (poissulkien alle yksivuotiaat). Leikkausten lisäksi yksikössä tehdään myös esimerkiksi sydämen rytminsiirtoja, sydämentahdistimien asetuksia sekä täyhystystoimenpiteitä. Leikkaus- ja anestesiayksikön yhteydessä toimii myös Leiko-yksikkö. Leiko-yksikön kautta hoidetaan päiväkirurgiset potilaat, jotka tulevat leikkaukseen kotoaan samana aamuna, ja kotiutuvat tai siirtyvät jatkohoitoon osastolle samana päivänä. (Leikkaus- ja anestesiayksikkö 2018.) Yksikön arvoja edustavat vastuullisuus, asiakaslähtöisyys, avoimuus, luottamus ja oikeudenmukaisuus. Kaiken toiminnan perustana on potilasturvallisuus. (Lokkila 2017.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien ja lääkäreiden yhteistyön sujuvuutta leikkaus- ja anestesiayksikössä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla leikkaus- ja anestesiayksikössä työskentelevien hoitajien ja lääkäreiden moniammatillista yhteistyötä pystytään kehittämään.

Moniammatilliseen yhteistyöhön vaikuttaviin tekijöihin perehtyminen kehitti myös omaa moniammatillisen yhteistyön osaamistani. Alakohtaisiin kompetensseihin eli osaamistavoitteisiin peilaten oma ammatillinen kehittymiseni tässä opinnäytetyössä tuli kompetenssien Näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, Hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, Johtaminen ja yrittäjyys sekä Kliininen hoitotyö kautta. Näyttöön perustuvaan toimintaan

sisältyy muun muassa kriittinen ajattelu, tutkimustiedon soveltaminen hoitotyön päätöksenteossa sekä tutkimus- ja kehittämisosaaminen. Hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus – kompetenssiin kuuluvat esimerkiksi sairaanhoitajan ammatti-identiteetti sekä verkosto- ja työparityö, Johtaminen ja yrittäjyys -kompetenssiin työyhteisötaidot ja Kliiniseen hoitotyöhön perioperatiivisen hoitotyön osaaminen. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 20, 37, 38, 40-42.)

## 2 Perioperatiivinen hoitotyö

Perioperatiivisella hoitotyöllä tarkoitetaan leikkaus- ja anestesiaosastoilla työskentelevien sairaanhoitajien tekemää hoitotyötä. Sana "peri" tulee kreikan kielestä ja tarkoittaa "ympäri", joten sana "perioperatiivinen hoitotyö" kuvaa hyvin "leikkauksen ympärillä" tapahtuvaa hoitotyötä. Tämän päivän perioperatiivinen hoitotyö pohjautuu vahvasti tieteelliseen tutkimusnäyttöön, hyväksi havaittuun toimintanäyttöön sekä kokemukseen perustuvaan näyttöön, kulmakivenään potilasturvallisuus. (Karma, Kinnunen, Palovaara & Perttunen 2016, 8.) Perioperatiivinen hoitotyö vaatii sairaanhoitajalta muun muassa päätöksentekosaamista, teknologiaosaamista, uusiin tilanteisiin sopeutumista, ongelmanratkaisukykyä ja kykyä toimia nopeasti muuttuvissa tilanteissa. Perioperatiivisen hoitotyön koulutuksessa tulisi ottaa huomioon myös työn henkinen ja fyysinen kuormittavuus. (Silvennoinen & Pirhonen 2014.)

Tengvall (2010) on tutkinut väitöstudiumuksessaan anestesia- ja instrumentoivien sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä. Tutkimuksen mukaan perioperatiivisten sairaanhoitajien (anestesia- ja instrumentoivien hoitajien) ammattipätevyys on erittäin korkeatasoista ja erityisosaamista vaativaa. Instrumentoivilta hoitajilta edellytetyssä pätevyyydessä korostuivat aseptinen osaaminen, kommunikointi-, turvallisuus- ja tekninen osaaminen. Anestesiahoitajilla taas anestesia- ja lääkehoidon osaaminen, kommunikointi- sekä turvallisuustoiminta. Pätevyys mahdollistuu tehokkaan ja tavoitteellisen perehdytyksen sekä ammattitaidon jatkuvan päivittämisen ja täydentämisen pohjalta.

Ajallisesti ja toiminnallisesti perioperatiivinen hoitoprosessi voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: preoperatiivinen eli leikkausta edeltävä vaihe, intraoperatiivinen eli leikkauksen aikainen vaihe ja postoperatiivinen eli leikkauksen jälkeinen vaihe. (Karma ym. 2016, 8; Ahonen ym. 2016, 101.)

### 2.1 Preoperatiivinen hoito

Preoperatiivinen vaihe alkaa, kun lääkäri on tehnyt leikkauspäätöksen yhdessä potilaan kanssa. Preoperatiivisessa vaiheessa arvioidaan kiireellisyys, leikkaus- ja anestesiakelpoisuus sekä kerätään tarvittavat taustatiedot (mm. allergiat, sairaudet, lääkitys, aiemmat leikkaukset ja anestesioidut, tupakointi ja päihteiden käyttö). Yksi tämän vaiheen tärkeim-

mistä asioista on leikkaukseen valmistautuminen ja sen ohjaaminen potilaalle. Tavoitteena on saada potilaan yleiskunto mahdollisimman hyväksi ennen leikkausta, ja ehkäistä komplikaatioita sekä edistää leikkauksesta toipumista. (Ahonen ym. 2016, 101.)

## 2.2 Intraoperatiivinen hoitotyö

Intraoperatiivinen vaihe alkaa, kun potilas vastaanotetaan leikkaussaliin. Leikkaussalissa työskentelevään leikkaustiimiin kuuluvat perinteisesti anestesia-sairaanhoitaja ja anestesia-lääkäri, leikkaava lääkäri, instrumentoiva sairaanhoitaja sekä valvova sairaanhoitaja. Isommissa leikkauksissa leikkaustiimi on usein suurempi. (Ahonen ym. 2016, 108.)

Anestesia-sairaanhoitaja toimii anestesia-lääkärin työparina. Heidän tehtävänä on aloittaa, ylläpitää ja lopettaa anestesia sekä huolehtia potilaan elintoiminnoista leikkauksen ajan. Lisäksi he vastaavat potilaan nesteytyksestä, lääkityksestä, mahdollisesta verensiirrosta, erilaisten valvontalaitteiden käytöstä sekä tietojen kirjaamisesta anestesiakaavakkeelle leikkauksen aikana. Anestesia-sairaanhoitaja valmistelee leikkaussalin anestesiavälineistön sekä tarvittavat lääkkeet käyttökuntoon ennen potilaan saapumista. Hän ottaa potilaan vastaan ja tarkistaa esitietojen oikeellisuuden sekä viime hetken tiedot, mm. ravinnotta olon. (Ahonen ym. 2016, 108; Karma ym. 2016, 56-57.)

Instrumentoiva ja valvova sairaanhoitaja toimivat leikkaavan lääkärin työpareina. Ennen potilaan saapumista he varaavat tarvittavat välineet ja valmistelevat leikkaussalin toimenpidettä varten. Instrumentoiva sairaanhoitaja pukeutuu steriiliksi ja valmistelee steriilin pöydän instrumentteineen leikkaavan lääkärin käyttöön sekä on mukana toteuttamassa leikkausta mm. turvaamalla näkyvyyden leikkausalueella sekä ojentamalla kulloinkin tarvittavat instrumentit lääkärille. Hän vastaa myös erilaisten laitteiden kytkemisestä ja toimivuuden varmistamisesta yhdessä valvovan sairaanhoitajan kanssa. (Karma ym. 2016, 103.)

Valvova sairaanhoitaja koordinoi leikkaustiimin toimintaa, toimii avustajana sekä vastaa omalta osaltaan potilasturvallisuudesta mm. valvomalla aseptiikan toteutumisesta. Hän vastaa myös kirjaamisesta, potilaan optimaalisesta leikkausasennosta yhdessä instrumentoivan sairaanhoitajan kanssa ja desinfioi leikkausalueen ennen leikkauksen aloittamista. Leikkaussalissa voi työskennellä myös lähihoitajia ja lääkintävahtimestareita, jotka osallistuvat salin valmisteluihin, potilassiirtoihin ja leikkausasennon laittamiseen. (Karma ym. 2016, 19, 103.)



### 2.3 Postoperatiivinen anestesiavalvonta

Postoperatiivinen vaihe alkaa, kun leikkauksen päätyttyä potilas siirretään leikkaussalista postoperatiiviseen anestesiavalvontaan. Useimmiten tämä tapahtuu heräämössä, kriittisesti sairaiden potilaiden kohdalla teho-osastolla. Hoitolinjoista, määräyksistä ja siirtokriteereiden täyttymisestä vastaa anestesia lääkäri. (Karma ym. 2016, 178-179.) Heräämössä sairaanhoitajat tarkkailevat potilaan vitaalielintoimintoja, kuten hengitystä, happeutumista, sydämen sykettä ja verenpainetta sekä tajunnan tasoa, lämpötilaa ja virtsaneritystä. Kivun ja pahoinvoinnin arviointi ja hoito on olennainen osa heräämöhoidotyötä. Myös leikkausalueen tarkkailu on tärkeää mahdollisen runsaan vuodon huomaamiseksi. (Ahonen ym. 2016, 109.)

Postoperatiivisen tarkkailun perustana on potilaan kliinisen tilan huononemisen ennakointi, hälyttävien merkkien mahdollisimman varhainen huomaaminen ja niihin reagoiminen. Hälyttäviä merkkejä ovat mm. happisaturaation laskeminen alle 90%:in, hengitystheyden lasku alle 8 kertaa/min tai nousu yli 25 kertaa/min, verenpaineen tai syketaajuuden huomattava lasku tai nousu, kouristelu tai runsas verenvuoto. Tarvittaessa sairaanhoitajat konsultoivat anestesia lääkäriä tai kirurgia. Monissa sairaaloissa on käytössä myös MET-ryhmä, joka hälytetään paikalle potilaan elintoimintojen heiketessä. MET-ryhmä (Medical Emergency Team) on tehohoitotiimi, joka on erikoistunut hätätilapotilaiden arviointiin ja hoitoon. (Ahonen ym. 109-111.)

Ennen potilaan kotiuttamista tai siirtämistä osastolle hänelle kuuluu myös ohjata toipumista edistävä itsehoito sekä leikkaushaavan paranemisen seuranta ja hoito. Postoperatiivinen vaihe päättyy, kun potilas ei enää tarvitse leikkaukseen liittyvää jälkihoitoa. (Karma ym. 2016, 179.)

### 3 Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillisen yhteistyön käsite on monialainen ja sitä voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta. Pohjimmiltaan kysymys on yhteistyöstä, jota voidaan käyttää hyvin erilaisissa tilanteissa. Yhteistyöllä tarkoitetaan sitä, että eri ihmisillä on yhteinen työ tai tehtävä suoritettavanaan, ongelma ratkaistavanaan tai päätös tehtävänä ja he etsivät uusia näkymiä yhdessä keskustellen. (Isoherranen 2004, 13-14.) Yhteistyölle ominaista on yhteistoiminnallisuus kaikkien kesken ja keskinäinen arvostus.

Moniammatillinen tiimi koostuu eri koulutuksen omaavista asiantuntijoista, jotka ovat yhteydessä toisiinsa yhteisen päämäärän saavuttaakseen. (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 15.) Moniammatillisen yhteistyön voidaan ajatella sosiaali- ja terveysalan työssä olevan eri asiantuntijoiden yhdessä työskentelyä, jossa pyritään huomioimaan asiakkaan kokonaisuus. Toisin sanoen, moniammatillinen yhteistyö on asiakaslähtöistä työskentelyä, jossa eri ammattiryhmät yhdistävät tietonsa ja taitonsa ja pyrkivät mahdollisimman tasa-arvoiseen päätöksentekoon. (Isoherranen 2004, 13-14, 184.) Se edellyttää roolien selkeyttä, vastuuta ja päätöksentekoon osallistumista (Isoherranen, Rekola & Nurminen, 2008, 16.)

#### 3.1 Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveysalalla

Sosiaali- ja terveysalan organisaatiot ovat useita eri ammattiryhmiä edustavien asiantuntijoiden muodostamia työyhteisöjä. Myös saman ammattiryhmän edustajat, kuten sairaanhoitajat, voivat toimia hyvinkin erilaisissa tehtävissä ja olla asiantuntijoita ammattinsa eri osa-alueilla. Ammattiryhmien välistä työnjakoa ovat pitäneet yllä erilainen työtehtävien luonne, koulutuspohja ja ammattikuväsäännökset. (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 13-14.) Tämä asettaa eri ammattiryhmät tiettyyn hierarkkiseen asemaan, joka on näkynyt myös moniammatillisessa yhteistyössä. Hierarkiassa korkeimpana ovat koulutustasoltaan, ammattitaidoltaan ja työn vaativuustasoltaan korkeimmaksi katsotut ammattiryhmät, kuten lääkärit, ylihoitajat ja osastonhoitajat. Seuraavana ovat usein sairaanhoitajat ja muut samantasoisien koulutuksen saaneet. (Eriksson-Piela 2003.) Onnistunut moniammatillinen yhteistyö nostaa esiin ja kirkastaa eri ammattiryhmien ydinosaamista (Haarala ym. 2015, 95).

Sosiaali- ja terveysalan eri ammattiryhmien asenteelliset, tiedolliset ja taidolliset erot ovat myös rajoittaneet moniammatillisen yhteistyön toteutumista. Ammatilliset osakulttuurit ovat voineet olla toisilleen vastakkaisia ja estää keskinäisen luottamuksen syntymistä. Reviirijattelu ja ammattikulttuurien erot ovat johtaneet eriarvoisuuteen ja yhteistyövalmiuksien heikkenemiseen. Myös ammatillisten puhe- ja tulkintatapojen erot voivat omalta osaltaan estää avoimen vuorovaikutuksen syntymistä moniammatillisessa ryhmässä. (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 14-15.) Palvelujärjestelmässä eri ammattiryhmien edustajat näkevät asiakkaan elämästä erilaisia asioita, ja näkemyksiä voi olla vaikea sovittaa yhteen. Tämä voi myös johtaa valtataisteluun siitä, kuka on oikeassa. Onnistuneessa yhteistyössä taas jokaisen ammattilaisen merkitys erityisasiantuntijana säilyy, vaikka asiantuntijuus annetaan yhteiseen käyttöön. (Haarala ym. 2015, 88-89.)

Erikssonin ym. (2015, 37) laatiman Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen –suosituksen mukaan valmistuvan sairaanhoidajan tulee hallita asiakaslähtöinen, tasavertainen yhteistyö, osata toimia moniammatillisessa tiimityössä hoitotyön asiantuntijana sekä konsultoida hoitotyön ja muiden ammattiryhmien asiantuntijoita ja toimia konsultoitavana asiantuntijana.

Kotro ja Parhiala (2015, 19-21) ovat tutkineet opinnäytetyössään, millaisena moniammatillinen yhteistyö kuvataan hoitotyössä ja mitä haasteita siinä on. Tulosten perusteella he ovat kuvanneet kirjallisuuskatsauksessaan moniammatillisen yhteistyön olevan yhteisöllistä ja jaettua asiantuntijuutta, joka pohjautuu yhteisiin suunnitelmiin ja tavoitteisiin ja edistää potilaan hoitoa kokonaisvaltaisemmin kuin yksin tehty työ. Onnistuessaan moniammatillinen yhteistyö on palkitsevaa ja vahvistaa asiantuntijuutta. Asiantuntijoiden keskinäinen tuki ja luottamus myös auttavat jaksamaan työssä. Toimiakseen moniammatillinen yhteistyö tarvitsee muun muassa vuorovaikutustaitoja, kiinnostusta, sitoutumista ja toisen työn arvostamista. Haasteiksi he ovat kuvanneet huonon tiedonkulun, työnjaon ja vastuun epäselkeyden, epäyhtenäiset käytännöt, organisaatorakenteen ja riittämättömät resurssit, huonon työilmapiirin ja työtahdin nopeuden sekä puutteelliset vuorovaikutustaidot ja motivaation sekä kokemuksen puutteet.

### 3.2 Moniammatillinen yhteistyö leikkaus- ja anestesiaosastoilla

Leikkaus- ja anestesiaosastoilla moniammatillinen yhteistyö on hyvin tiivistä ja sillä on vahva perusta. Parhaimmillaan perioperatiivinen toiminta on eri ammattiryhmien saumattomaa yhteistyötä potilaan parhaaksi. Tiimityössä eri ammattilaisten tiedot ja taidot yhdistyvät kokonaisuudeksi, jossa hoidon suunnittelu ja toteutus on yhteisvastuullista. Sujuva tiimityöskentely on niin hoidon laadun, kustannustehokkuuden kuin potilasturvallisuudenkin kannalta ensiarvoisen tärkeää. Tiimityön etuja ovat ammattitaidon kehittyminen toisiinsa täydentävän osaamisen ansiosta, vakiintuneet toimintatavat tuttujen tiimin jäsenten välillä sekä yhteisvastuullisuuden kehittyminen. Haasteita taas voivat aiheuttaa yhteistyöosaamisen heikkous, epävarmuus tiedoista ja taidoista sekä täydellisyyden tavoittelu työssä. (Karma ym. 2016, 19-20.)

Laurila (2014, 23-29) on tutkinut opinnäytetyössään leikkaustiimin välistä kommunikaatiota intraoperatiivisessa vaiheessa. Tulokset kertovat kommunikaation ongelmien heikentävän potilasturvallisuutta lisäämällä komplikaatioiden riskiä ja aiheuttamalla pahimmassa tapauksessa väärän puolen kirurgiaa, vääriä verensiirtoja ja taitosten lukumäärän täsmäämättömyyttä leikkauksen päätyttyä. Sairaanhoidajien ja lääkäreiden puhetavoissa oli eroja: sairaanhoidajat käyttivät enemmän kokonaisvaltaista ja kertovaa esitystapaa, kun taas lääkärit kommunikoivat lyhyesti ja ytimekkäästi. Sairaanhoidajat suhtautuivat negatiivisemmin asioiden sanomiseen ääneen leikkaussalissa.

Sairaanhoidajien keskinäinen kommunikaatio koettiin hyväksi. Kirurgit pitivät kommunikaatiota parempana kuin anestesia-lääkärit ja sairaanhoidajat, huonoimmaksi kommunikaation kokivat instrumentoivat sairaanhoidajat. Kirurgit toivat oman näkemyksensä esiin kuuluvasti, mutta kysyivät heikosti potilaan tilan muutoksista leikkauksen aikana. Sairaanhoidajat turvasivat kirurgin keskittymistä ylläpitämällä rauhaa. Tiedon kulkuun tyytyväisimpiä olivat kirurgit ja tyytymättöimpiä instrumentoivat hoitajat. Kohteliaisuuden todettiin parantavan kommunikaatiota riippumatta henkilöiden asemasta ja hierarkiasta. Kirurgien toivottiin olevan huomaavaisempia ja kunnioittavampia toisia tiimin jäseniä kohtaan. (Laurila 2014, 23-29.)

#### 4 Tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävät

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoitajien ja lääkäreiden yhteistyön sujuvuutta Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiayksikössä. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla leikkaus- ja anestesiayksikössä työskentelevien hoitajien ja lääkäreiden moniammatillista yhteistyötä pystytään kehittämään.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaiseksi leikkaus- ja anestesiayksikön hoitajat ja lääkärit kokevat moniammatillisen yhteistyön sujuvuuden?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat moniammatillisen yhteistyön sujuvuuteen?
3. Mitä kehittämiskohteita moniammatillisen yhteistyön sujuvuudessa on?

## 5 Tutkimuksen toteutus

Tutkin moniammatillista yhteistyötä leikkaus- ja anestesiayksikössä kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen. Valitsin laadullisen näkökulman, koska halusin tuoda esille tutkittavasta asiasta monipuolista, uutta tietoa. Kohdejoukon laajuus olisi voinut olla peruste määrällisen tutkimuksen valinnalle, mutta aiheesta löytyi aikaisempaa tutkimustietoa vähän, joten määrällinen tutkimus ei tämän perusteella ollut hyvä vaihtoehto. Kanasen (2015, 70) mukaan mitä vähemmän tutkittavasta aiheesta tiedetään, sitä suuremmalla todennäköisyydellä kyseeseen tulee ainoastaan laadullinen tutkimus.

### 5.1 Laadullinen tutkimus

Laadullisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Pyrkimyksenä on pikemminkin löytää tai paljastaa tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2002, 152.) Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä, että aineisto kootaan luonnollisissa, todellisissa tilanteissa ja tiedon keruun lähteenä käytetään ihmistä. Lähtökohtana on aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu, ei niinkään ennako-oletusten tai olemassa olevan teorian testaaminen. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2002, 155.)

### 5.2 Aineistonkeruu

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston hankinnan menetelminä suositaan menetelmiä, joissa tutkittavien näkökulmat pääsevät esille, kuten haastatteluja ja osallistuvaa havainnointia sekä kyselylomakkeissa avoimia kysymyksiä. Sekä tutkimussuunnitelma että tutkimus muotoutuvat ja joustavat tutkimuksen edetessä, ja suunnitelmia muutetaan olosuhteiden mukaisesti. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2002, 155.)

Keräsin tutkimusaineiston leikkaus- ja anestesiayksikössä käyttäen paperista kyselylomaketta (liite 1), jossa kysymykset olivat pääsääntöisesti avoimia. Tämä antoi vastaajille mahdollisuuden tuoda näkemyksiään esille vapaammin kuin suljettuja kysymyksiä käytettäessä. Kyselylomake menetelmänä taas teki mahdolliseksi tutkimuksen toteuttamisen paljon suuremmalle kohdejoukolle kuin esimerkiksi haastattelu. Kohdejoukkona olivat

leikkaus- ja anestesiayksikössä työskentelevät sairaanhoitajat ja muut hoitotyöntekijät, anestesia lääkärit sekä leikkaavat lääkärit.

Kyselylomakkeen laatimisessa oli huomioitava kysymysten tarkoituksenmukaisuus ja tarkkuus, lomakkeen laajuus (kysymysten määrä) sekä kyselylomakkeen muoto (paperi- vai sähköinen lomake). Kysymykset tuli muotoilla niin, että ne olivat selkeitä ja ymmärrettäviä eikä väärinymmärryksiä tulisi. Kysely ei saanut olla niin laaja, että vastaaminen olisi vaatinut paljon aikaa; tämä olisi vaikuttanut vastausmyöntyvyyteen. Avoimia kysymyksiä käytettäessä oli tämän takia erityisen tarkkaan huomioitava myös kysymysten määrä. Kysymykset rajattiin siten, että taustatiedoista kysyttiin ainoastaan ammattiroolia suljetulla kysymyksellä ja muut, avoimet kysymykset, pohjautuivat vahvasti tutkimuskysymyksiin. Minkään muun taustatiedon selvittäminen ei ollut tässä tapauksessa olennaista, ja avoimet kysymykset oli tärkeää muotoilla siten, että vastauksiksi tulisi tutkimuskysymyksiin vastaavia asioita.

Päädyin paperilomakkeisiin, koska arvelin näihin vastaamisen työaikana olevan henkilökunnalle käytännön syistä vaivattomampaa ja nopeampaa kuin sähköisiin lomakkeisiin. Tätä kautta oletin lomakkeen muodon vaikuttavan myös vastausmyöntyvyyteen. Aineistonkeruun aloitin siten, että kävin ennalta sovittuina ajankohtina kirurgien, anestesia lääkärin ja leikkaus- ja anestesiayksikön hoitohenkilöstön palaverissa kertomassa tutkimuksestani ja aineistonkeruusta. Kirurgit ja anestesia lääkärit vastasivat kyselyyn palaverin aikana. Hoitohenkilöstölle jätin sovitusti palaverin jälkeen lomakkeet ja palautuslaatikon kahdeksi viikoksi yksikön taukotilaan, jotta mahdollisimman moni sai mahdollisuuden vastata kyselyyn. Muiden erikoisalojen leikkaaville lääkäreille tiedotettiin tutkimuksesta ja aineistonkeruusta sähköisesti, ja myös heille tarjottiin mahdollisuus osallistua tutkimukseen palauttamalla kysely palautuslaatikkoon.

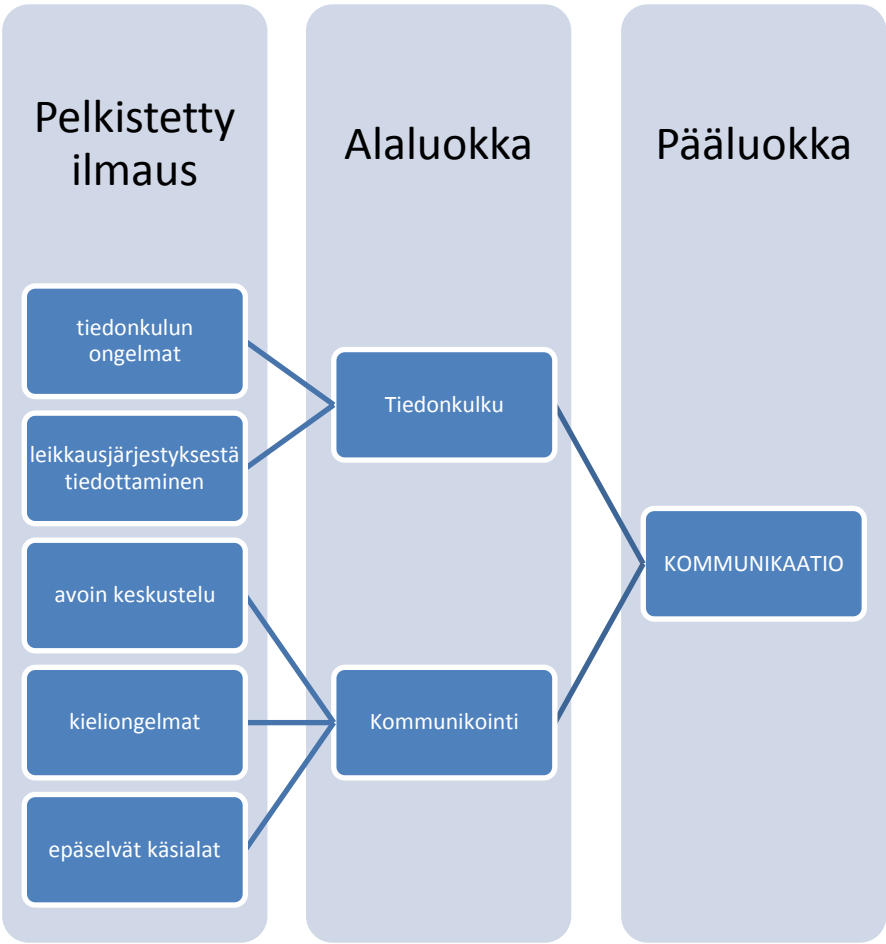
### 5.3 Aineiston analyysi

Tutkimustulokset analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Aineistolähtöisessä analyysissä teksti jaotellaan asiasisältöihin ja sisällölle annetaan puhtaasti aineistoon perustuvat nimet. Tämän luokittelun pohjalta etsitään vastauksia tutkimusongelmaan ja tutkimuskysymyksiin. (Kananen 2015, 171-177.) Sisällön analyysillä analysoidaan dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällön analyysin tarkoitus on tuottaa tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-7.)

Analyysin ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön määrittäminen. Yleisimmin käytetty analyysiyksikkö on yksi sana tai sanayhdistelmä, kuten tässäkin työssä. Yksikkö valitaan tutkimustehtävän ja aineiston laadun perusteella. Aineisto luetaan läpi useita kertoja, jonka jälkeen sitä aletaan pelkistämään. Pelkistäminen tarkoittaa sitä, että aineistosta koodataan eli poimitaan tutkimuskysymyksiin vastaavia ilmaisuja, ja ne kirjataan sanatar-kasti ylös. Pelkistetyistä ilmaisuista koostetaan lista, josta niitä seuraavaksi aletaan ryh-mittelemään. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-7.) Tässä työssä koodaus tapahtui alleviivaamalla aineistosta tutkimuskysymyksiin vastaavat ilmaukset, jonka jälkeen ne kirjoitettiin sellaisenaan ylös koneelle. Kirjoitetut ilmaukset pelkistettiin lyhyempään muotoon listoiksi, jotka tulostettiin.

Ryhmittelyssä pelkistetyistä ilmauksista etsitään erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Ilmaisut jaotellaan kategorioihin siten, että samaa tarkoittavat yhdistetään omaan kategoriaansa ja annetaan tälle kategorialle sisältöä kuvaava nimi. Pelkistettyjen ilmauksien ryhmitte-lyssä apuna käytettiin eri värisillä kynillä alleviivaamista, jolloin väri yhdisti samantyyppiset ilmaukset samaan kategoriaan. Analyysi etenee abstrahoimalla eli yhdistämällä saman sisältöisiä kategorioita toisiinsa alakategorioiksi ja muodostamalla niistä yläkategorioita. Tätä jatketaan niin kauan kuin se on mielekästä ja mahdollista. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-7.) Tässä käytettiin apuna miellekarttoja helpottamaan hahmottamista ja alakate-gorioiden samankaltaisuuden huomaamista. Analysoinnin jälkeen tuloksia pohditaan ja niistä tehdään johtopäätöksiä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2002, 211). Alla esimerkki-kaaviot aineiston analysoinnista (kaavio 1 ja kaavio 2).





Kaavio 1. Esimerkki pääluokan muodostumisesta sisällönanalyysissa.

Kaavio 2. Esimerkki induktiivisen sisällönanalyysin etenemisestä.

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääluokka
osan kanssa haastavaa...	osittain haastavaa	kohtalainen	KOHTALAISEN HYVÄ
vaihtelevaa...pääosin toimivaa	vaihtelevasti toimivaa		
yhteistyössä on sujuvuutta ja kehitettävää	sujuvuutta ja kehitettävää yhteistyössä		
pääsääntöisesti sujuvaa...	pääsääntöisesti sujuvaa	pääosin hyvä	
pääasiassa yhteistyö sujuu hyvin...	pääosin sujuva yhteistyö		
yleisesti hyvä...	yleisesti hyvä		

## 6 Tulokset

Aineistoa tutkimukseen tuli runsaasti; täytettyjä kyselylomakkeita palautui yhteensä 43 kaikkiaan kuudestakymmenestä. Eri ammattiryhmien välillä määrä jakautui siten, että lääkäreiltä täytettyjä lomakkeita palautui yhteensä 18, joista puolet tuli anestesia-lääkäreiltä ja puolet leikkaavilta lääkäreiltä. Anestesia-sairaanhoitajia ja instrumentoivia sairaanhoitajia kyselyyn vastasi yhteensä 25, joista anestesiahoitajia oli seitsemän, instrumentoivia hoitajia 16 ja ammattiroolikseen usean vaihtoehdon valinneita kolme. Lähes kaikki vastaajat olivat myös vastanneet kaikkiin kysymyksiin.

Kursivoidut ja sisennetyt lauseet ovat suoria lainauksia aineistosta.

### 6.1 Moniammatillisen yhteistyön koettu sujuvuus

Moniammatillisen yhteistyön sujuvuus koettiin pääsääntöisesti vähintään kohtalaisen hyväksi. Toisaalta sujuvuutta heikentäviäkin tekijöitä tuotiin paljon esille. Yhteistyön koetussa laadussa oli eroja eri ammattiryhmien välillä. Parhaimmin sujuvaksi moniammatillisen yhteistyön kokivat leikkaavat lääkärit. He arvioivat yhteistyön olevan hyvää ja sujuvaa.

*”..sujuvuus on hyvä..”*

*”Toimii pääsääntöisesti hyvin.”*

Anestesia-lääkäreiden vastauksissa oli hieman enemmän yksilöllisiä eroja, mutta keskimäärin he kokivat moniammatillisen yhteistyön kohtalaisen hyväksi.

*”Kohtalaisen hyvä...tilanne voisi olla parempikin..”*

*”Pääsääntöisesti asiallista ja sujuvaa.”*

Anestesia-sairaanhoitajat arvioivat moniammatillisen yhteistyön pääsääntöisesti hyväksi, mutta vaihteluakin sujuvuudessa tuotiin esille.

*”Suurimman osan kanssa homma toimii.”*

*"...riippuu lääkäristä. Pääsääntöisesti hyvä.."*

Instrumentoivat sairaanhoitajat kokivat yhteistyön sujuvuuden keskimäärin kohtalaisen hyväksi.

*"Yleisesti hyvä."*

*"...vaihtelevaa...suurelta osin kuitenkin toimivaa.."*

## 6.2 Moniammatillisen yhteistyön sujuvuuteen vaikuttavat tekijät

Sujuvuuteen vaikuttavia tekijöitä vastauksissa tuotiin esille hyvin moninaisesti, mutta tietyt teemat tulivat usein toistuvina selkeästi esille. Sisällönanalyysin tuloksena lukuisia yksittäisiä asioita sisälleen lukevia pääluokkia syntyi yhteensä seitsemän. Näitä ovat **kommunikaatio, ammatillinen osaaminen, toisen työn arvostus, työn organisointi, leikauksien tilanne, yhteinen aika** sekä **psykologiset tekijät** (kaavio 3).

**Kommunikaatioon** lukeutuvat tiedonkulkuun liittyvät asiat, kielitaito ja käsialat, sekä yleinen asioista keskusteleminen ja toisen kuunteleminen. Puutteellinen tiedonkulku (muun muassa toimenpiteiden valmisteluun liittyen), kieliongelmat ja liian epäselvät käsialat lääkäreillä koettiin yhteistyötä heikentäviksi asioiksi. Matalan keskustelukynnyksen tiiminjäsenten välillä taas koettiin parantavan yhteistyötä.

*"Haasteita tuo kielitaito...samoin käsialat lääkäreillä...riski ymmärtää määrättyt asiat väärin."*

*"Ongelmia syntyy, jos toimenpiteiden ilmoitus on vajavainen...pitää soitella perään.."*

*"...tiedonkulussa ei saisi olla katkoksia.."*

**Ammatilliseen osaamiseen** liittyen tuotiin esille perehdytyksen, täydennyskoulutuksen ja selkeiden roolien merkitystä, toisaalta myös epävarmuus omasta osaamisesta vaikuttaa yhteistyöhön. Erityisesti uusien työntekijöiden ja toimenpiteiden kohdalla nämä korostuvat. Ammatillisen osaamisen pohjalla koettiin olevan työkokemus, johon liittyy myös

tiiminjäsenten, tilojen ja tarvikkeiden sekä käytänteiden tuttuus. Näiden koettiin helpottavan yhteistyön sujuvuutta.

*”Jokainen tietää oman roolinsa.”*

*”..luulo, että pitäisi tietää ja osata...jos ei uskalleta kysyä...”*

*”..riittävästi ammattitaitoista henkilökuntaa...riittävä perehdytys kunkin ammattiryhmän jäsenelle..”*

Erityisesti sairaanhoitajien vastauksista nousi vahvasti esille **toisen työn arvostus** yhteistyön sujuvuuteen vaikuttavana tekijänä, ja tässä myös koettiin olevan puutteita. Tähän kuuluvat sekä toisen ammattitaidon arvostus että toisen työpanoksen arvostus. Näiden yhtenä taustatekijänä on tieto toisen työstä. Koettiin esimerkiksi, että lääkärit eivät välttämättä tiedä, mitä kaikkea valmistelevaa työtä sairaanhoitajat tekevät ennen ja jälkeen leikkauksen, ja tämä aiheuttaa epäsuhtaa aikatauluttamisessa. Useat sairaanhoitajat kokivat, etteivät lääkärit arvosta heidän työtään, ja tämä koettiin moniammatillista yhteistyötä huontavaksi tekijäksi.

*”Toisten ammattitaidon kunnioittaminen.”*

*”Silloin kaikki sujuu, kun jokainen osapuoli arvostaa toisen työtä...”*

**Työn organisointi** pitää sisällään muun muassa yhteiset toimintamallit, suunnittelun, tehtävien organisoinnin ja aikataulutuksen, selkeät tavoitteet, työvälineet sekä johtamisen. Työn organisointiin liittyviä asioita erityisesti lääkärit toivat esille. Liian tiukan aikataulun ja kiireen koetaan heikentävän yhteistyötä, kun taas sopivan pituiset leikkauslistat parantavat tätä, kun tiimi ei kuormitu liikaa. Päivystystilanteet kesken suunnitellun leikkauslistan koettiin haastaviksi työn organisoinnin kannalta. Tätä erityisesti anestesia-lääkärit toivat esille. Anestesia-lääkäreiden ja leikkaavien lääkärien välisen toimenpiteiden suunnittelun koettiin olevan puutteellista ja tämän heikentävän yhteistyötä.

*”Tehtävienjaon toteutus ja aikatauluissa pysyminen.”*

*”...johto ja sen näkemykset sekä konkreettiset toimintatavat...”*

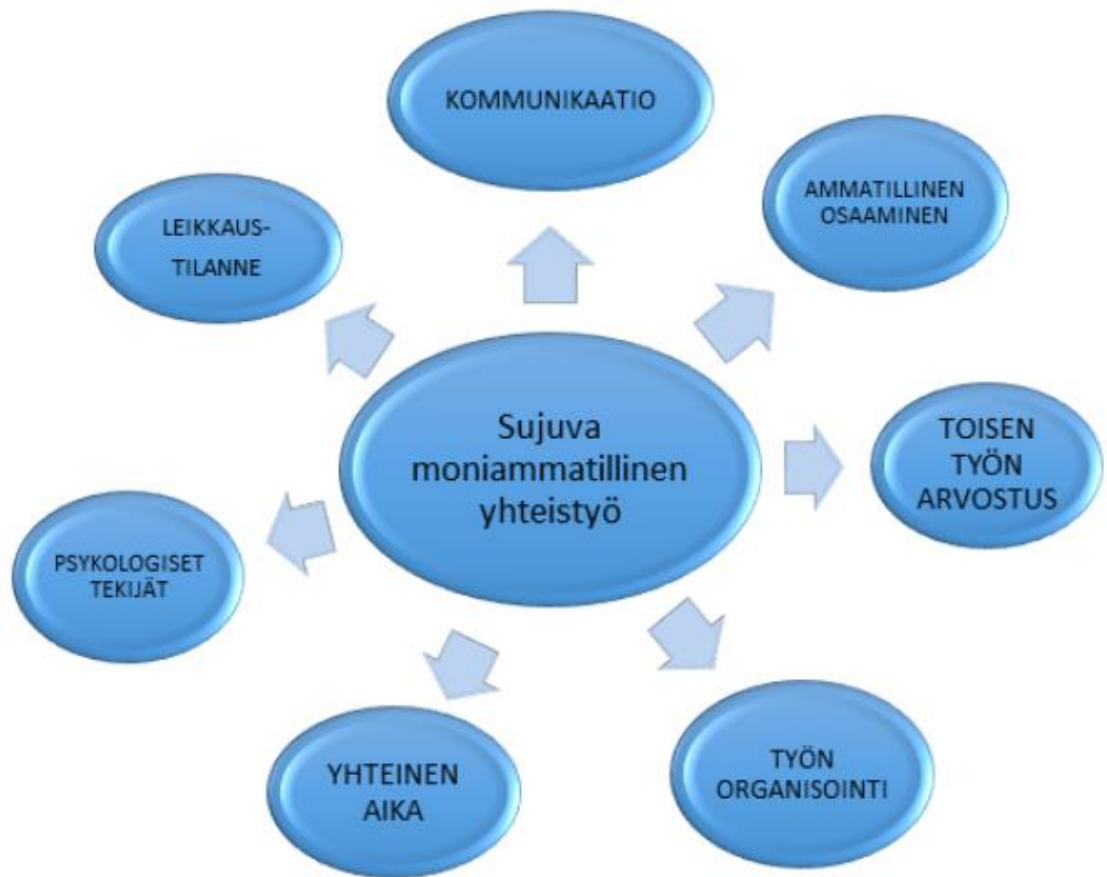
*”Sopivan pituiset leikkauslistat...kiire, väsymys heikentää yhteistyötä.”*

**Leikkaustilanteella** tarkoitetaan, onko kyseessä suunniteltu vai päivystystoimenpide. Suunnitelluissa toimenpiteissä yhteistyö koettiin helpommaksi, kun taas päivystystilanteissa sitä hankaloittavat tilanteeseen liittyvä kiire ja mahdollisesti vuorokaudenaikaan liittyvä väsymys. **Yhteinen aika** -kategoriaan kuuluvia asioita ovat yhteisen saliajan kesto, yhteiset harjoitukset ja yhteiset taukotilat. Yhteisten harjoitusten ja taukutilojen koettiin parantavan moniammatillista yhteistyötä.

**Psykologisiin tekijöihin** lukeutuu käyttäytymiseen ja tunteisiin liittyviä tekijöitä, kuten asenne, henkilökemiat, käytös, motivaatio ja työpaikassa viihtyminen. Nämä kaikki taas vaikuttavat vahvasti toisiinsa. Sekä lääkärit että sairaanhoitajat toivat esille, että kaikkien käytös ei aina ole niin asiallista kuin tulisi olla. Myös henkilökemiat ja asenne nousivat vahvasti esille; koettiin, että yhteistyö sujuu toisten kanssa paremmin kuin toisten, ja että tiiminjäsenen tunnetila voi vaikuttaa yhteistyön sujuvuuteen. Asenteen koettiin vaikuttavan myös yhteisten pelisääntöjen ja toimintamallien noudattamiseen, motivaation taas muun muassa työn kehittämishalukkuuteen.

*”Henkilökemia; jos tulet juttuun, sujuu työkin...asiattomuus heikentää yhteistyön onnistumista.”*

*”Uusilla työntekijöillä asenne ratkaisevaa – halu oppia uutta.”*



Kaavio 3. Moniammatillisen yhteistyön sujuvuuteen vaikuttavat tekijät pääluokittain.

### 6.3 Kehittämiskohteet

Kehittämiskohteita tuli osittain jo esille edellisessäkin kappaleessa. Moninaisista yksittäisistä asioista pääluokkia syntyi seitsemän: **kommunikaatio ja tiedonkulku, ammattitaito, perehdytys, yhteiset asiat, työn organisointi, selkeät päämäärät ja toimintatavat** sekä **asenne työhön ja toisiin**. Analyysitaulukko sivulla 21 (kaavio 4).

**Kommunikaatio ja tiedonkulku** nousivat aineistosta vahvasti esille kehitettävänä asioina. Tiedonkulkuun toivottiin parannusta esimerkiksi toimenpiteisiin liittyviin kirjauksiin ja toimenpideilmoituksiin sekä leikkausjärjestykseen liittyen. Lääkäreiltä toivottiin tarkempia tietoja toimenpiteiden valmisteluihin liittyen, ettei tietoja tarvitsisi erikseen kysellä. Toimenpideilmoituksen täyttämisen tueksi ehdotettiin check-listaa, jotta toimenpiteeseen tarvittavat asiat tulisivat kirjattua riittävän tarkasti. Anestesia- ja leikkauslääkäreiden välisen kommunikaation ja yhteisen suunnittelun koettiin olevan liian vähäistä ja sii-

hen toivottiin parannusta. Myös avointa yhteistä keskustelua toivottiin lisää. Suomen ulkopuolelta tulleeille työntekijöille toivottiin suomen kielen koulutusta riittämättömän kielitaidon aiheuttamien kommunikaatio-ongelmien välttämiseksi. Uusien työntekijöiden aloittaessa myös esittäytymisen merkitystä uusien ja kokeneiden työntekijöiden välillä tuotiin esille, jotta yhteistyö lähtisi sujumaan heti matalalla kynnyksellä. Kehittämiskohteena mainittiin myös yhteistyö potilaan taustaosaston kanssa.

*”..anestesia-lääkärit ja kirurgit ei keskustele/suunnittele töitä keskenään..”*

*”Keskustelukulttuuri saisi kehittyä...lisää tasa-arvoista keskustelua..”*

*”Tiiviimpi informaation kulku.”*

**Ammattitaito** mainittiin myös kehittämiskohteena; että jokainen tekisi oman työnsä hyvin ja ammattitaitoista henkilökuntaa olisi riittävästi. Uusille työntekijöille toivottiin riittävää **perehdytystä** ja aikaa oppia asiat ja organisaation tavat niin lääkäreiden kuin hoitajienkin kohdalla, myös yhteistyön osalta. Perehtyjiä kohtaan toivottiin ymmärrystä; uudet työntekijät eivät voi heti hallita kaikkea. **Yhteiset asiat** -kategoriaan kuuluvat yhteiset kokoukset, koulutukset ja virkistyspäivät. Näistä erityisesti lääkärien ja hoitajien yhteiset kokoukset ja koulutukset nousivat vahvasti esille. Niitä toivoivat sekä lääkärit että hoitajat. Myös yhteisten virkistyspäivien haluttiin toteutuvan paremmin, niiden koettiin parantavan yhteistyötä.

*”Perehdytyksen suuntaaminen myös yhdyspintoihin.”*

*”Uusia lääkäreitä opastettava talon tavoille. Uusille hoitajille annettava aikaa perehtyä asioihin.”*

*”Yhteisiä meetingejä...yhteisiä koulutuksia esim. hätäpotilaan hoidosta..”*

*”Enemmän yhteisiä palaverreja hoitajien ja lääkäreiden välillä.”*

**Työn organisointia** haluttiin kehitettävän työnjaon, suunnitelmallisuuden ja aikataulutuksen osalta. Suunnitelmallisuuteen haluttiin panostaa enemmän ja välttää yhteistyötä hankaloittavaa kiirettä. Työn- ja tehtävienjakoa haluttiin selkeyttää, ja hoitajien työnkierron tarkoituksenmukaisuutta kyseenalaistettiin. Koettiin, että työnkierto ei välttämättä sovi kaikille. Organisaation tasolla toivottiin samassa yksikössä työskentelevien lääkäreiden olevan hallinnollisesti samalla tulosalueella.

*"Kaikkia hoitajia ei tarvitse kierrättää joka työpisteessä – kärsii osaaminen..harkittava, kenestä siihen on."*

*"Tehtävienjaon toteutus ja aikatauluissa pysyminen."*

**Päämäärien ja toimintatapojen selkeyttä** toivottiin kehitettävän. Päämäärät, pelisäännöt ja toimintatavat tulisi olla kaikille selkeät ja yhtenäiset ja niitä tulisi noudattaa. Konkreettisina asioina tähän liittyen tuotiin esille muun muassa HaiPron tarkoituksenmukaista käyttöä ja sitä, että tietyt toimenpiteet tehtäisiin aina tietyn protokollan mukaan.

*"Työtehtävien suunnittelussa pitäisi tehdä enemmän yhteistyötä. Kaikille selvät linjat ja päämäärät."*

**Asennetta työtä ja toisia kohtaan** toivottiin kehitettävän erityisesti keskinäisen kunnioituksen osalta, johon vahvasti liittyy jo aiemmin mainittu toisen työn arvostus. Ammatti- ja asiallista käytöstä toivottiin kehitettävän niin hoitajien kuin lääkäreidenkin osalta. Myös potilasturvallisuus mainittiin kehittämiskohteena.

*"Välillä tuntuu, että hoitajien panos potilaan hoitoon unohdetaan niiltä osin, kun lääkärit eivät ole paikalla."*

*"Asenne, että tehdään yhdessä yhteistä maalia kohti – tämä myös esimiestasolta."*

*"Ammatillista ja asiallista käytöstä voisi kehittää."*



Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääluokka
enemmän yhteistyötä työn suunnittelussa  suunnittelu  suunnitelmallisuuteen panostaminen	Suunnittelu	TYÖN ORGANISOINTI
työnjaon selkeys  tehtävienjaon toteutus  työkierron tarkoituksenmukaisuus hoitajilla	Työnjako	
aikatauluissa pysyminen  kiireen välttäminen	Aikataulutus	

Kaavio 4. Analyysitaulukko; Työn organisointi -pääluokan muodostuminen.

## 7 Pohdinta

Opinnäytetyöprosessin eri vaiheissa on pohdittava niin opinnäytetyön eettisyyttä, luotettavuutta, tuloksia, omaa ammatillista kehittymistä kuin itse prosessiakin.

### 7.1 Tulosten pohdinta ja johtopäätökset

Johtopäätöksenä voidaan sanoa, että moniammatillisen yhteistyön sujumiseen vaikuttavat lukuisat eri tekijät ja vastausten perusteella henkilökunnalla on halua tätä kehittää. Tiettyjen teemojen usein toistuminen aineistossa kertoo siitä, että useat vastaajista kokevat nämä tärkeiksi asioiksi ja näihin halutaan vaikuttaa. Kommunikaation merkitys ja tiedonkulun ongelmat sekä toisen työn arvostaminen olivat ehkä suurimpia näistä asioista. Laurilan (2014, 23-29) tutkimuksessa leikkaustiimin välisestä kommunikaatiosta todetaan kommunikaation ongelmien vaikuttavan suoraan heikentävästi myös potilasturvallisuuteen. Näin ollen voidaan ajatella kommunikaation ja tiedonkulun kehittämisen yksikössä parantavan samalla myös potilasturvallisuutta, joka on arvoissakin kaiken perustana leikkaus- ja anestesiayksikössä (Lokkila 2017).

Opinnäytetyössä käyttämäni lähdetutkimuksien ja näiden tulosten välillä voidaan nähdä yhtäläisyyksiä. Kotron ja Parhialan (2015, 19-21) opinnäytetyössä tuodaan esille moniammatilliseen yhteistyöhön vaikuttavina tekijöinä muun muassa vuorovaikutustaidot, kiinnostuksen, sitoutumisen ja toisen työn arvostamisen. Heikentävinä tekijöinä he mainitsevat huonon tiedonkulun, työnjaon ja vastuun epäselkeyden, epäyhtenäiset käytännöt, organisaatorakenteen ja riittämättömät resurssit, huonon työilmapiirin ja työtahdin nopeuden sekä puutteelliset vuorovaikutustaidot ja motivaation sekä kokemuksen puutteet. Katsoisin vuorovaikutustaitoihin kuuluvan myös kommunikaation, jonka merkitys korostui omissa tuloksissani sekä moniammatillisen yhteistyön sujuvuuteen vaikuttavana tekijänä että kehittämiskohteena. Toisen työn arvostaminen myös selkeästi tuli esille, ja haasteissa hyvin samankaltaisia asioita molemmissa tutkimuksissa on nähtävissä.

Myös Tengvallin (2010) väitöstutkimuksessa perioperatiivisten sairaanhoitajien ammatillisesta pätevyydestä kommunikaatiotaidot olivat sekä anestesia- että instrumentoivilla sairaanhoitajilla yhtä lailla osa ammatillista osaamista kuin kliinisetkin taidot. Järnmark (2013, 41-42) taas tutki opinnäytetyössään moniammatillista yhteistyötä laajasti Haartmanin sai-

raalassa, ja kehittämiskohteiksi sielläkin nostettiin tiedonkulun ja kommunikoinnin haasteet, yhteisten koulutusten toteuttaminen, asenteelliset asiat sekä toimintakäytäntöjen selkeyttäminen ja lähijohtaminen. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että moniammatilliseen yhteistyöhön vaikuttavat tekijät ja haasteet ovat samantyyppisiä leikkaussalioyöskentelyssä kuin muunlaisissakin sosiaali- ja terveysalan työyksiköissä.

## 7.2 Eettisyys

Tutkimuksessa tulee ottaa huomioon tutkimuseettiset seikat sekä tutkimuksen luotettavuus. Tutkimuksen yleisiä eettisiä lähtökohtia ovat muun muassa osallistumisen vapaaehtoisuus, tietoinen suostumus, anonymiteetti ja oikeudenmukaisuus. Tutkimukseen osallistuminen on aina vapaaehtoista, ja osallistujalla on oikeus kieltäytyä, keskeyttää tutkimus ja esittää tutkijalle kysymyksiä. Tutkittavan on tiedettävä tutkimuksen luonne ennen suostumuksen antamista. Anonymiteetti tarkoittaa, ettei tutkimustietoja luovuteta tutkimusprosessin ulkopuolisille ja aineisto säilytetään huolellisesti lukitussa paikassa tai salasanalla suojattuna tietokoneella. Oikeudenmukaisuudella tarkoitetaan, että tutkittaviksi valikoidut ovat tasa-arvoisia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177-179.)

Tässä opinnäytteessä nämä toteutuivat siten, että tutkimusluvut haettiin asianmukaisesti ennen tutkimuksen aloittamista ja kyselylomakkeiden yhteydessä tiedotettiin vastaajille tutkimuksen tarkoituksesta ja sisällöstä sekä osallistumisen vapaaehtoisuudesta (liite 1). Kyselylomakkeessa ei kysytty vastaajan nimeä, ikää eikä sukupuolta, joka osaltaan tuki anonymiteetin säilymistä. Ainoa kysyttävä taustatieto oli ammattirooli, ja saman ammattiroolin omaavia osallistujia oli useita. Tutkimusaineiston salassapitovelvollisuutta noudatettiin. Vastaajat palauttivat täyttämänsä kyselylomakkeet joko suoraan tutkijalle tai suljettuun palautuslaatikkoon, jolloin kukaan ulkopuolinen ei päässyt näkemään vastauksia. Aineiston säilyttämisestä ja hävittämisestä tarkemmin aineistohallintasuunnitelmassa (liite 2). Oikeudenmukaisuutta lisäsi se, että kohderyhmäksi valittiin usean ammattiryhmän edustajia, eikä pelkästään esimerkiksi sairaanhoitajia.

### 7.3 Luotettavuus

Tutkimuksissa tulee arvioida sen luotettavuutta ja pätevyyttä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2002, 213.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, vahvistettavuus ja riippuvuus. Uskottavuuden edellytyksenä on tulosten kuvaaminen niin selkeästi, että lukija ymmärtää tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset sekä analyysin teon. Siirrettävyys toteutetaan kuvaamalla huolellisesti tutkimuskonteksti, selvittämällä osallistujien valinta ja taustat sekä aineiston keruun ja analyysin seikkaperäisellä kuvauksella. Mikäli tutkimusraportissa käytetään suoria lainauksia tutkimusaineistosta, yksittäinen vastaaja ei saa olla niistä tunnistettavissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160-161.)

Tämän tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttivat muun muassa saatavien vastausten määrä ja laatu; aineistoa tuli runsaasti ja sitä saatiin kaikilta kohderyhmään kuuluneilta ammattiryhmiltä. Mikäli vastauksia olisi tullut hyvin vähän tai vain yhdeltä ammattiryhmältä, ei yleistettäviä päätelmiä niin luotettavasti olisi voinut tehdä. Vastausten määrään vaikutti vastausmyöntyvyys. Vastausmyöntyvyyttä pyrin parantamaan käymällä henkilökohtaisesti esittäytymässä ja kertomassa tutkimuksesta henkilökunnalle aineistonkeruun aloittamisen yhteydessä, jolloin vastaajat saivat paremmin tietoonsa, kenelle ja miksi vastaavat. Myös kyselylomakkeen laatu vaikutti vastausmyöntyvyyteen; kysymysten määrä oli tiivistetty minimiin, jotta vastaamiseen ei tarvitse käyttää paljon aikaa. Kysymykset oli laadittu kuitenkin niin, että tutkimuksen kannalta oleelliset asiat saataisiin vastauksissa esille. Tulosten luotettavuutta paransi myös analysoinnin ja tulosten riittävän tarkka kuvaus opinnäytetyössä. Opinnäytetyön lähteet ovat luotettavia; teoriapohjan lähdeaineisto koostuu asianmukaisesta kirjallisuudesta ja mahdollisimman uusista, sekä AMK- että yliopistotason tutkimuksista.

### 7.4 Ammatillinen kehittyminen

Tämän opinnäytetyön avulla syvensin ammatillista osaamistani erityisesti tutkimus- ja kehittämistoiminnassa, perioperatiivisessa hoitotyössä sekä moniammatillisen yhteistyön valmiuksissa.

Kaikkien ammattikorkeakoulututkintojen yhteisistä kompetensseista Viestintä- ja vuorovaikutusosaaminen -kompetenssiin sisältyy myös ryhmä- ja tiimityöskentelyn osaaminen monialaisissa työryhmissä. Yhteisiin kompetensseihin kuuluu myös Kehittämistoiminnan

osaaminen, joka edellyttää tutkimus- ja kehittämistoiminnan valmiuksia sillä tasolla, että opiskelija kykenee toteuttamaan pienimuotoisia tutkimus- ja kehittämishankkeita. (Eriksson ym. 2015, 15.) Tutkimuksellisen opinnäytetyön prosessi on rakenteeltaan hyvin samankaltainen kuin isomman tutkimustyön, joten tämän läpikäytyäni tutkimusosaamiseni kehittyi huomattavasti ja sain hyviä valmiuksia myös mahdollisiin jatko-opintoihin. Tutkimusprosessin myötä myös kriittinen ja analyyttinen ajattelutapa sekä suunnittelu- ja organisointitaidot, jotka ovat työelämänkin kannalta tärkeitä, kehittyivät.

Sairaanhoitajan ammatillista osaamista määrittelevissä alakohtaisista kompetensseista ammatillinen kehittyminen pohjautuu kompetensseihin Näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, Hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, Johtaminen ja yrittäjäyys sekä Kliininen hoitotyö. Näyttöön perustuvalla toiminnalla tarkoitetaan toiminnan pohjautumista luotettavaan tutkimusnäyttöön. Kyetäkseen toteuttamaan näyttöön perustuvaa hoitotyötä on sairaanhoitajan pystyttävä kriittiseen ajatteluun ja osattava hakea tietoa luotettavista lähteistä. Jatkuvasti uusiutuvan tutkimustiedon myötä omaa osaamistaan tulee päivittää, pystyä kehittämään työtä ja soveltaa uutta näyttöön perustuvaa tietoa käytännön työhön. (Eriksson ym. 2015, 41-42.) Hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus –kompetenssissa on määritelty moniammatillisen yhteistyön osaamista; sairaanhoitajan tulee osata sekä hyödyntää muiden tiimin jäsenten osaamista että tuoda omaa hoitotyön asiantuntijuuttaan moniammatillisen tiimin käyttöön, sekä arvioida omaa osaamistaan vuorovaikutussuhteissa. (Eriksson ym. 2015, 20, 37.) Myös terveydenhoitajan työ edellyttää tiivistä moniammatillista yhteistyötä ja verkostoitumista (Haarala ym. 2015, 319). Opinnäytetyön myötä ymmärrykseni moniammatillisen yhteistyön merkityksestä on syventynyt.

Johtaminen ja yrittäjäyys -kompetenssissa kuvataan sairaanhoitajan työyhteisötaitoja; sairaanhoitajan tulee osata toimia muuttuvissa toimintaympäristöissä hyvien työyhteisötaitojen mukaisesti. Kliinisen hoitotyön osaamisvaatimuksiin taas kuuluu pre-, intra- ja postoperatiivisen hoitotyön osaaminen. (Eriksson ym. 2015, 38, 40.) Koska perehdyin opinnäytetyössäni moniammatilliseen yhteistyöhön ja siihen vaikuttaviin tekijöihin, kehittyi myös oma yhteistyöosaamiseni ja opin tunnistamaan ja kehittämään omia vahvuuksiani ja heikkouksiani tiimityössä, sekä arvioimaan ja kehittämään moniammatillisen työyhteisön toimintaa. Perioperatiivisen hoitotyöhön perehdyin opinnäytetyön teoreettista tietopohjaa kootessani, ja näin asiantuntijuuteni kehittyi myös tällä kliinisen hoitotyön osa-alueella.

## 7.5 Jatkotutkimusaiheet

Moniammatillista yhteistyötä voisi tutkia missä tahansa muussakin sosiaali- ja terveydenhuollon työyksikössä, ja mahdollisesti myös vertailla, nouseeko tuloksissa samoja vai eri teemoja eri yksiköissä. Tämän tutkimuksen tulosten pohjalta voisi henkilökunnalta kerätä konkreettisia kehittämis ehdotuksia, ja näiden avulla toiminnan kehittäminen voisi olla aiheena ylemmän korkeakoulututkinnon opinnäytteelle. Mikäli leikkaus- ja anestesiayksikössä tehdään kehittämis ehdotusten pohjalta konkreettisia muutoksia, esimerkiksi järjestetään yhteisiä koulutuksia ja kokouksia, näiden vaikutuksia moniammatilliseen yhteistyöhön voisi myöhemmin myös tutkia.

## 7.6 Oman prosessin pohdinta

Oma opinnäytetyöprosessini alkoi jo syksyllä 2017, ensin toisen aiheen parissa. Prosessi ensin valitusta aiheesta ei kuitenkaan edennyt toivotusti, joten päätin vaihtaa aihetta ja etsiä aiheen, joka todella kiinnostaa minua. Kirurgia ja perioperatiivinen hoitotyö ovat olleet minulle alusta asti suuri kiinnostuksen kohde tällä alalla, ja toiveissani oli saada toteuttaa opinnäytetyö mieluummin tutkimuksena kuin tuotteistamisprosessina. Olin yhteydessä leikkaus- ja anestesiayksikköön, ja lopulta sainkin tämän aiheen sieltä helmikuun lopulla 2018. Olin innoissani aiheesta, ja aloin heti etsiä aiempia tutkimuksia aiheesta ja työstää teoriapohjaa. Tutkimuksen suunnittelun kannalta oli todella paljon hyötyä siitä, että olin tehnyt aiemman harjoittelujakson leikkaus- ja anestesiayksikössä; olin jo tällöin perehtynyt leikkaussali- ja heräämötöyöskentelyyn, joka helpotti teorian tiedon omaksumista ja jäsentämistä sekä tutkimuksen suunnittelua. Ja kun yksikkö oli tuttu, pystyin miettimään käytännön tasolla, kuinka tutkimus olisi parasta toteuttaa. Aikaa opinnäytetyösuunnitelman tekemiseen oli kyllä haastavaa löytää koskaan tarpeeksi, koska tuo kevät oli opintojen suhteen muutenkin hyvin ruuhkainen ja lisäksi kävin töissä. Suunnitelma kuitenkin valmistui kevään 2018 aikana, ja tutkimusluvat sain kesäkuussa 2018. Alkuperäisen aikataulusuunnitelman mukaan aineistonkeruu oli tarkoitus tehdä jo kesällä, mutta käytännön syistä se siirtyi syksyyn.

Aineistonkeruussa minua huolestutti etukäteen, minkä verran saisin aineistoa, ja miten se jakautuisi eri ammattiryhmien välillä. Erityisesti lääkäreiltä aineiston saaminen mietitytti, ja omat epäilyksensä tämän onnistumisesta tulivat myös toimeksiantajan puolelta. Esiintymispelkoni takia minun oli vaikea lähteä henkilökohtaisesti kertomaan tutkimuksesta

henkilökunnan eteen, mutta epämukavuusalueelle uskaltaminen kuitenkin kannatti. Lääkärit ottivat minut todella hyvin vastaan, ja kaikkiaan aineistoa tuli hyvinkin runsaasti. Tämä tuntui itsessään jo suurelta onnistumiselta. Aineiston purkua ja analysointia aloittaessani kuitenkin vasta todella tajusin, kuinka suureen hommaan olin ryhtynyt. Yhden ihmisen tekemäksi AMK-opinnäytetyöksi ja varsinkin laadulliseksi tutkimukseksi työ oli todella laaja, ja aineiston analysointi, tulosten ja johtopäätösten kirjoittaminen oli valtava urakka. Haastavuutta lisäsi se, että kaikki oli ihan uutta; mitään tutkimustyötä tai induktiivista sisällönanalyysia en ollut koskaan ennen tehnyt. Myös aikataulun olin tehnyt itselleni melko tiukaksi, ja aineistonkeruun viivästyminen kiristi sitä entisestään. Ajoittain stressi oli kova ja työn valmistuminen tuntui epätoivoiselta. Motivaatiota piti yllä kuitenkin innostus tutkimustyöhön ja tutkittavaan aiheeseen. Tuloksia oli tosi mielenkiintoista lukea ja tehdä niistä päätelmiä. Ajatus siitä, että olen itse tuottamassa jotain aivan uutta tietoa, tuntui hienolta ja motivoi jatkamaan.

Esitin opinnäytetyön leikkaus- ja anestesiayksikössä, ja oli palkitsevaa huomata, että aihe koettiin tärkeäksi ja työni hyödylliseksi. Yhteistyötä on myös tarkoitus jatkaa, ja on tuntua hienolta saada olla mukana kehittämässä toimintaa. Kainuuseen on valmistumassa täysin uusi sairaala, jonka myötä toimintakin monin tavoin muuttuu. Leikkaus- ja anestesiayksikkö siirtyy uuteen sairaalaan ensimmäisten joukossa jo ensi vuonna, joten ajankohta toiminnan kehittämisen käynnistämiseen tuntuu optimaaliselta.

Väljempi aikataulu olisi varmaankin mahdollistanut tämän kirjallisen työn paremman laadun ja viimeistellymmän ulkoasun. Tärkein pyrkimykseni ei kuitenkaan ole ollut tehdä mahdollisimman hienoa kirjallista tuotosta ja saada opinnäytetyöstä hyvä numero. Tärkeimpänä tavoitteenani olen pitänyt sitä, että työstäni olisi todella hyötyä leikkaus- ja anestesiayksikölle. Mikäli henkilökunta kokee tulleen tutkimuksen myötä kuulluksi ja yksikön toimintaa todella voidaan työni pohjalta kehittää, silloin olen mielestäni onnistunut ja urakani on ollut hyödyllinen.

## Lähteet

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V., Uski-Tallqvist, T. 2016. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. 6. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M., Moisio, E-L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus –hanke. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen Sairaanhoidajaliitto ry. Porvoo: Bookwell Oy. Viitattu 10.5.2018. <https://sairaanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>

Eriksson-Piela, S. 2003. Tunnetta, tietoa vai hierarkiaa? Sairaanhoidon moninainen ammatillisuus. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 11.3.2017 <http://urn.fi/urn:isbn:951-44-5665-3>

Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O., Tervaskanto-Mäentausta, T. 2015. Terveystenhoitajan osaaminen. 2. painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2002. Tutki ja kirjoita. 6.-8. painos. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

Isoherranen, K. 2004. Moniammatillinen yhteistyö. 1. painos. Helsinki: WSOY.

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

Järnmark, A. 2013. Moniammatillinen yhteistyö Haartmanin sairaalassa. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Viitattu 3.11.2018. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201305066593>

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Karma, A., Kinnunen, T., Palovaara, M., Perttunen, J. 2016. Perioperatiivinen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.



Kotro, I., Parhiala, E. 2015. Moniammatillinen yhteistyö hoitotyössä - kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Viitattu 26.3.2018 <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2015111316420>

Kyngäs, H., Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede. Vol 11. No 1/-99.

Laurila, H. 2014. Kommunikaatio leikkaussalissa. Opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Viitattu 27.3.2018 <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201405055832>

Leikkaus- ja anestesiayksikkö. 2018. Kainuun sote. Viitattu 30.3.2018 <https://sote.kainu.fi/toimipisteet/leikkaus-ja-anestesiayksikko>

Lokkila, K. 2017. Leikkausosaston alkuinfo-paketti harjoitteluun tuleville. Sähköpostiviesti 16.3.2017. Vastaanottaja T. Hurskainen.

Pirhonen, A., Silvennoinen, M. 2014. Educational Application Design Process Experiences – Case Operative Nursing. Department of Computer Science and Information Systems. University of Jyväskylä. Viitattu 24.3.2018 <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ju-201406192099>

Tengvall, E. 2010. Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys. Kyselytutkimus leikkaus- ja anestesiahoitajille, anestesiologeille ja kirurgeille. Väitöstutkimus. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Viitattu 24.3.2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-0226-9>

Kannen kuva: Potilaan lääkrilehti. 2015. <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/tutkimus-musiikin-kuuntelu-leikkaussalissa-voi-olla-haitallista/>

## TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

Hyvä Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiayksikön ammattihenkilö,

olen Kajaanin ammattikorkeakoulun viimeisen vuoden terveydenhoitajaopiskelija ja teen yksiköllenne tutkimuksellista opinnäytetyötä aiheesta ”Moniammatillinen yhteistyö perioperatiivisessa hoitotyössä”. Osana opinnäytetyötä toteutan kyselyn yksikössä työskenteleville hoitajille ja lääkäreille.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa leikkaus- ja anestesiayksikön hoitotyöntekijöiden, anestesia-lääkäreiden ja leikkaavien lääkäreiden kokemuksia moniammatillisen yhteistyön sujuvuudesta näiden ammattiryhmien välillä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka pohjalta moniammatillista yhteistyötä voidaan kehittää.

Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoisesta, mutta koska Sinä olet tiedonantajana avainasemassa, toivon Sinun vastaavan kyselyyn. Näin saat tilaisuuden tuoda omia näkemyksiäsi esille ja edistää moniammatillisen yhteistyön kehittämistä.

Vastaaminen tapahtuu nimettömästi ja vastaukset käsitellään ja raportoidaan niin, etteivät yksittäisen vastaajan vastaukset ole tunnistettavissa. Tutkimuksen päätyttyä tutkimusaineisto hävitetään. Opinnäytetyö valmistuu syksyllä 2018. Valmis työ annetaan leikkaus- ja anestesiayksikön hyödynnettäväksi.

Mikäli Sinulla on kysyttävää tutkimuksesta, vastaan mielelläni kysymyksiisi.

Kiitos vastauksestasi!

Tuija Hurskainen

Terveydenhoitajaopiskelija

Kajaanin ammattikorkeakoulu

tuijahurskainen(at)kamk.fi

Toimin leikkaus- ja anestesiaosastolla pääsääntöisesti

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> anestesiaalääkärinä        | <input type="radio"/> instrumentoivana sairaanhoitajana    |
| <input type="radio"/> anestesia-sairaanhoitajana | <input type="radio"/> heräämön/Leiko:n sairaanhoitajana    |
| <input type="radio"/> leikkaavana lääkärimä      | <input type="radio"/> lääkintävahtimestarina/lähihoitajana |

Millaiseksi koet hoitotyöntekijöiden ja lääkärin välisen yhteistyön sujuvuuden yksikössä?

---

---

---

---

---

---

---

Millaiset asiat kokemuksesi mukaan vaikuttavat moniammatillisen yhteistyön onnistumiseen?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Millaisia kehittämiskohteita haluat tuoda esille moniammatillisen yhteistyön sujuvuuden lisäämiseksi?

---

---

---

---

---

---

---

---

Kiitos vastauksestasi!

## **Opinnäytetyön aineistohallintasuunnitelma**

### **1. Aineistojen yleinen kuvaus**

Minkä tyyppistä tutkimusaineistoa (esimerkiksi haastattelu, kysely, havainnointi) opinnäytetyössä kerätään tai käytetään?

Aineisto kerätään kyselyllä. Kysely toteutetaan paperilomakkeilla.

### **2. Aineiston dokumentaatio ja laatu**

Miten tutkimusaineisto dokumentoidaan, esimerkiksi minkälaisia tunnistetietoja käytetään? Miten aineiston ja sen dokumentoinnin laatu varmistetaan?

Kyselyssä ei kysytä nimiä eikä muitakaan henkilötietoja, joten ei ole vaaraa, että vastaaja tulisi tunnistetuksi. Ainoa kysyttävä taustatieto on ammattinimike.

### **3. Säilytys ja varmuuskopiointi**

Miten aineisto tallennetaan? Miten taataan sen tietoturva (esimerkiksi pääsy aineistoon) opinnäytetyön tekemisen aikana? Kuka/ketkä pääsee käsittelemään aineistoa?

Kysely toteutetaan paperilomakkeilla, täytetyt lomakkeet palautetaan suljettuun palautuslaatikkoon. Ainoastaan tutkimuksen tekijä pääsee käsittelemään aineistoa, ja huolehtii sen asianmukaisesta ja huolellisesta säilyttämisestä koko prosessin ajan.

### **4. Säilyttämiseen liittyvät eettiset ja laillisuuskysymykset**

Miten aineiston säilytykseen liittyvät mahdolliset eettiset kysymykset (esimerkiksi arkaluontoiset henkilöihin liitetyt tiedot, muiden pääsy aineistoihin) otetaan huomioon? Miten aineiston omistus- ja käyttöoikeudet hallinnoidaan?

Aineisto ei sisällä mitään henkilöiden tunnistetietoja. Tutkimuksen tekijä huolehtii, ettei kukaan ulkopuolinen pääse käsiksi aineistoon.

## **5. Aineiston avaaminen ja pitkäaikaissäilytys**

Olisiko aineistoa mahdollista käyttää myöhemmin? Miten aineiston jatkokäyttö tehdään mahdolliseksi.

Aineistoa ei ole tarkoitus käyttää myöhemmin, vaan aineisto hävitetään, kun sitä ei enää tarvita.



Kainuun sosiaali- ja  
terveydenhuollon kuntayhtymä

Lupa tutkimukselle/opinnäytetyölle

KAINUUN SOSIAALI- JA  
TERVEYDENHUOLLON KUNTAYHTYMÄ  
30.05.2018  
685/13.01.2018

	Diaarinumero	
1. Tutkimus/ opinnäytetyön luvan hakija(t)	Suku- ja etunimet Hurskainen, Tuija Armi Anneli	Nykyinen työnantaja/opiskelupaikka Kajaanin ammattikorkeakoulu
[Luvan hakijat täyttävät]	Kotiosoite [Puhelin työkohti]	Postinro ja -paikka Suoritettu / tekeillä oleva tutkinto
	Suku- ja etunimet	Nykyinen työnantaja/opiskelupaikka
	Kotiosoite	Postinro ja -paikka
	Puhelin työkohti	Suoritusvuosi ja -paikka
	Suku- ja etunimet	Nykyinen työnantaja/opiskelupaikka
	Kotiosoite	Postinro ja -paikka
	Puhelin työkohti	Suoritusvuosi ja -paikka
2. Tutkimus/ opinnäytetyötä koskevat tiedot	Tutkimuksen/opinnäytetyön nimi ja aiheen kuvaus	
[Luvan hakijat täyttävät]	Moniammatillinen yhteistyö perioperatiivisessa hoitotyössä	
	Opinnäytetyössä käsitellään terveydenhuollon ammattihenkilöstön kokemuksia moniammatillisen yhteistyön sujuvuudesta Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla.	
	Tutkimusaika:	
	Tutkimuksen tasoluokitus	
	<input type="checkbox"/> 1. Väitöskirja <input type="checkbox"/> 2. Lisensiaattitutkimus <input type="checkbox"/> 3. Pro gradu <input type="checkbox"/> 4. Kandidaatin tutkielma <input type="checkbox"/> 5. Opinnäytetyö (Ylempi AMK) <input checked="" type="checkbox"/> 6. Opinnäytetyö (AMK) <input type="checkbox"/> 7. Muu, mikä	
	Tutkimuksen kohde:	
	<input type="checkbox"/> Asiakas <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asiakirja	
	Tulokset ja vastausalue:	
	Hallinto <input type="checkbox"/> Kuntayhtymän hallinto Keskeiset yhteiset tutkimusalueet <input type="checkbox"/> Yhteistyö <input type="checkbox"/> Yhteistyö <input type="checkbox"/> Henkilöstöpalvelut <input type="checkbox"/> Terveystieteet Perhepalvelut <input type="checkbox"/> Lapsiperheiden terveydenhuollon palvelut <input type="checkbox"/> Lapsiperheiden sosiaalipalvelut <input type="checkbox"/> Aikuisosastopalvelut <input type="checkbox"/> Vammapalvelut Vanhuspalvelut <input type="checkbox"/> Kotona asumista tukevat palvelut <input type="checkbox"/> Ympäristöarvioinnit <input type="checkbox"/> Hoivapalvelut <input type="checkbox"/> Palveluohjaus ja ohjaukset Terveystieteiden ja sairauden hoitopalvelut <input type="checkbox"/> Aikuisen mielen terveyspalvelut ja riippuvuuden hoito <input type="checkbox"/> Suun terveydenhuolto <input type="checkbox"/> Operatiivinen <input type="checkbox"/> Konservatiivinen <input type="checkbox"/> Vastuuhoito- ja terveyskeskussairaalatoiminta <input type="checkbox"/> Päihdytyspalvelut Sairaanhoidon palvelut <input type="checkbox"/> Radiologia <input type="checkbox"/> Patologia <input type="checkbox"/> Lääkehoito <input type="checkbox"/> Ensihoito <input checked="" type="checkbox"/> Leikkaus ja anestesia <input type="checkbox"/> Tehohoito <input type="checkbox"/> Hoitokäytännöt Ympäristöterveydenhuolto <input type="checkbox"/> Terveystieteet <input type="checkbox"/> Elämäntietäminen	
	Aineiston keruumenetelmät	
	<input checked="" type="checkbox"/> Kysely <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Muu, mikä <input type="checkbox"/> Haastattelut <input type="checkbox"/> Asiakirja-talustietojen analyysi	
3. Tutkimuksen opinnäytetyön ohjaaja (oppilaitos)	Nimi Sari Pyykkönen	Virka-asema, ammatti leikkaus
	Osoite Keskustie 1, 68100 Kajaani	Puhelinnumero 044-7157011
	Toimipaikka, oppilaitos Kajaanin ammattikorkeakoulu	Sähköposti sari.pyykkonen@kajamk.fi
	Tutkimussuunnitelman hyväksymispäivä 18.5.2018	Opinnäytteen ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys Sari Pyykkönen
Ohjaajat (työelämä)	Nimi Elina Keränen, Jenni Kovalainen	Työpaikka Kainuun keskussairaala, leikkaus- ja anestesiaosasto
		Työelämän ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys Elina Keränen
Kainuun sotien opinnäytetyö- koordinaattori	Nimi Virpi Korhonen	Yhteystiedot virpi.korhonen@kainu.fi
	Tieto työn valmistumisesta on välitettävä Kainuun soten	

	opinnäytetyökoordinaattorille.		
4. Tutkimuksen rahoitus-suunnitelma	Arvio tutkimuksen/opinnäytetyön suoranaista kustannuksista Kainuun sotella <input checked="" type="checkbox"/> ei aiheuta kustannuksia <input type="checkbox"/> aiheuttaa kustannuksia, selitys mistä? (esim. materiaalit, postitus, tuloitus) Ulkopuolinen rahoitus <input type="checkbox"/> Ulkopuolinen rahoittaja <input type="checkbox"/> kokonaan <input type="checkbox"/> osittain Rahottaja Sopimuksen nro Muu rahoitus <input type="checkbox"/> EVO <input type="checkbox"/> KEVO <input type="checkbox"/> muu, mikä? Projektin numero (EVO, KEVO, TUKE)		
5. Tutkimusluvan hakijan allekirjoitus, nimenselvennys ja päivämäärä  [Luvan hakijat täyttävät]	Päiväys 25.5.2018 Allekirjoitus ja nimenselvennys Tuja Hurskainen Allekirjoitus ja nimenselvennys Allekirjoitus ja nimenselvennys		
6. Lausunnot	Tarvittavat lausunnot ja luvat <input checked="" type="checkbox"/> Ei tarveta <input type="checkbox"/> Alueellinen osittain tmi/ ilmoitus kansallisesta lausunnotta <input type="checkbox"/> FIMEA <input type="checkbox"/> STWTHL <input type="checkbox"/> Valtio Lähetyspäivä Vastaus saatu		
7. Lupa	Tutkimuksen/opinnäytetyön tulosten, tuotosten omistusoikeus <input type="checkbox"/> Sovittu, lile sopimuksesta <input checked="" type="checkbox"/> Ei tarveta lehds sopimusta Lupa <input type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi Luvan myöntäjä <input type="checkbox"/> tulosaluksen johtaja <input type="checkbox"/> vastuualuepäällikkö/ylihoitaja <input type="checkbox"/> hallintoylihoitaja <input checked="" type="checkbox"/> kuntayhtymän johtaja <input checked="" type="checkbox"/> laastupäällikkö Päivämäärä 5.6.2018 Allekirjoitus ja nimenselvennys Tuja Hurskainen, Kirpi Korhonen / laastupäällikkö Lomakkeen säilytys - luvan myöntäjä (alkuperäinen) - opintojohtaja (kopio) - Kainuun sotien opinnäytetyökoordinaattori (kopio) - Kainuun sotien kirjasto (kopio)		
8. Asiakirjatiedot, joihin tässä hakemuksessa haetaan lupa	Tarvittavat salassa pidettävät asiakirjatiedot, mitä tietoja ja mistä		
9. Käyttöoikeudet	Onko haettu tai haetaan tutkimusta varten käyttöoikeutta sotien tietojärjestelmään? Mihin järjestelmään ja mille ajalle		
10. Muut tutkimuksessa käytettävät tiedot	Muut asiakirjatiedot, mitkä, mistä ja millaisin luvuin		
11. Tutkimusrekisterin tietotyypit	<input type="checkbox"/> 1. Tutkimus ei sisällä henkilöiden tunnistetietoja. Ei synny rekisteriä <input type="checkbox"/> 2. Tutkimusrekisterin kerättävät tunnist- ja yksilöintitiedot eristettynä (myös kuva- tai videomateriaali, josta henkilö on tunnistettavissa, edellyttää tutkimusrekisteriä)		
Litteet  [Luvan hakijat täyttävät]	<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimus-opinnäytetyösuunnitelma <input checked="" type="checkbox"/> Aineiston keraukseen liittyvät materiaalit <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuksiin osallistuville jaettava materiaali <input checked="" type="checkbox"/> Toimeksiantosopimusluonnos <input checked="" type="checkbox"/> Muu, mikä aineistonhallintasuunnitelma		