

OPINNÄYTETYÖ

SAILA KUMPULA 2012

YHTÄ KÖYTTÄ POTILAAN HYVÄKSI

Kokemuksia sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyöstä
akuuttiosastolla



**Rovaniemen
ammattikorkeakoulu**
University of Applied Sciences
LUC

HOITOTYÖN KOULUTUSOHJELMA



ROVANIEMEN AMMATTIKORKEAKOULU

SOSIAALI- TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

YHTÄ KÖYTTÄ POTILAAN PARHAAKSI
Kokemuksia sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyöstä
akuuttiosastolla

Saila Kumpula

2012

Toimeksiantaja Sairaala Lapponia/ Sirpa Lohi

Ohjaaja Outi Soikkeli

Hyväksytty _____ 2011 _____

Työ on kirjastossa lainattavissa.

Tekijä	Saila Kumpula	Vuosi	2012
Toimeksiantaja	Sairaala Lapponia/Sirpa Lohi		
Työn nimi	Yhtä köyttä potilaan hyväksi - kokemuksia sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyöstä akuuttiosastolla		
Sivu- ja liitemäärä	45 + 2		

Lääkärin ja sairaanhoitajien välillä vallitseva myönteinen suhtautuminen vaikuttaa positiivisesti potilaan hoidon toteutumiseen ja yhteistyöllä sekä kollegiaalisuudella on saavutettu parempia hoitotuloksia. Opinnäytetyöni käsittelee sairaanhoitajien ja lääkärin yhteistyötä. Sairaanhoitajien ja lääkärin yhteistyössä sekä työn organisoinnissa näyttää yleisesti olevan kehittämistä ja tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tutkia, mitä sellaista osastotyössä on löydettävissä, joka lisäisi sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyön onnistumisen kautta potilaan hyvää hoitoa.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia, miten akuuttiosastolla työskentelevät sairaanhoitajat ja lääkärit kuvaavat yhteistyötä ja kuinka yhteistyötä on mahdollista kehittää. Suoritin tutkimuksen haastattelemalla kolmea lääkäriä ja kolmea sairaanhoitajaa, jotka kaikki työskentelevät akuuttiosastolla. Tutkimusmenetelmä oli laadullinen ja aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajat ja lääkärit kuvaavat yhteistyön mutkattomaksi ja hyvin sujuvaksi. Toisaalta, haastateltavat kuvaavat ongelmia vuorovaikutuksessa ja hoitoprosessin mukaisessa työskentelyssä. Myös keskeneräinen sähköiseen kirjaamiseen siirtyminen aiheuttaa suurimman osan mielestä ongelmia. Lääkärit kuvaavat sairaanhoitajien ammattitaitoa arvostavammin kuin sairaanhoitajat itse, sairaanhoitajat kuvaavat työtä tuttujen lääkärin kanssa helpommaksi kuin ennalta tuntemattomien päivystäjien kanssa. Tutkimustulokset myös kertovat sairaanhoitajien keskinäisten erimielisyyksien vaikuttavan ajoittain koko työyhteisöön. Työyhteisöä ja työtä sinänsä kaikki haastateltavat kuvaavat pääosin positiivisesti.

Tulosten mukaan kollegiaalisuuden lisääntyminen toisi kehitystä työyhteisöön, vaikka sairaanhoitajat ja lääkärit eivät voi koskaan täydellisesti kollegoita ollakaan. Työn järkiperäinen organisointi siten, että ammattitaito tulisi kaikilta täyteen hyötykäyttöön, nopeuttaisi usein potilaan asianmukaisen hoidon saantia ja lisäisi yhteistyön sujuvuutta. Luotettavan sähköisen potilastietojärjestelmän löytyminen olisi yksi tärkeä edellytys yhteistyön onnistumiseen.

Author	Saila Kumpula	Year	2012
Commissioned by	Lapponia Hospital/Sirpa Lohi		
Subject of thesis	Working Together For The Sake of The Patient – Co-Operation Experiences of Doctors And Nurses		
Number of pages	45 + 2		

Positive attitude between doctors and nurses has positive impact on the actualization of treatment of patients with co-operation and collegial work the results of care have improved. My thesis addresses the co-operation of nurses and doctors. The co-operation of nurses and doctors and organizing the work seems generally to have development needs. The goal of this thesis was to study the issues in ward work that increase the quality of care of patients with successful nurse-doctor co-operation.

The purpose of this study was to research how nurses and doctors who work in acute wards describe the co-operation and how it is possible to develop the co-operation further. I interviewed three doctors and three nurses, who all worked on an acute ward. The research method was qualitative and the material was analysed by using content analysis.

According to the research results the nurses and the doctors describe the co-operation easy-going and very smooth. On the other hand the informants described some problems in-interaction and in the patient care process work. Also according to most of the informants the unfinished transition to electronic filing seemed to cause problems. The doctors described the nurses more appreciative than nurses did themselves in reference their professional ability. The nurses described their work with familiar doctors easier than with the strange on-call doctors. Also according to the research results, disagreements between the nurses affect occasionally the whole work community. However all the informants described the work community and the work mainly positively.

The results also showed that increasing the collegiality would develop the work community even though the nurses and the doctors don't seem to ever be able to completely be colleagues. Subtle, level-headed organization of the work to the full usage of professional ability would often speed up the availability of appropriate care for the patient and would increase the smoothness of co-operation. Finding reliable electronic patient information system would be a prerequisite for successful co-operation.

Key words: doctor, nurse, co-operation, collegiality

1 JOHDANTO.....	1
2 SAIRAANHOITAJAN JA LÄÄKÄRIN YHTEISTYÖ	2
2.1 SAIRAANHOITAJAN JA LÄÄKÄRIN YHTEISTYÖ SEKÄ ASIAANTUNTIJUUS	3
2.1.1 <i>Sairaanhoitajan ammatin kuvaus.....</i>	3
2.1.2 <i>Lääkärin ammatin kuvaus.....</i>	5
2.1.3 <i>Yhteistyö ja asiantuntijuus.....</i>	8
2.3 PÄÄMÄÄRÄNÄ POTILAAN HYVÄ HOITO.....	13
2.4 HOITOTYÖN, LÄÄKETIETEEN JA MUUT VÄLINEET SAIRAALAYMPÄRISTÖSSÄ, KIELI JA INFORMAATIO POTILAAN TILASTA, TIETO TERVEYDESTÄ JA SAIRAUKSISTA, YHTEISÖ, SÄÄNNÖT JA TYÖNJAKO	15
3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	18
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	19
4.1 LAADULLINEN TUTKIMUS	19
4.2 TUTKIMUSAINEISTON HANKINTA.....	20
4.2.1 <i>Aineiston keruu ja haastattelun teemat.....</i>	20
4.2.2 <i>Kohderyhmä.....</i>	21
4.2.3 <i>Aineiston analysointi.....</i>	22
5 TUTKIMUSTULOKSET	24
5.1 SAIRAANHOITAJAN JA LÄÄKÄRIN YHTEISTYÖ	24
5.1.1 <i>Sairaanhoitajan ja lääkärin työ</i>	24
5.1.2 <i>Sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyö</i>	26
5.1.3 <i>Työhön liittyvät konkreettiset välineet</i>	26
5.1.4 <i>Akuuttiosasto työympäristönä.....</i>	27
5.1.5 <i>Arvot ja etiikka sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyössä</i>	28
5.1.6 <i>Roolit ja työnjako sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyössä.....</i>	29
5.2 SAIRAANHOITAJAN JA LÄÄKÄRIN VÄLISEN YHTEISTYÖN KEHITTÄMINEN.....	30
5.2.1 <i>Sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyön merkitys</i>	30
5.2.2 <i>Sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyötä edistäviä ja estäviä seikkoja....</i>	31
5.2.3 <i>Kehittämisaikatuksia sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyöhön liittyen....</i>	32
6 POHDINTA.....	36
6.1 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA.....	36
6.2 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS.....	36
6.3 JOHTOPÄÄTÖKSET	38
LÄHTEET	40
LIITTEET	445

1 JOHDANTO

Opinnäytetyöni käsittelee sairaanhoitajien ja lääkärien yhteistyötä. Sairaanhoitajien ja lääkärien yhteistyössä sekä työn organisoinnissa näyttää yleisesti olevan kehittämistä. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tutkia, mitä sellaista osastotyössä on löydettävissä, joka lisäisi sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyön onnistumisen kautta potilaan hyvää hoitoa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on viime vuosina läpikäynyt suuria muutoksia. Väestö ikääntyy ja osaltaan sen myötä palvelujärjestelmän toiminta mutkistuu. Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvu, työvoimapula, hoidon tehokkuusvaatimukset, hoidon siirtyminen entistä enemmän laitospainotteisesta hoitomallista avohoito-painotteiseen, sekä suuret palvelurakenteiden muutokset vaativat uusimaan toimintatapoja. (Markkanen 2002, 8.) Hoitoalan kiinnostavuutta voidaan lisätä sairaanhoitajien työnkuvaa ja vastuuta laajentamalla, sillä nämä seikat tuovat uutta haastetta. (Heikkilä – Paananen 2005, 163)

Osaava ja motivoitunut henkilöstö on sosiaali- ja terveysalalle erityisen tärkeä asia. Suuret ikäluokat ovat poistumassa työelämästä ja hoitoa sekä hoivaa tarvitsevien määrä on jatkuvasti lisääntymässä. Sosiaali- ja terveysalan työ on asetelmaltaan erityinen, sillä sitä säätelee ammattietiikan ohella kunnan poliittinen ja virkamiehistä koostuva johto talouteen liittyvine tavoitteineen, kuntalaiset ja asiakkaat. Eri tahojen vaatimusten yhteensovittaminen on työn mielekkyyden kannalta elinehto, sillä kovin etäällä toisistaan olevat kriteerit ja vaatimukset hajottavat työtä. (Haapakorpi – Haapola 2008, 16.) Työnjaon uudistuksilla voidaan vastata henkilöstöpulan aiheuttamiin ongelmiin ja työskennellä entistä kustannustehokkaammin. (Kärkkäinen – Tuominen – Seppälä – Karvonen, 2006)

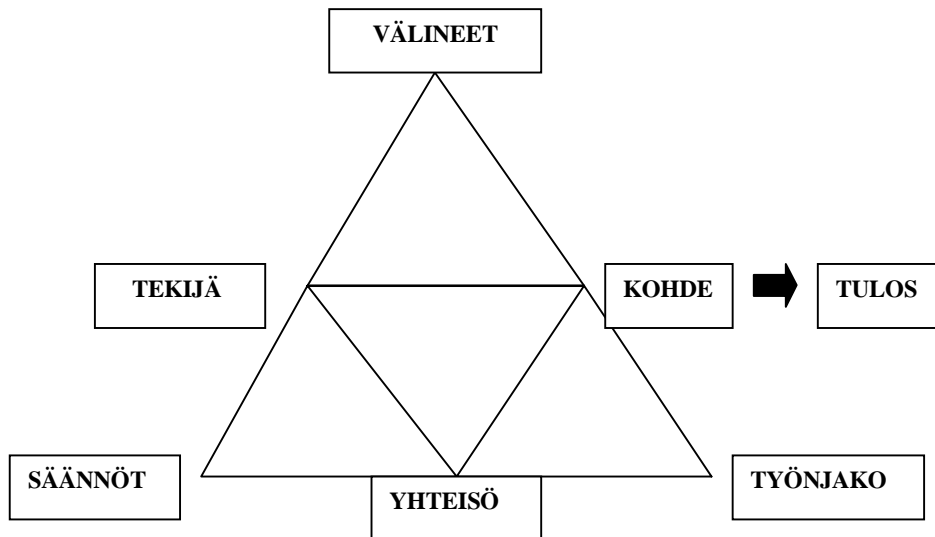
Sairaanhoitajat ovat terveydenhuollon suurin työntekijäryhmä. Sairaanhoitajien lisäksi lääkärit ovat toinen keskeinen ammattiryhmä, joka kantaa päävastuun potilaan hoidosta. Nämä kaksi ammattiryhmää työskentelevät välittömässä yhteistyössä keskenään, jolloin yhteistyön tulee olla hyvin sujuvaa ja mutkatonta. Jo 1970-luvulla on tutkittu, kuinka lääkärien ja sairaanhoitajien välillä vallitseva

myönteinen suhtautuminen vaikuttaa positiivisesti potilaan hoidon toteutumiseen. Yhteistyöllä ja kollegiaalisuudella on saavutettu parempia hoitotuloksia. Outisen (2009) sairaanhoitajien ja lääkärien yhteistyötä käsittelevän tutkimuksen mukaan toimiva yhteistyö lääkärien ja sairaanhoitajien välillä koettiin oleelliseksi ja keskeiseksi asiaksi. Tutkimuksessa kuitenkin todettiin myös, että yhteistyön toimivuudessa on kehitettävää. Kollegiaalisempaa yhteistyötä peräänkuulutettiin, vaikkakaan ammattiryhmät eivät voi olla kuitenkaan sananmukaisesti kollegoja keskenään mm. juridiikan, työnkuvan ja eri vastuualueiden vuoksi. (Outinen 2009.)

Opinnäytetyöni toimeksiantaja on Sairaala Lapponia, yhteyshenkilönä ylihoitaja Sirpa Lohi. Sain aiheen häneltä tiedusteltuani mahdollista tutkimuksen kohdetta ja otin aiheen mielihyvin vastaan, sillä voin hyödyntää tutkimuksesta saamaani tietoa tulevassa työssäni sairaanhoitajana. Tutkimuksella on myös yleistä mielenkiintoa, sillä sairaanhoitaja- ja lääkärripula vaatii etenkin pienissä sairaaloissa kehittämään toimivia ratkaisuja. Nyt on jo nähty että avosektorilla se on tuottanut tulosta ja myös esimerkiksi vastaanottoon kehitetyt asiantuntijasairaanhoitajien toimet ovat hyvä esimerkki työn organisoinnista ja toimivasta ratkaisumallista.

2 SAIRAANHOITAJAN JA LÄÄKÄRIN YHTEISTYÖ

Opinnäytetyöni viitekehys rakentuu suomalaisen professorin, Yrjö Engeströmin kehittämään, kulttuurihistorialliseen toiminnan teorian malliin pohjautuvaan lähestymistapaan työn ja organisaatioiden tutkimisesta ja kehittämisestä. (kuviokuva 1.) Malli perustuu 1980-luvulla L.S. Vygotskin, A.N. Leontjevin, A.R. Lurian ja heidän seuraajiensa alkuun saattamaan teoriaan. Lähestymistapaa kutsutaan kehittävän työntutkimuksen malliksi. (Engeström 1995, 45 – 46; Hartikainen 2008, 10). Tarkoitukseni on tutkia sairaanhoitajien ja lääkäreiden toimintaa mallin pohjalta ammatin ja asiantuntijuuden näkökulmasta.



Kuvio 1. Kehittävän työntutkimuksen malli (Engeström.1995)

Tutkimuksessani tekijänä esiintyvät sairaanhoitaja ja lääkäri ja tutkimuksen kohteena on yhteistyö. Tuloksena voidaan pitää yhteistyön onnistumista sekä sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyön hyödyntämistä potilaan hyvän hoidon edellytyksenä. Välineillä tutkimuksessa tarkoitetaan hoitotyön ja lääketieteen välineitä ja muita välineitä sairaalaympäristössä, kieltä ja informaatiota potilaan tilasta, tietoa terveydestä ja sairauksista. Yhteisönä tässä tutkimuksessa on sairaala ja akuuttiosasto. Säännöillä tarkoitetaan hoitotyön arvoja ja periaatteita, lääketieteen periaatteita, ammattietiikkaa, aseptiikkaa, lakeja ja asetuksia, työnjaolla taas lääkärin ja sairaanhoitajan roolia ja työnkuva.

2.1 Sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyö sekä asiantuntijuus

2.1.1 Sairaanhoitajan ammatin kuvaus

Terveydenhuollon suurimman ammattiryhmän muodostavat sairaanhoitajat, heitä on neljäsosa koko terveydenhuollon ammattilaisista. Sairaanhoitajan tutkinto on nykyisin ammattikorkeakoulututkinto.. Sairaanhoitajat tekevät itsenäistä ja vastuullista työtä, joka perustuu hoitotieteeseen sekä näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Sairaanhoitajat ovat aina potilaidensa asialla ja heitä varten. Samalla kun sairaanhoitajat hoitavat sairaita, he myös edistävät väestön terveyttä, kansanterveystyö on tärkeä osa jo sairaanhoitajan koulutusta. Sairaanhoitajat vastaavat hoitotyön kehittämisestä ja oman alansa asiantuntijuudesta sekä huolehtivat ammatin sisällön syventämisestä, osallistuvat koulutuksen

kehittämiseen sekä edistävät näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Sairaanhoidajakunnan asiantuntijuuden kasvu ja hyödyntäminen näkyvät väestön hyvinvointina. (Sairaanhoidajaliitto 2011.)

Florence Nightingale käsitti sairaanhoitajan roolin perinteisen naisen roolin jatkeeksi. Hän vaali hoitajissaan tottelevaisuuden ja hoivaamisen perinteitä. Hänen mukaansa hoidon ”pitäisi olla raittiin ilman, valon, lämmön, puhtauden ja hiljaisuuden oikeaa käyttämistä sekä oikean ruokavalion valitsemista ja noudattamista, potilaan omaa elinvoimaa säästäen” (Nightingale 1987) Nightingalen aikana hoito- ja auttamistoimenpiteiden tarkoituksena oli lievittää sodassa haavoittuneiden kipua ja kärsimystä. Nuo hoitamisen ja auttamisen piirteet kuuluvat yhä hoitotyöhön, mutta sairaanhoitajan rooli on laajentunut laajentumisestaan. Myös hoidon perustana oleva tietopohja on nykyisin huomattavasti laajempi ja monipuolisempi kuin ennen. (McMurray, 1993.)

Lauri (2007) viittaa Maailman terveysjärjestöön (WHO), jonka yleiskokouksessa vuonna 1956 määriteltiin viisi perustehtävää, jotka ehdottomasti kuuluvat koulutetulle sairaanhoidajakunnalle: heidän tulee antaa pätevää hoitoa sairaille ja invalideille ottaen huomioon heidän ruumiilliset, henkiset ja hengelliset tarpeensa siitä riippumatta, annetaanko hoito sairaaloissa, kodeissa, kouluissa vai tehtaissa. Sairaanhoidajien tulee antaa terveydenhoidollisia neuvoja potilaille ja heidän perheilleen kodeissa, sairaaloissa, parantoloissa, kouluissa ja tehtaissa, heidän tulee tehdä täsmällisiä huomioita potilaan ruumiillisesta ja henkisestä tilasta sekä niihin vaikuttavista olosuhteista sekä tiedottaa huomionsa toisille terveydenhuoltoryhmän jäsenille. Sairaanhoidajien tulee valita, kouluttaa ja ohjata alihoidohenkilökuntaa ja järjestää henkilökunta kunakin aikana potilaan tarpeiden mukaan. Sairaanhoidajien tulee ottaa osaa toisten terveydenhuoltoryhmien jäsenten kanssa väestön terveydenhuoltotarpeiden erittelyyn, tarvittavan huollon määrittelyyn ja suunnitteluun sekä tarvittavien toimenpiteiden harkintaan. (Lauri, 2007.)

Sairaanhoidajat ovat korkeimmin koulutettuja hoitotyön ammattilaisia. He tekevät itsenäistä ja vastuullista työtä, joka perustuu hoitotieteeseen. (Sairaanhoidajaliitto 2011.) Hoitotieteelliseen teoriaan kuuluvat sekä hoitotieteellinen ja

lääketieteellinen tieto, että ne perussäännöt, jotka opitaan työpaikkaharjoittelun aikana ja työkokemuksen kautta. Käytäntö ilman teoriaa ei tuota taitavaa käyttäytymistä monimutkaisia selviytymistaitoja edellyttävillä aloilla, jollainen hoitotyökin on. Todellinen asiantuntijuus saavutetaan vain, jos kumpaakin osalueta kehitetään ja arvostetaan. (Benner - Tanner - Chelsea, 1999.) Lääketieteellisen ja hoitotieteellisen tiedon ja opin käyttö on yksi osoitus sairaanhoitajan ammatillisesta tietämyksestä ja hänen asiantuntemuksestaan. (Eriksson – Pirttilä, 2002, 41.)

Sairaanhoitajaliiton (2011) mukaan asiantuntijoina toimivien sairaanhoitajien työssä korostuvat potilaslähtöinen, terveyskeskeinen ja kokonaisvaltainen ajattelutapa. Sairaanhoitajien asiantuntijuus rakentuu näyttöön perustuvaan hoitotyöhön ja heillä on asiantuntijoiden tietotaito tuoda hoitotyön näkökulma moniammatilliseen työryhmään. Sairaanhoitajat edustavat hoitotyötä laajasti - käytännön työssä toimivista sairaanhoitajista opettajiin, tutkijoihin ja johtajiin. Sairaanhoitajan ammatissa on välttämätöntä, että osaaminen lisääntyy ja ammattitaito kehittyy jatkuvasti ammattiuralla. Ammattiura alkaa opiskelujen alusta ja jatkuu koko työssäoloajan. Eettiset kysymykset ovat jatkuvasti läsnä hoitotyössä ja eettisen vastuun kantaminen vaatii sairaanhoitajilta syvällistä hoitotyön osaamista ja hoitotieteellistä ajattelua. Sairaanhoitajan työ on terveyttä edistävää toimintaa, jolla lisätään ihmisten kykyä hoitaa itseään. Sairaanhoitajat toimivat yhdessä potilaiden omaisten ja muiden läheisten kanssa ja vahvistavat näiden osallistumista potilaan hoitoon. Sairaanhoitajat kantavat vastuuta terveydellisten ja sosiaalisten elinolojen kehittämisestä maailmanlaajuisesti. Kollegiaalisuus sairaanhoitajan työssä tarkoittaa ammattiin sitoutumista, työtovereiden ohjaamista ja auttamista sekä halua tehdä yhteistyötä oman ammattikunnan kesken. (Sairaanhoitajaliitto 2011.)

2.1.2 Lääkärin ammatin kuvaus

Lääkärin koulutus kestää kuusi vuotta ja tavoitteena on lääketieteen lisensiaatin tutkinto. Tämän peruskoulutuksen jälkeen lääkäri anoo sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolta (Valvira) lupaa harjoittaa laillistetun lääkärin ammattia toisen johdon ja valvonnan alaisena. Saadakseen oikeuden harjoittaa yleislääkärin

ammattia itsenäisesti, laillistettuna ammattihenkilönä, tulee lääkärin suorittaa perusterveydenhuollon lisäkoulutus. Yliopistollinen koulutus antaa lääkärille hyvät perusvalmiudet, mutta lääketieteen nopea kehittyminen edellyttää täydennyskoulutusta koko ammattiuran ajan. Lääkärin työ on yhteistyötä. Ammatin kehittyminen on perustunut siihen, että kollegat ovat jakaneet kokemuksia ja tietoa toisilleen. Velvoite ammattitoverin auttamiseen ja kollegiaaliseen käyttäytymiseen on jo Hippokrateen valakaavassa. Suomalainen lääkärinvala edellyttää lääkärin suhtautuvan kollegoihinsa kunnioittavasti ja antavan heille apuaan aina, kun he potilaita hoitaessaan sitä pyytävät. (Suomen lääkäriliitto 2005.)

Suomen Lääkäriliiton mukaan lääkärin työ on antiikin ajoista alkaen perustunut vankkumattomiin toimintaa ohjaaviin moraaliarvoihin, lääkärin etiikkaan. Se on eettiseen asenteeseen perustuva oppi. Myös potilaat tietävät että lääkärin velvollisuus on ihmiselämän suojaaminen ja kärsimysten lievittäminen. Lääkäri pyrkii toimimaan eettisesti oikein hyvin laajasti, laajemminkin kuin kirjallisten eettisten ohjeiden mukaan. Lääkärin etiikka velvoittaa jokaista lääkäriä pitämään jatkuvasti yllä korkeaa ammattitaitoa ja arvioimaan koko ajan työnsä laatua. Ammattietiikka on tae siitä, ettei ammatin sisältämää itsenäistä asemaa väärinkäytetä. Se on siis ulkoisen kontrollin korvaava itsek kontrollin muoto. Ammattietiikkaan kuuluu kuitenkin myös kutsumuksellisia piirteitä, jotka tulevat esiin esimerkiksi lääkärin valassa. Tämä viittaa siihen, ettei lääkärin etiikka ole ainoastaan menettelytapoja ohjaava sääntöjen rypäs, vaan siihen liittyy myös lääkärin omaa persoonaa koskevia periaatteita. Lääkärin etiikan voi tulkita tarkoittavan sitä eettistä työtä ja niitä eettisiä ominaisuuksia, joita vaaditaan ammattilaiseksi tulemiseen. (Jauho 2004, 92.)

Lääkärien ammatti on vanha perinteinen ammatti ja tieteenala ja se voidaan luokitella professioksi. Vuonna 1985 ilmestyi teos "Educating a profession", jossa profession kriteereiksi lueteltiin seuraavat:

- Profi ssiot liittyvät sosiaali siin instituutteihin ja niitä ylläpidetään tärkeiden palveluiden tuottamiseksi yksilöille ja koko yhteiskunnalle.
- Jokaisella professiolla on nimetty tarvealue tai tehtävä.
- Professi o omistaa yhteisöllisesti tai yksilötasolla tietoperustan ja toimintamuodot joita tarvitaan ammatin harjoittamisessa

- Ammatin jäsenet ovat mukana päätöksen teossa, joka koskee asiakkaiden palvelua ja päätökset tehdään parhaimman saatavilla olevan tiedon ja teorioiden valossa.
- Professio pohjautuu yhteen tai useampaan tieteenalaan, joista saadaan perusta sovellutuksille ja taidoille.
- Professio on organisoitunut yhdeksi tai useammiksi ammatillisiksi järjestöiksi, jotka tulosvastuun laajoissa rajoissa, takaavat ammatin autonomian ja siihen liittyvät ehdot.
- Ammatilla on sovitut suoritusstandardit ammattiin pääsemiseksi.
- Koulutus ja ohjaus ammattiin tarjotaan sitä varten suunnitelluilla ohjelmilla korkeakouluissa tai yliopistossa.
- Yhteiskunnassa on korkea luottamus siihen, että ammatilla ja sen yksittäisillä jäsenillä on merkittävästi parempi kyky tuottaa palveluja kuin ne olisivat muulla tavoin saatavilla.
- Yksittäistä ammatin edustajaa luonnehditaan voimakkaalla palvelumotivaatiolla ja elinikäisille sitoutumisella pätevyyteen.
- Oikeus ammatin harjoittamiselle saadaan asiakkaalta tai palvelukseen ottavalta organisaatiota; tulosvastuu ammatillisen käytännön tasosta tietyissä tapauksissa kuuluu ammatille itselleen.
- On olemassa suhteellisen suuri vapaus suorasta työn valvonnasta ja suorasta yksittäisen ammatin harjoittajan julkisesta arvioinnista.

Professioammatin edustaja hyväksyy vastuun ammattinsa nimissä ja on vastuullinen ammattinsa kautta yhteiskunnalle. (Howsam - Corrigan – Denmark 1985, 6-7.)

Suomessa vain lääkäriellä on oikeus tehdä diagnoosi ja määrittää hoito, ottaa potilas sairaalahoitoon ja kotiuttaa hänet. Lääkärit ovat vastuussa omasta työstään paitsi potilailleen myös koko yhteiskunnalle. Professio on enemmän kuin ammattikunta. (Suomen lääkäriliitto 2005.)

Tähkä on vuonna 1977 yksilöinyt ominaisuuksia, jotka ovat hyvälle lääkärielle välttämättömiä tai suotavia. Lääkäriellä tulee olla valmius riittävien tietojen ja taitojen pitämiseen ajan tasalla. Myös empaattinen ja arvoa antava, kiinnostunut

suhtautuminen ihmisiin ja hyvä valmius kuunnella potilasta ovat lääkärille tärkeitä ominaisuuksia. Hyvän lääkärin tulee olla myös valmis havainnoimaan kaikkea potilasta koskevaa ja käyttämään havaintojaan johdonmukaisesti. Hyvä lääkäri on selvillä omista rajoituksistaan ja on valmis muuttamaan käsityksensä ja myös tarvittaessa myöntämään tekemänsä virheet potilaalle. Hyvältä lääkäriltä odotetaan ihmisen ja yhteisön terveystarpeisiin vastaamista, oman toimintansa ja työnsä laadun jatkuvaa arviointia ja parantamista, teknologioiden ihanteellista hyväksikäyttöä ajatellen sekä etiikkaa että taloudellisia kustannuksia, terveyden edistämisen taitoja sekä ryhmätyökykyä. (Tähkä, 1977.) Nämä ominaisuusvaatimukset ovat yhä edelleen päteviä hyvälle lääkärille.

2.1.3 Yhteistyö ja asiantuntijuus

Opinnäytetyössä yhteistyöllä tarkoitetaan kontakteja, jotka muodostuvat kohtaamisiksi kahden tai useamman ihmisen vuorovaikutustilanteissa. Näissä tilanteissa merkityksellisiä ovat henkilökohtaiset ominaisuudet (ikä, persoonallisuus, sukupuoli) ja professionaalinen osaaminen. (Laitinen, Ojaniemi, Tallavaara 2007, 96.)

Kykyä tehdä yhteistyötä pidetään ihmiskunnan evoluution kannalta tärkeänä ominaisuutena. Yhteisin ponnisteluin on läpi ihmisen kehityshistorian ratkottu eteen tulevia ongelmia sekä voitettu ulkoisia ja sisäisiä vihollisia. Nykypäivänä yhteinen tavoite on usein paljon vaikeammin havaittavissa. Kehitys edellyttää myös ihmisten yhteistoiminnan muuttumista ja tätä muutosta kuvaamaan on syntynyt uusia käsitteitä. Nykyaikainen työote edellyttää siis uusia ratkaisuja monella eri tasolla. Tässä kehitysprosessissa yhteistyötaidot yli ammatti- ja organisaatorajojen nousevat aivan uudella tavalla tärkeäksi osaksi ammatillista osaamista. (Outinen 2009.)

Haasteellinen työelämä ja sen muuttuminen yhä useammin tietojärjestelmien ja abstraktien käsitteiden kautta hallittavaksi, aiheuttaa sen että monimutkaiset toimintajärjestelmät edellyttävät yhä enemmän tiukkojen tehtävä- ja ammattirajojen purkamista (Launis, 1994, 1997). Yhä useampi uusi ja toimintaa uudistava ratkaisu

syntyy entisten ”reviirien” rajamaille. Asiantuntijat työskentelevätkin yhä useammin yhtäaikaisesti monissa sellaisissa tilanteissa, joissa he sovittavat asiantuntemustaan yhteen, milloin erilaisissa asiantuntijaryhmissä, milloin yhteistyötilanteissa erilaisten asiakkaitten kanssa. Erilaisissa tilanteissa syntyy monia erilaisia asiantuntemuksen yhdistelmiä. (Launis, 1997.)

Työelämän monimutkaistumisen lisäksi myös kasvava työmäärä voi olla yksi hyvä syy tehtävärajojen purkamiseen. Terveysthuollossa onkin viime vuosina alettu resurssipulan vuoksi kyseenalaistaa ja purkaa tehtävien välisiä rajoja. Suomalaisessa kirjallisuudessa ja hankkeissa terveydenhuollon eri ammattiryhmien välisestä työnjaosta ja sen kehittämisestä on käytetty useita eri termejä, esimerkiksi tehtävänkuvan laajentaminen, tehtävänsiirto ja delegointi. Työnjako tarkoittaa koko työyhteisön toiminnan kehittämistä niin että hoidon kokonaisuuden ja eri ammattiryhmien osaamisen näkökulmasta toiminta tarkoituksenmukaistetaan. Tehtävänkuvan laajentaminen taas tarkoittaa sitä että jonkin henkilöstöryhmän toimenkuvan uudistamista osaamisen kehittämisellä ja tehtäväalueen laajentamisella. Tehtävänsiirto tarkoittaa tehtävien siirtämistä ammattiryhmältä toiselle. (Hukkanen – Vallimies – Patomäki 2005, 12–13.)

Moniammatillinen yhteistyö käsitteenä ilmaantui 1980 -luvulla asiantuntijoiden ja eri ammattiryhmien yhteistyön kuvauksiin ja on sittemmin vakiintunut käyttöön. Moniammatillisesta yhteistyöstä käytetään myös käsitteitä sosiaalisesti jaettu kognitio, yhteisöllinen sekä jaettu asiantuntijuus, jotka parhaiten kuvaavat tätä moniulotteista yhteistyötoimintaa (Rekola – Isoherranen – Koponen 2005, 16.) Outinen (2009) esittää tutkimuksessaan, että moniammatillisessa yhteistyössä kysymys on viime kädessä yhteistyöstä, jota voidaan käyttää hyvinkin erilaisissa tilanteissa, esimerkiksi strategisessa suunnittelussa, hallinnollisissa ratkaisuisissa ja asiakkaan jokapäiväisten ongelmien ratkaisemisessa. Moniammatillisuus on haasteellista. Toisaalta pitää selvittää ja kirkastaa omaa erityisosaamista ja asiantuntijuuttaan ja toisaalta kyetä rakentamaan ryhmän yhteistä osaamista. (Outinen 2009.)

Sosiaali- ja terveystalouden moniammatillista yhteistyötä asiakastyössä voidaan kuvata eri asiantuntijoiden työskentelynä, jossa pyritään huomioimaan asiakkaan

kokonaisuus. (Isoherranen, 2005) Asiakkaiden huomioimisen edellytyksenä on että yhteistyötä tehdään ammattikuntien ja sektorien yli ulottuvana ja asiantuntemus sekä osaaminen yhdistetään asiakkaan tarpeiden mukaan. Sieppi esittää tutkimuksessaan että kun ammatillinen toiminta on yhteisöllistä, saatavissa oleva tiedon määrä voidaan mitata yksilöiden välisten yhteyksien, ei vain yksilöiden tietomäärän mukaan. Huonosti toimivaa verkostoa voidaan vahvistaa parantamalla yhteistyötä. (Sieppi, 2008) Yhteisöllisen osaamisen edellytyksenä on Koivusen mukaan yksilöiden taito ja halu jakaa tietoa muiden kanssa, vaikkakaan kaikille se ei aina ole helppoa. Esimerkiksi pelko siitä, että omat ideat varastetaan tai niitä väärinkäytetään, puutteelliset vuorovaikutustaidot tai liiallinen kilpailu ammatillaisen joukossa voi Koivusen mukaan estää tiedon jakamista. Samassa artikkelissa Koivunen mainitsee että eräs yhteisöllistä asiantuntijuutta edistävä tekijä on erilaisen osaamisen ajattelutapojen sekoittumista edesauttavat käytännöt. (Koivunen 2005, 43.)

Leppänen ja Puupponen (2009) ovat käsitelleet asiantuntija-käsitettä opinnäytetyössään hoitotyön asiantuntija-käsitteen määrittelystä. He toteavat että asiantuntija -käsitettä voidaan käyttää monella eri tavalla. Asiantuntijuuden käsite perustuu hyvin perinteisiin professioammatteihin, kuten lääkärit ja lakimiehet. Talouden ja työelämän muutosten myötä on syntynyt suuri määrä uusia, korkeaa koulutusta ja tiettyjen erityisalojen osaamista vaativia ammatteja. (Leppänen – Puupponen, 2009.) Laajasti ottaen kaikilla ammattiryhmillä on oma erityinen asiantuntija-alansa, johon ammattitieto ja -taito hankitaan pitkän, monivuotisen koulutuksen ja sitä täydentävän työkokemuksen kautta. (Aitta 2007, 7) Asiantuntija-käsite on muuttunut alkuperäisestä tarkoituksestaan peruskäsitteeksi, joka tarvitsee tarkempaa määrittelyä kertoakseen asiantuntijuuden tasosta, alasta ja vaatimuksista. (Korhonen 2008, 10)

Asiantuntijan osaaminen muodostuu neljästä osa-alueesta: organisaatio, uudistuminen, yksilö ja toiminta. Osa-aluejako on ymmärrettävä analysoinnin ja kuvauksen välineeksi. Todellisuudessa osaamisessa ei ole selkeitä rajoja, vaan osaaminen esittäytyy käytännön työssä kokonaisuutena, jossa eri tilanteissa erilaiset osaamisvaatimukset painottuvat eri tavoin. Asiantuntijan on hallittava

hyvin kyseessä olevan ammatin tiedolliset ja taidolliset vaatimukset. Kuitenkin toimittaessa jossakin työyhteisössä ei tämä vielä riitä, vaan on hallittava myös laajemmin työelämän pelisääntöjä. Jokaisella ammattikunnalla on olemassa yhteisiä tavoitteita ja toimintaohjeita. (Helakorpi, 2005.)

Työelämän muuttuessa yhä monimutkaisemmaksi ja vaikeammin hallittavaksi tulee asiantuntijuudesta haasteellisempaa. Työelämän viimeaikaiset suuret organisatoriset muutokset perustuvat joustavuuteen, asiakaskeskeisyyteen ja korkeatasoiseen laatuun. Työtehtävät ovat muuttuneet vastuullisemmiksi, laajalaisemmiksi ja itsenäisemmiksi. Enää ei riitä yhden ihmisen, yhden alan osaaminen, vaan tarvitaan yhä enemmän monen asiantuntijan yhteistyötä. Kun aikaisemmin suoriuduttiin peräkkäisillä erikoistuneilla suorituksilla, nykyään tarvitaan yhtäaikaista ja rinnakkaista toimintaa. Organisaatiot ovat kehittyneet ja monessa työpaikassa se on johtanut asiantuntijatiimeihin. Asiantuntijatiimien itseohjautuessa asiantuntijat nojautuvat toistensa tietoon ja taitoon, vaikuttaen samalla toisiinsa. Näin seurauksena on asiantuntijan tiimioppimista ja osaamisalueen kasvua. Vastauksen työelämän uusille vaatimuksille antaa myös kollektiivinen asiantuntijuus, jolla tarkoitetaan osaamista yhdessä. (Helakorpi 1999, 7; Koivunen 2005, 32.)

Olipa kyseessä kuinka pätevä asiantuntija tahansa, hän ei voi hankkia sitä kaikkea tietoa, jonka asiantuntijat yhdessä omaavat. Kollektiivinen asiantuntijuus on tulos, joka saavutetaan ryhmän vuorovaikutuksessa (Hansson 2003,15.). Kollektiivinen asiantuntijuus perustuu luottamukseen, avoimuuteen ja vastavuoroisuuteen ja sen edellytyksenä on että yhteinen tavoite asetetaan omien etujen tavoittelemisen edelle. Potilaan hoitotyössä ammatillinen yhteisöllinen identiteetti syntyy kaikkia yhdistävän moraalijärjestyksen kautta: potilashoito on kaikkia moraalisesti velvoittava tekijä. Ammatillista kollektiivisuutta syntyy tämän moraalijärjestyksen kautta myös eri ammattiryhmien välille. Potilaan etujen puolesta työskenteleminen on tekijä, joka ei erottele ammattiryhmiä toisistaan, vaan pikemminkin yhdistää erilaisia ammatillisia intressejä. (Eriksson 2002, 169.)

Outinen (2009) tähdentää tutkimuksessaan että kollektiivinen eli yhteisöllinen asiantuntijuus on tärkeää, koska asiantuntijatyö ja asiantuntijaorganisaatiot

kohtaavat yhä nopeutuvan työelämän muutokset, johon työntekijät eivät pysty vastaamaan yksilösuorituksilla. Tuotannon joustavuus- ja laatuvaatimuksiin on viime vuosien vastauksena ollut inhimillisten resurssien järjestäminen tiimityöksi. Outinen viittaa Vähäaho (2002) toteamalla että eri asiantuntijoiden ja asiakkaan yhteistoiminnan solmu on leikkauspiste, johon moni osaaja antaa panoksensa prosessin eri vaiheissa monia välineitä käyttäen. (Vähäaho, 2002)

Lääkärit ovat ammatin professiostatuksen perusteella itseoikeutetusti alansa parhaita asiantuntijoita. Sairaanhoidon ja perushoidon luokiteltiin asiantuntijatyöksi vuoden 1997 ammattiluokituksessa, jossa sairaanhoitajat määriteltiin erityisasiantuntijoiksi ja perushoitajat asiantuntijoiksi. Vuoden 2001 (ja samoin vuoden 2010) luokituksessa sairaanhoitajat saivat vain asiantuntijan luokituksen ja perushoitajat hoitotyöntekijän statuksen. Verrattaessa hoitotiedettä lääketieteeseen oli varhaisen sosiologian tutkimuksen tavoite selvittää, vastasiko hoitotyö niitä perusteita, joiden perusteella lääketieteellinen ammattikunta oli sosiologiassa määritelty professioksi. Näiden varhaisten tutkimusten mukaan hoitotyö sijoitettiin kuitenkin semiprofessioksi. (Riskä & Wrede 2004, 43.)

Sairaanhoidon ja lääkärin ammatilliset ja asiantuntijuuserot pohjautuvat eri tieteenaloihin eli lääketieteeseen ja hoitotieteeseen. Lääketieteellinen tieto perustuu ensisijaisesti kemiaan ja biologiaan ja ennakoii mm. erilaisten kajoavien prosessien aiheuttamia kemiallisten koostumusten ja biologisten tapahtumien muutoksia. Lääketieteen ollessa teoreettinen tiede, hoitotieteen tehtäväksi on muodostunut lääketieteen teorian soveltaminen, jolloin on mahdollista paljastaa teorioiden vahvuudet ja rajoitukset. Käytännön hoivana hoitotyö kokonaan ylittää teorian osoittaen että milloin inhimillisyys on vaakalaudalla, silloin tarvitaan tietynlaista intuitiota, jota järkipäisellä teoriolla ei pystytä koskaan saavuttamaan. (Tanner – Benner – Chelsea, 1999.) Myös ammattien historiallinen tausta vaikuttaa eroavaisuuksiin. Mutta vaikka lääkäreillä on etiikkaan ja professioon perustuva yksinoikeus ammatinharjoittamiseen, ei sairaanhoitajankaan työhön ole oikeutta kuin rekisteröidyllä ja koulutetulla ammattihenkilöllä. (Markkanen 2002,10)

Eräs, muttei suinkaan vähäisin näkökulma yhteistyöhön asiantuntijuudessa on se seikka, että asiantuntijan puuttuminen voi aiheuttaa pahimmillaan potilaan

kuoleman tai pysyvän vammautumisen. Useassa tapauksessa potilas on pelastunut siksi että paikalla on ollut ainakin yksi asiantuntijataso ammattilainen, joka voi yhtä hyvin olla niin lääkäri kuin sairaanhoitaja. Potilaan hoitotyön toimijoiden tulee tunnistaa alemmalla asiantuntijuuden tasolla olevien työtovereidemme heikot kohdat sekä tarkastella niiden mahdollisia vaikutuksia heidän potilaisiinsa, voidakseen tuntea ylpeyttä asiantuntijuuden onnistumisista. (Benner – Tanner – Chelsea, 1999.)

Isoherranen toteaa että asiantuntijatyön rajoja ovat tällä hetkellä asiantuntijan ja asiakkaan väliset rajat, sisällöllisen asiantuntemuksen väliset reviirirajat ja organisaatioiden hierarkkiset rajat. Rajojen ylityksillä voidaan tarkoittaa organisaatioiden, yhteisöjen ja roolien rajoja koskevien sääntöjen sovittuja ylityksiä asiakaslähtöisesti ja joustavasti työskennellessä. Asiakaslähtöisyys edellyttääkin joustavuutta ja rajojen ylittämistä. (Isoherranen, 2005.) Rajojen ylitykset eivät onnistu pelkästään yhteisissä kokouksissa ja keskustellen. Rajojen ylittäminen edellyttää konkreettista toimintaa, esimerkiksi yhteisiä kokeiluja, yhteisiin tilanteisiin menoa, siirtymistä työskentelemään toisen ”reviirille”. Edellä mainitut tilanteet ovat sellaisia, joissa asiantuntija joutuu kohtaamaan erilaisuutta. (Launis, 1997.)

2.3 Päämääränä potilaan hyvä hoito

Sairaanhoitajan ja lääkärin työllä on yhteinen päämäärä, potilaan hyvä hoito ja niin ollen tulisi näiden kahden ammatin välistä toimintaa tehdä joustavammaksi ja yhteistyötä helpommaksi. Outinen (2009) toteaa tutkimuksessaan että koko terveydenhuollon ja luonnollisesti myös potilaan kannalta on ensiarvoisen tärkeää että eri ammattiryhmien yhteistyötä kehitetään. (Outinen 2009, 6)

Sairaanhoitajat ja lääkärit ovat päivittäin työssään tiiviissä yhteistyössä. Yhteistyön oletetaan olevan helppo, tuloksia saavuttava ja myönteinen ratkaisu asiakaslähtöisessä hoidossa, mutta avoin keskustelu ja eri näkökulmien esiintuonti voi nostaa esille ristiriitoja ja konflikteja.

Parhaimmillaan moniammatillinen yhteistyö toteutuu, kun asiat käsitellään perustellusti ja avoimesti läpi työryhmän sisällä. Se edesauttaa luottamuksen syntyä ja lisää jäsenten välistä ymmärrystä. Jämäkkä, avoin ja rehellinen kommunikaatio vaikuttaa hoitajien ja lääkäreiden väliseen yhteistyöhön positiivisesti. Epävarmalla, itseä ja omia tietoja vähättelevällä ilmaisulla voi olla negatiivinen vaikutus. Kommunikaatiossa voi tapahtua väärinymmärryksiä. (Blickensderfer 1996.)

Yhteistyötä vaikeuttavat toimimattomat ihmissuhteet ja toisen työn kunnioittamisen puute. Edellinen voi johtua persoonallisuuseroista ja kiireestä, jälkimmäinen hierarkiasta ja siitä, ettei eroista ole keskusteltu (Mäkelä – Leino-Kilpi - Suominen 2000; Henneman – Lee – Cohen 1995.) Larsonin mukaan puutteet hoitajien ja lääkäreiden yhdessä työskentelyssä, jaetussa päätöksenteossa ja kommunikaatiossa voidaan katsoa epäeettisiksi, koska potilaan tarpeet eivät ole tällöin etusijalla. (Larson, 1999) Työ pirstaloituu hyvin helposti, kun jokainen hoitaa vain oman osaamisalueensa, yhteistä keskustelun mallia ei ole eikä tietoa koota systemaattisesti yhteen. Dialogin välttämättömyys on aivan yhtä ilmeinen asiantuntijoiden välisessä yhteistyössä kuin tieteessä yleensäkin. Sosiaali- ja terveysalalla työskentelevät rinnakkain niin eri tieteenaloja edustavat kuin käytännön työtä tekevät asiantuntijatkin. Eri tiedeperusta saa aikaan sen, että ilmiöitä käsitellään eri tavalla. Yhteiseen merkitykseen pyrkivä keskustelu on silloin erityisen tarpeellista. (Isoherranen, 2005.)

Sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyöllä on yhteinen päämäärä: olla mukana järjestämässä terveyden edistämisen palveluja asiakkaille. Vaikka ihminen viimekädessä luo valinnoillaan oman elämänsä, on moniammatillisen yhteistyön tavoitteena ihmisen oman hallinnan tunteen vahvistaminen (Pietilä, 2000). Palvelu- ja hoitoketju niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin, sisältävät toiminnan, palvelun, tutkimuksen, toimenpiteet, kuntoutuksen ja hoivan, jota potilaan tai asiakkaan terveysongelman tai terveydenedistäminen edellyttää. Jotta saadaan aikaiseksi saumaton hoito- ja palveluketju, edellyttää se kokonaisuuden hallintaa organisaatio- ja ammattikuntarajat ylittävällä yhteistyöllä. (Koponen, Hakulinen & Pietilä, 2000.) Yhteistyö luo toisia tukevaa ilmapiiriä. Se lisää ihmisen itsearvostuksen tunnetta, vaikuttaa mielenrauhaan ja ammattien

väliseen yhteydentunteeseen. Tuotteliaisuus ja tehokkuus lisääntyvät. Vaikutukset ilmenevät myös työtyytyväisyytenä ja työpaikassa pysymisenä. Tämä kaikki hyödyttää potilaita (Henneman – Lee – Cohen, 1995; Blickensderfer 1996.)

Baggs ja Schmitt ovat kehittäneet mallin sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyöstä. Siinä potilashoidon kehittyminen on kuvattu toiminnan nopeutumisen, informaation maksimoimisen ja hoidon suunnittelemisen kautta. Työhyvinvoinnin lisääntyminen nähdään mallissa oppimisen tuottamana hyötynä. Yhteistyön tuloksina on myös huomioitu kustannusten hallinta. (Baggs – Schmitt, 1997)

Potilaan hyvä hoito lähtee näyttöön perustuvasta hoitotyöstä. Suomessa näyttöön perustuvan toiminnan edistäminen on kirjattu keskeisimpiin kansallisiin terveystieteisiin asiakirjoihin, kuten esimerkiksi uuteen terveydenhuoltolakiin (1326/2010, 8 §). Näyttöön perustuvan toiminnan tarkoituksena on potilaan mahdollisimman hyvä ja vaikuttava hoito. Oikean hoidon valinta edellyttää että päätösten tukena käytetään parasta mahdollista tutkimusnäyttöä. Mitä luotettavampaan tietoon päätöksenteko perustuu, sitä paremmin potilaan hoidon tarpeisiin voidaan vastata. Tieto hoitomenetelmien vaikuttavuudesta auttaa myös välttämään sellaisten hoitomenetelmien käyttöä, joilla ei ole vaikutusta tai joiden vaikutus voi aiheuttaa haittaa potilaalle. Potilaan hyvä hoito tarkoittaa myös sitä että hoidonvaihtelu ei ole hoitopaikasta tai hoidon toteuttajasta riippuvainen. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2011.)

2.4 Hoitotyön, lääketieteen ja muut välineet sairaalaympäristössä, kieli ja informaatio potilaan tilasta, tieto terveydestä ja sairauksista, yhteisö, säännöt ja työnjako

Sairaalassa potilaan hoitoon liittyviä välineitä ovat potilaan hoitotyössä käytettävät välineet, esimerkiksi verenpainemittari, stetoskooppi, instrumentit, neulat, ruiskut, lääkkeet, apuvälineet ym. Hoitamiseen läheisesti liittyvät välineet, esimerkiksi tieto- ja sanelukoneet, puhelin, potilaspaperit jne. Kieli ja informaatio potilaan tilasta taas tarkoittavat epikriiseistä ja potilasta haastatteleamalla saatua tietoa, potilaan omaisilta tai muilta terveydenhuollon ammattilaisilta hankittua tietoa

potilaasta. Tiedon terveydestä ja sairauksista lääkärit ja sairaanhoitajat ovat saaneet koulutuksensa myötä ja lisäävät sitä jatkuvasti klinisen työskentelyn ohessa.

Tämän tutkimuksen yhteisö on Sairaala Lapponia ja akuuttiosasto. Sairaala Lapponia on Kemijärven aluesairaalan ja terveyskeskuksen fuusiosta syntynyt kaupungin sairaalatyyppinen kokonaisuus, joka tarjoaa perusterveydenhuollon palveluja lähinnä Kemijärven kaupungin asukkaille ja erikoissairaanhoidon palveluja kaikille niitä tarvitseville. (Kemijärven kaupunki, 2012)

Akuuttiosasto on yhdistetty sisätautien ja kirurgian vuodeosasto. Osastolla on myös valmiudet akuuttien sydänpotilaiden valvontaan ja hoitoon. Sairaalan leikkausosasto toimii jaksoittain ennalta suunniteltuina aikoina ja akuuttiosastolla toteutetaan kirurgisten potilaiden tarvitsema vuodeosastohoito. (Kemijärven kaupunki, 2012.)

Säännöt yhteisössä merkitsevät työtä ohjaavia lakeja ja asetuksia. Perustuslain säädös velvoittaa julkista valtaa, valtiota sekä kuntaa turvaamaan jokaiselle riittävät tai tietyt vähimmäistason mukaiset sosiaali- ja terveyspalvelut, tähän ei saa vaikuttaa minkäänlaiset sosioekonomiset seikat. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä voidaan erottaa yleislait sekä erityislait, jotka säätelevät tiettyjä aloja erikseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut järjestetään ensisijaisesti juuri yleislakien perusteella. Henkilöillä, jotka eivät saa riittäviä palveluja yleislakien perusteella, on oikeus erityislaeissa säädettyihin palveluihin. Terveyspalvelujen yleislakeja ovat kansanterveyslaki (66/1972) ja erikoissairaanhoidolaki (1062/1989). Terveyspalvelujen käyttäjien asemaa säätelee laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). (Raunio, 2008.)

Säännöt yhteisössä merkitsevät myös hoitotyön ja lääketieteen arvoja ja periaatteita, esimerkiksi potilaskeskeisyys, yksilövastuinen hoitotyö, kokonaisvaltainen hoitotyö, potilaan itsemääräämisoikeus, ammattietiikka, aseptiikka, tehtävät eri työvuoroissa, vierailuajat, potilaiden sijoittaminen osastolle.

Työnjako osastolla merkitsee terveydenhuollon ammatinharjoittamisesta säädettyjä asioita, jotka löytyvät laista (559/1994) ja asetuksesta (564/1994) terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Ammattihenkilölaissa määritellään ne terveydenhuollon ammattihenkilöt, jotka lain mukaan ovat oikeutettuja toimimaan tietyssä terveydenhuollon ammatissa ja käyttämään asianomaista ammattinimikettä. Terveydenhuollon ammattihenkilöitä ovat laillistetut ammattihenkilöt tai ammatinharjoittamisluvan saaneet ammattihenkilöt ja nimikesuojatut ammattihenkilöt, joilla on oikeus käyttää asetuksella säädettyä ammattinimikettä. Ammattihenkilölain tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palvelujen laatua varmistamalla, että laissa tarkoitettulla ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet, sekä Ammattihenkilölaissa määritellään terveydenhuollon ammattihenkilöt ja heidän yleiset velvollisuutensa sekä lääkärin ja hammaslääkärin erityiset oikeudet ja velvollisuudet. Lain 2 §:n mukaan laillistetut, luvan saaneet tai nimikesuojatut ammattihenkilöt voivat toimia koulutuksensa, kokemuksensa ja ammattitaitonsa mukaisesti toistensa tehtävissä silloin, kun se on perusteltua työjärjestelyjen ja terveystalvelujen tuottamisen kannalta. (STM, 2006.)

Työnjako ilmenee myös osaston jaotteluna eri moduuleihin, joissa moduulikohtaiset hoitajat työvuorossa, lääkärin ja sairaanhoitajan omina työtehtävinä, esimerkiksi että lääkäri tutkii potilaan ja antaa lääkemääräykset ja sairaanhoitaja toteuttaa lääkehoidon ja auttaa potilasta päivittäisissä toiminnoissa.

3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimukseni tavoitteena on tutkia kuinka akuuttiosastolla työskentelevät sairaanhoitajat ja lääkärit kuvaavat yhteistyötään. Tutkimuksen tuloksia on mahdollista käyttää tulevaisuudessa toiminnan kehittämisessä sekä sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyön suunnittelemisessa.

Tutkimustehtävät ovat:

- miten sairaanhoitajat ja lääkärit kuvaavat yhteistyötä osastolla?
- miten sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyötä on mahdollista kehittää?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Laadullinen tutkimus

Tutkimusmenetelmänä opinnäytetyössäni käytin laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Valitsin laadullisen menetelmän koska tarkoituksena oli etsiä vastauksia kysymyksiin joita ei voi mitata määrällisesti ja koska halusin tutkia haastateltavien omiin kokemuksiin perustuvia näkemyksiä, ja laadullinen menetelmä sopii siihen hyvin.

Tutkimukseni aihe on sairaanhoitajien ja lääkärien kokemukset yhteistyöstä ja laadullinen tutkimusote antaa mahdollisuuden tutkia aihetta vapaammin, tiedon keruun väline on haastateltava ihminen, joka seikka mahdollistaa tutkittavien omien näkökulmien esille pääsemisen.

Laadullisessa tutkimuksessa on kyse aineistolähtöisestä analyysistä. Liikkeelle lähdetään ilman ennakoasettamuksia tai määritelmiä. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijalla ei ole minkäänlaisia valmiita ennako-olettamuksia tutkimuskohteesta tai tutkimuksen tuloksista. Aineistojen avulla tutkija pystyy löytämään uusia näkökulmia, eikä vain todentamaan ennestään epäilemäänsä. Laadullisessa tutkimuksessa olisikin tarkoitus, että tutkija ennemminkin yllättyisi ja oppisi tutkimuksen edetessä. (Eskola - Suoranta 2000, 19–20.)

Laadullisen tutkimuksen eri lähestymistavoille on yhteistä se, että niiden tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja. Laadullinen tutkimus on kokonaisvaltaista tiedonhankintaa, jossa saadusta aineistosta pyritään löytämään yleisiä yhtäläisyyksiä ja luomaan niistä käsitteitä. Laadullinen tutkimus kuvaa todellista elämää, ja tavoitteena on ymmärtää tutkimukseen osallistujan näkökulmia. Tavoitteena ei ole tuottaa yleistettävää tietoa, vaan sen sijaan pyritään kuvaamaan jotain tiettyä ilmiötä tai toimintaa. (Janhonen, Nikkonen, 2001) Lähtökohtana kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen. Tähän sisältyy ajatus siitä että todellisuus on moninainen. Tutkimuksessa on kuitenkin otettava huomioon että todellisuutta ei voi pirstoa mielivaltaisesti osiin. Tapahtumat muovaavat

samanaikaisesti toinen toistaan ja onkin mahdollista löytää monensuuntaisia suhteita. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi – Remes - Sajavaara 2009, 161.)

4.2 Tutkimusaineiston hankinta

4.2.1 Aineiston keruu ja haastattelun teemat

Käytin tutkimusaineiston hankintaan yksilöhaastatteluita. Haastattelun etuna on se, että siinä voidaan säädellä aineiston keruuta joustavasti tilanteen edellyttämällä tavalla ja vastaajia myötäillen. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara, 2009)

Haastattelut suoritin teemahaastatteluna, joka on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä. Teemahaastattelulle on tyypillistä että haastattelussa edetään tiettyjen valmiiksi valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten mukaan. Teemahaastattelun etuna on se, että teema voi nostaa esille aiheita, joita ei tarkasti suunnatuilla kysymyksillä välttämättä saada katettua. Haastattelun tarkoituksena on löytää merkityksellisiä vastauksia tutkimustehtäviin. Tämä haastattelumenetelmä korostaa sekä ihmisten antamia merkityksiä että heidän subjektiivisia tulkintojaan aiheista. (Hirsjärvi – Hurme 2008, 48; Tuomi – Sarajärvi 2009, 75.) Toisin kuin arkikeskusteluissa, tutkimushaastattelulla on erityinen tarkoitus ja erityiset osallistujaroolit: haastattelija on tietämätön osapuoli ja tieto on haastateltavalla, haastatteluun on ryhdytty tutkijan aloitteesta ja tutkija myös yleensä ohjaa tai vähintäänkin suuntaa keskustelua tiettyihin puheenaiheisiin. (Ruusuvuori – Tiittula, 2005.)

Pyysin tutkimusluvan ylihoitaja Sirpa Lohelta ja sen saatuani, teimme toimeksiantosopimuksen. Otin jokaiseen haastateltavaan yhteyttä henkilökohtaisesti, kerroin opinnäytetyöni aiheesta ja kysyin olisiko hän valmis ottamaan osaa tutkimukseen ja kaikki kysymäni henkilöt suostuivat. Kerron osallistumisen olevan luottamuksellista ja vapaaehtoista. Sovin jokaisen kanssa haastatteluajan haastateltavan toiveen mukaan ja annoin jokaiselle lomakkeen haastattelun teemoista etukäteen mietittäväksi. (liite 1) Tein myös suostumuslomakkeen haastattelun nauhoitusta varten, jonka haastateltavat

allekirjoittivat. (liite 2) Haastatteluita tehtiin sekä haastateltavien työpaikalla sairaala Lapponiassa että haastateltavien kotona, haastateltavan oman toiveen mukaan. Teemahaastattelun paikan tulee olla rauhallinen ja haastateltavalle turvallinen, sillä se edellyttää hyvää kontaktia haastateltavaan. (Hirsjärvi – Hurme 2000) Nauhoitin kaikki haastattelut sanelukoneella. Teemahaastattelun luonteeseen kuuluu haastattelujen tallentaminen muodossa tai toisessa. Vain tällä tavalla haastattelu saadaan sujumaan nopeasti ja ilman katkoja ja haastattelijan pystyminen toimimaan ilman paperia ja kynää edesauttaa mahdollisimman luontevan ja vapautuneen keskustelun aikaan saamista. (Hirsjärvi – Hurme 2000.)

Tein haastattelututkimustani varten haastattelulomakkeen. Lomakkeeseen rakensin viisi teemakysymystä, joiden uskoin antavan vastauksia tutkimustehtäviin. Kysymykset perustuivat kehittävän työntutkimuksen malliin. Taustakysymyksenä kartoitin osallistujan työkokemusta vuosina. Neljä pääkysymystä käsitteli haastateltavan käsityksiä sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyöstä akuuttiosastolla eri näkökulmista ja lopuksi esitin kysymyksen osallistujan kehittämisajatuksista yhteistyön näkökulmasta.

4.2.2 Kohderyhmä

Valitsin haastateltaviksi kolme lääkäriä ja kolme sairaanhoitajaa. Työkokemus haastateltavilla vaihteli kolmesta kolmeenkymmeneenviiteen vuoteen ja haastateltavissa oli sekä miehiä että naisia. Haastateltavat lääkärit työskentelevät eri yksiköissä, vain yksi päätoimisesti tutkimuksen kohteena olevalla osastolla, mutta kaikki hoitavat siellä potilaita päivystysvuorollaan. Näiden lääkärin valintaperusteena oli monipuolinen näkökulma eri sukupuolien ja osastolla suoritettavien erilaisten työkuvien perusteella.

Haastatellut sairaanhoitajat työskentelevät kaikki tutkittavalla osastolla, sillä muissa yksiköissä työskentelevät sairaanhoitajat eivät omaa minkäänlaista kosketuspintaa akuuttiosastoon. Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että henkilöt joilta tietoa kerätään, tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tai heillä on kokemusta asiasta. (Tuomi – Sarajärvi, 2009.) Kvalitatiivisessa

tutkimuksessa on päällimmäisenä tavoitteena ymmärtää tutkimuskohdetta. Aineistona voi olla vaikkapa vain yksi tapaus tai yhden henkilön haastattelu. Toisaalta aineisto voi käsittää joukon yksilöhaastatteluja. Koska tarkoituksena ei ole etsiä keskimääräisiä yhteyksiä eikä tilastollisia säännönmukaisuuksia, aineiston koko ei määräydy näihin perustuen. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara, 2007)

4.2.3 Aineiston analysointi

Valitsin aineiston analysointimenetelmäksi teorialähtöisen sisällönanalyysin. Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä. Analyysin tarkoitus on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Aineiston käsittely perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan, jossa aineisto aluksi hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudestaan uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. (Tuomi – Sarajärvi, 2009.)

Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn tietoaineiston tiivistämistä niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla tai että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeinä esille. Analysoitava informaatio voi olla laadullista, kuten kertomuksia, tai se voi olla kvantitatiivisesti mitattavia muuttujia. Sisällönanalyysissa on olennaista, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineistoa kuvaavien luokkien tulee olla toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. Empiirisyyden haaste liittyy käsitteiden perustelemiseen sekä käsitteellisesti että empiirisesti. Tekstin sanat, fraasit tai muut yksiköt luokitellaan samaan luokkaan merkityksen perusteella eli ne merkitsevät samaa asiaa. (Janhonen – Nikkonen, 2001.)

Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä aineiston luokittelu perustuu käsitejärjestelmään, teoriaan tai teoreettiseen viitekehykseen. Tällöin analyysin tekoa ohjaa jonkinlainen malli, käsitekartta tai erilaiset teemat. Myös tutkijan oma ennakkokäsitys asiasta voi olla lähtökohtana. (Tuomi – Sarajärvi, 2009, 99.) Tässä tutkimuksessa haastatteluista saatu aineisto käsiteltiin tutkimuskysymysten sekä

teoreettisen viitekehyksen kautta. Näiden ulkopuolelle jäävät asiat karsittiin tietoisesti pois, sillä niiden merkitys tutkimuksen kannalta oli epäolennainen.

Teorialähtöistä sisällönanalyysia käytettäessä on tutkimuksen teoreettisessa osassa jo hahmotettu valmiiksi esimerkiksi kategoriat, joihin aineisto suhteutetaan (Tuomi - Sarajärvi 2009, 100). Tässä opinnäytetyössä yläkategoriat muodostuivat tutkimuskysymyksistä ja alakategoriat kehittävän työntutkimuksen mallin mukaan, edellä mainittujen teemojen perusteella: tekijä, tulos, välineet, yhteisö, säännöt ja työnjako. Tehty päätös ohjasi myös analyysivaihetta.

Aloitin analyysin kirjoittamalla haastattelut auki sana sanalta. Tämän jälkeen luin haastatteluja useasti läpi, kunnes ne alkoivat saada jonkinlaista rakennetta mielessäni. Pelkistin vastaukset myös ilmaisuiksi, jolloin luokittelu helpottui. Seuraavaksi ryhmittelin vastauksia erilaisin tavoin eri kategorioihin merkiten eri teemat eri värillä. Usean erilaisen ryhmittelyn jälkeen vastaukset asettuivat omiin luokkiinsa, joista analyysi oli helppo tehdä

Analyysin jaottelin tutkimuskysymyksiä vastaavasti kahteen pääkategoriaan: sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyön kuvaaminen ja sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyön kehittäminen. Yhteistyön kuvaamisen pääkategoria on jaoteltu aiemmin esiteltyjen teemojen mukaan: tekijä (sairaanhoitaja ja lääkäri), tulos (yhteistyö), välineet (hoitotyön ja lääketieteen välineet ja muut välineet sairaalaympäristössä, kieli ja informaatio potilaan tilasta, tieto terveydestä ja sairauksista), yhteisö (sairaala, akuuttiosasto), säännöt (hoitotyön arvot ja periaatteet, lääketieteen periaatteet, ammattietiikka, aseptiikka, lait ja asetukset) ja työnjako (sairaanhoitajan ja lääkärin roolit ja työnjako). Yhteistyön kehittämisen pääkategoria on jaoteltu haastattelulomakkeen teemakysymysten mukaan neljään alakategoriaan: yhteistyön merkitys, yhteistyötä edistävät seikat, yhteistyötä estävät seikat sekä kehittämisajatukset.

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Sairaanhoidajan ja lääkärin yhteistyö

5.1.1 Sairaanhoidajan ja lääkärin työ

Sairaanhoidajien ja lääkärin kuvaukset yhteistyöstä akuuttiosastolla olivat pääosin positiivisia ja hyvin samansuuntaisia, toisaalta aineistosta ilmenee myös tyytymättömyyttä yksityiskohtaisemmassa keskustelussa. Toisen ammattiryhmän tietoa ja taitoa kohtaan tunnettiin luottamusta ja arvostusta. Tekijäteemassa sairaanhoidajaan liittyvät kuvaukset keskittyivät hoitajien kantamaan suureen vastuuseen ja kokemukseen. Sairaanhoidajat kertoivat olevansa tyytyväisiä vastuun mukanaan tuomiin haasteisiin ja lääkärit tämän myötä tunsivat voivansa luottaa sairaanhoidajiin. Osa lääkäreistä myönsi myös suoraan olevansa riippuvaisia sairaanhoidajan osaston toimintatapojen tuntemuksesta ja kysyvänsä kokeneelta hoitajalta esimerkiksi lääkitykseen liittyviä seikkoja.

”Siinä mielessä minusta on mukava, se on semmosta haasteellista, se antaa sairaanhoidajalle paljon kun se pystyy pohtimaan ja tekemään laajemmin sitä työtä.”

”Joo, ehottomasti (kokemus), vaikuttaa kyllä, minä ainakin arvostan sitä.”

Henkilökemioihin liittyvät tekijät nousivat myös esille, vaikkakaan niiden ei sinänsä annettu vaikuttaa työn laatuun, mutta pidettiin luonnollisena sitä että toisen kanssa sujuu paremmin kuin toisen kanssa. Jotkut haastateltavista kertoivat työpäivän sujuvan paremmin alusta lähtien jos vuorossa oli itselle miellyttävä työtoveri.

”Sitten on tietysti nämä henkilökemiat sillä tavalla että tietysti toisen kanssa on helpompi tehdä yhteistyötä kuin toisen kanssa, niin kuin missä tahansa työssä, että puhutaan helposti samaa kieltä että.. vaikka puhuttaisiin samasta asiasta niin kuitenkin ei...että pitää kuitenkin tarkentaa että mistähän nyt puhutaan.”

Sairaanhoidajat kokivat joutuvansa tekemään välillä toisten töitä ja kaikki haastateltavat olivat siitä yhtä mieltä että akuuttiosastolla on paljon työtä.

"Minusta sairaanhoitaja joutuu ihan liian paljon tekemään sihteerin töitä, johon menee taas sitä aikaa, niitä kasataan niitä papereita.."

"Työn määrä meillä on iso"

Osastolla on sairaanhoitajille määritelty eri vastualueet ja ne olivat vastaajien mielestä positiivinen asia. Koettiin helpoksi mennä kysymään asiaan perehtyneeltä hoitajalta asiaa, josta ei itse tiedä niin paljon.

"Minusta on hyvä tämä systeemi että hoitajat on vähän enemmän perehtyneet aina johonkin, joku astman hoitoon, toinen diabetekseen, joku aivohalvaukseen, aseptiikkaan, kukaan ei voi hallita kaikkea, se on mahdotonta."

Lääkärin työhön liittyvät kuvaukset poikkesivat hieman enemmän kuin sairaanhoitajien vastaavat. Yhteneväisimmät ajatukset olivat haastatteluista nousseet mielipiteet siitä, että lääkärit luottavat hoitajiin ja että tutut lääkärit edesauttavat ja helpottavat yhteistyötä. Muita esille nousseita asioita oli lääkäreiden määrä, sairaanhoitajat kokivat riittämättömyyttä eri lääkäreiden hoitaessa samankin moduulin potilaita.

"Paljon ne (lääkärit) kyselee meiltäki... varsinki vähän kauemmin työssä olleelta hoitajalta."

Osa haastatelluista sairaanhoitajista koki lääkärin olevan tietämättömiä sairaanhoitajan työnkuvasta. Lääkärit taas uskoivat ainakin pääpiirteittäin tunteviensa sairaanhoitajan työtä ja molemmat kertoivat sairaanhoitajien tietävän hyvin mitä lääkärin työ pitää sisällään.

"Kaikki lääkärit ei oo sitä mieltäny, (sairaanhoitajan työnkuva) eikä ne ajattele varmaan sillä lailla että mitä siellä niinkö tehdään. Jotku niinki tietää ja ymmärtää kyllä, mutta useimmat ei viitti vaivautua ajattelemaan. Ja seki että jos ne vaivautuis, se helepottais sairaanhoitajan työtä kun siinä ne ymmärtäis ja ehkä osais arvostaa enemmän."

5.1.2 Sairaanhoidajan ja lääkärin yhteistyö

Yhteistyön kuvaukset olivat pääosin positiivisia, eikä kukaan nimennyt mitään epäkohtaa, vaikka moni haastateltavista huomasi pohtivansa yhteistyötä tarkemmin ensimmäistä kertaa.

”Melko saumatonta, lämminhenkistä, semmosta rentoa.”

Toisilleen tuttu henkilökunta koki yhteistyön sujuvaksi ja tasavertaiseksi, tuttuus oli haastatteluissa se asia, joka esiintyi useimmin yhteistyön kuvauksissa positiivisena.

”Tuttuus on hirviän hyvä asia, että pystyy niinkö sanomaan sille niinkö suomeksi ja suoraan ettei tartte sillai pelätä että no voinko minä näin kysyä ja näin sanoa..”

Vieraampien, joskus ensimmäistä kertaa tavattujen päivystävien lääkäreiden kanssa sairaanhoitajat tunsivat yhteistyön haasteellisemmaksi. Etenkin, jos päivystävään lääkäriin jouduttiin ottamaan yhteyttä akuuttitilanteessa vaikkapa iltatai yöaikaan, sairaanhoitajat kuvasivat satunnaisia vaikeuksia vuorovaikutuksessa, pahantuulisuutta tai jopa hankaluutta saada lääkäriä tulemaan katsomaan potilasta. Useimmiten kuitenkin, ja etenkin niin sanottujen ”omien” lääkäreiden kanssa, vuorovaikutus sujui mutkattomasti.

”Päivystävien lääkäreiden kans joskus on semmosta että..kyllä niittenkin kans yhteistyö sujuu mutta tuota, ko me tietään ne osaston rutiinit niin joskus on vähän semmosta että tekiskö niinkö he määrää vai niinkö meillä on osastolla ollu tapana tehdä”

5.1.3 Työhön liittyvät konkreettiset välineet

Välineteeman käsittelyssä selkeästi eniten keskustelua aiheutti Sairaala Lapponian potilastietojärjestelmä, joka on muutosvaiheessa. Osa tiedoista on sähköisessä Pegasos-järjestelmässä, mutta päivittäinen potilaan hoidon kirjaaminen tapahtuu osastoilla edelleen käsin paperisiin potilaskansioihin. Käsin kirjaamisesta ei kuitenkaan haluttu kokonaan luopua, sillä potilastietojen koettiin

olevan paremmassa turvassa kansioissa. Myös potilaan taustatietojen hakeminen pidemmältä ajalta koettiin helpommaksi papereista kuin Pegasos-järjestelmästä.

”Minä en oo mikään fanaatikko että pitäis olla sähköistä kaikki, koska se järjestelmä on aina haavoittuvainen, se voi kaatua, voi olla joku huoltokatko ja se sitten se aiheuttaa omat ongelmat, ja joka tapauksessa ne on johonki kirjattava. Voisin sanoa että minä en oo nähny sitä paperihommaa ongelmana ja joka tapauksessahan se on niin että edelleenki lakiteknisesti viralliset potilasasiakirjat pitää arkistoiija paperimuodossa, sano kuka mitä hyvänsä, että se ei sähkösenä ole täysin virallinen.”

Osa haastatelluista oli tyytyväisiä nykyiseen tuplakirjaukseen, toiset taas pelkäsivät että siitä seuraa virheitä.

”Tuo että osa tiedoista on paperiversioina ja osa koneessa, ne niinkö minusta täydentää toisiaan..”

”Näitä asioitahan on aika paljon mietitty ja se että jos on kaksi päällekkäistä järjestelmää niin kyllähän se tosiasia on että se virhemahdollisuus lisääntyy että hankalahan tää tilanne sillä tavalla on tällä hetkellä.”

Sähköinen järjestelmä sinänsä olisi haastateltavien mielestä parempi, jos se olisi toimiva ja nopea käyttää. Tämänhetkisen Pegasos- ohjelman haastateltavat kokivat kuitenkin huonoksi.

”Minä kannatan sitä sähköseen kirjaamiseen siirtymistä ihan täydellisesti kunhan meillä olis toimiva ohjelma.”

”Tämänhetkinen ohjelma on liian monimutkainen, se on liian työläs, vie liikaa aikaa.”

5.1.4 Akuuttiosasto työympäristönä

Sairaala Lapponiaan ja akuuttiosastoon oltiin pääsääntöisesti työyhteisönä tyytyväisiä, yksikkö koettiin ainutlaatuisena.

”Meillä on kuitenkin erikoinen sairaala, onkohan monta tällaista Suomessa, en tiedä...semmoista kuin akuuttiosasto, täällä yhdistetty

entinen sisätautiosasto, sydänvalvonta ja entinen kirurginen osasto eli kaikki asiat hoidetaan täällä, joskus melkein tehohoitoakin joudutaan antamaan.”

Kirurgisen ja sisätautiosaston taannoinen yhdistyminen oli sairaanhoitajien haastatteluissa seikka, jonka koettiin aiheuttaneen kahtiajakautumista, josta ei vielä oltu päästy. Sairaanhoitajien kertomuksissa esiintyi vielä luokittelua sisätauti- ja kirurgisiin hoitajiin, hoidettiin joko kirurgisia tai sisätautipotilaita.

”Kirurgisen työn se laatuki, tuo siihen semmosta...se ei oo niin tuttua. Että se sitte vaikuttaa siihenki että se ei ole niin luontevaa, se yhteistyö toimii mutta ei oo ehkä niin luontevaa.”

Yhdistymisestä aiheutunut lääkäreiden lisääntynyt lukumäärä nousi esiin yhteistyön laadun esteenä. Oli myös ajoittain epäselvyyttä siitä, kuka lääkäri kutakin potilasta hoitaa, etenkin jos samalla potilaalla oli sekä sisätautisairautta että kirurgista ongelmaa.

”On monta lääkäriä yhtä aikaa ja monta lääkäriä tulee ja sanoo että lähetään kiertämään, niin et sinä voi lähteä kuin yhen kanssa nii sitte se yhteistyö toisten kanssa ei toimi niinkään minkään vertaa.”

Esimiesten vastuu yhteisön uudistusten suunnittelussa oli joissakin haastattelussa suuressa merkityksessä yleisellä tasolla, positiivista tai negatiivista yksityiskohtaista arviota esimiestyöstä ei sinänsä nostettu esiin, ainoastaan osastojen taannoinen yhdistymiseen liittyvä johtaminen koettiin jääneen vähäiseksi, mutta ei osattu kertoa mitä olisi voitu tehdä paremmin.

”Jos ajatellaan jotakin uudistusta, niin sehän pitää suunnitella henkilöstön kanssa, ne jotka tekee, ovat asiansa parhaita asiantuntijoita. Jos et sä suunnittele, lähdet sillai pomomaisesti viemään jotakin niin sieltä voi tulla tämmönen asennevastarinta, joka sitten huonontaa sitä juttua.”

5.1.5 Arvot ja etiikka sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyössä

Sääntöteemakysymykseen haastateltavat kommentoivat ammattietiikkaa yleisesti ja sairaanhoitajien vastuuta esimerkiksi aseptiikan suhteen. Sairaanhoitajan päätöksellä koettiin olevan suurta merkitystä mm. potilaiden osastolle

sijoittamisessa tartuntojen ehkäisemisen näkökulmasta. Potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen oli seikka jonka kaikki eivät uskoneet aina toteutuvan, esimerkiksi vanhuspotilaiden kohdalla.

”Kyllä ne pääsääntöisesti on ne arvot niin. kaikilla tiedossa mikkä ne sairaalassa on, minusta sen mukaisesti toimitaan.”

”Siinä on hirveän iso rooli ja se (sairaanhoitaja) pystyy vaikuttamaan. Minä sanon että sillä pystytään estämään hirviän paljon kaikkia leviämistä ja nimenomaan siihen aseptiikkaan vaikuttaa että tuota.. ko vähän käyttää sitä ajatustyötä siinä vaiheessa ko potilaita tulee, niin siihen sijoitteluun.”

Lääkärit antoivat haastatteluissaan arvoa kokeneille hoitajille ja olivat sitä mieltä että kokeneen hoitajan sana voi joissakin tilanteissa olla aloittelevan lääkärin sanaa painavampi, vaikkakin lopullinen hoitovastuu on aina lääkärillä.

”Kyllä minä ainakin kokeneena hoitajana sanoisin sitten sille lääkärille että sun on pakko tehdä jotakin, minä en hyväksy sun päätöstä, mutta lopputuloshan on kuitenkin se että se on sen lääkärin päätös. Hoitopäätöksethän pitää olla lääketieteellisiä, totta kai neuvotellaan potilaan ja omaisten kanssa ja lopullinen päätöshän on lääkärin, diagnoosin tekee lääkäri ja kantaa myös lopullisen hoitovastuun.”

5.1.6 Roolit ja työnjako sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyössä

Työnjakoasiat nousivat haastatteluissa hyvin yksimielisinä esille. Sekä lääkärit että sairaanhoitajat kokivat hyvänä asiana sen, että sairaanhoitajan päätösvaltaa on hivutettu osin lääkärin alueelle, esimerkkinä peruslaboratoriokokeet, joiden määräämisessä akuuttiosaston sairaanhoitajat ovat tottuneet olemaan omatoimisia.

”Iso puute tuolla isommissa sairaaloissa missä hoitajat ei hirmu paljon tee tämmösiä itsenäisiä päätöksiä niinkö kokeista ja sitten jos on inhimillisen erheen vuoksi jäänyt iteltä määräämättä nopealla kierrolla, niin sehän on suunnaton ärsytys seuraavana päivänä kun huomaa että jotku tärkeät labrat, suomeksi sanottuna kaikki kokeet on ottamatta ja potilas siellä vaan köllöttelee. Jotku hoitajat tekee omalotteisen päätöksen mutta siinä pitäis minun mielestä olla aktiivinen. Ne on niin edullisiakin ne peruskokeet että niihin annettas vähän

hoitajallekki mahdollisuutta. Kuhan se ei mee siihen että kaikilta otetaan aina kaikki, pitää olla perusteltua seurantaa.”

”Meillähän on tietyt rajat, oikeudet ja velvollisuudet ja tietyt tehtävät on niinku selkeitä mutta jotku tehtävät ei välttämättä oo vaan lääkärin tehtäviä ja jotku vaan hoitajan tehtäviä, että pitää siellä miettiä että miten tää on järkevin hoitaa.”

Sairaanhoitajan laajennetusta työkuvasta keskustellessa, ainakin vielä osa sairaanhoitajista koki että he eivät ole halukkaita liian suureen muutokseen.

”Nythän kovasti puhutaan näistä reseptikirjotushommista ja niistä saneluista ja sen semmosista mitä hoitaja vois tehdä lääkärin puolesta..Ne on minusta lääkärin tehtäviä eikä kuulu hoitajalle.”

”Ne on lääkärit saanu siihen koulutuksen ja minusta ei sairaanhoitajankaan piä lähtiä siihen erilliskoulutuksella jos ei saa palakkaan tuntuvaa korotusta.”

5.2 Sairaanhoitajan ja lääkärin välisen yhteistyön kehittäminen

5.2.1 Sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyön merkitys

Haastateltavien mielestä sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyön merkitys oli erittäin suuri, se koettiin suorastaan välttämättömänä potilaan hoitamisen kannalta. Myös siitä oltiin yhtä mieltä että yhteistyön sujumisesta hyötyy eniten potilas, hoito tulee ajallaan ja asianmukaisena.

”Että etenee se potilaan hoito paremmin, kun molemmilla on sama päämäärä ja samat keinot sen päämäärän saavuttamiseksi. Saa potilas niinkö parhaan mahdollisen avun sillä tavalla kun yhdessä tehään sitä työtä.”

”Siinähan on se käytännössä että potilas saa parasta mahdollista hoitoa, että ihanteellisimmillaan se tarkoittaa että se on saumatonta, semmosta niinku, kahen terveydenhuoltoalan ammattilaisen vaihtamaa tietoa.”

Joissakin vastauksissa yhteistyö määriteltiin ehdottoman tärkeäksi, ilman sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyötä hoitoprosessi jäi vastaajien mielestä epätäydelliseksi. Useimmissa vastauksissa lisäksi korostettiin sairaanhoitajan

osuutta yhteistyössä, lääkärin koettiin olevan riippuvainen sairaanhoitajan tiedosta potilaan voinnista ja lääkärin määräysten ja koko hoidon perustuvan siihen.

”Pitäisi olla saumatonta yhteistyötä, että ei voi niinku ajatella että lääketiede ja hoitotyö on niin kuin erikseen ja jos ajattelee näitä meidän systeemejä niin varsinkin se työ mitä minä teen, kun se on pelkästään sitä päivystysluonteista työtä niin lääkärihän on siinä konsultti ja on hyvin pitkälti siinä sen hoitajan tiedon varassa.”

5.2.2 Sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyötä edistäviä ja estäviä seikkoja

Yhteistyötä edistävänä seikkana mainittiin ensisijaisesti informaation hyvä kulku, etenkin sairaanhoitajalta lääkärille ja myös vastaavasti toisin päin.

”Se että molemmat on tietosia siitä potilaan tilasta tai tilanteen muutoksesta ja että sairaanhoitaja osaa tarvittaessa sitten raportoida sen lääkärille ja sen hetkiset hoidot ja että se lääkäri on niinkö ajan tasalla siitä, että se pystyy sitten vaihtamaan niitä määräyksiä.”

Ennalta määritellyt roolit ja yhteneväinen hoitokulttuuri koettiin myös merkittäväksi yhteistyötä edistäväksi seikaksi.

”Lääkärien ja sairaanhoitajien roolit ja työnkuva...minusta se on selkeä, kumpainenkin tietää mitä kuuluu tehdä, eikä siinä minusta ole mitään epäselvää.”

”Että kaikki hoijetaan samalla lailla, ei tartte sitte sitä pohtia että no, että mitenkähän se tämän kohalla tehdään, että..toimiipi.”

Kysyttäessä yhteistyötä estäviä seikkoja, haastateltavat kokivat aluksi määrittelyn vaikeaksi ja loppujen lopuksi haastateltavien vastaukset poikkesivat paljon toisistaan, osa koki oman osaamisensa rajat haasteelliseksi, osa yhteistyön vieraiden päivystävien lääkäreiden kanssa, osan mielestä stressin täyteisinä päivinä tai esimerkiksi yöaikaan, vain on hankala olla yhteistyössä.

”Se estää että on vähiten kokemusta tuolta kirurgian puolelta.”

”Yhteistyö pahoina päivinä tietenki on vähän hankalaa, lähinnä lääkärin, tai sitten on näitä että osastolla on hirviän paljon häslinkiä ja hälinää ja sitten on sitä asiaa liian paljon. Ja sitten tietenki jos on itekki väsyny ja näin niin näkee että lääkäriilläki harmittaa. Se on niinkö stressiasia.”

Asiat, jotka mainittiin useammassa kuin yhdessä haastattelussa liittyivät kirjaamiseen, sekä sairaanhoitajan että lääkärin toiminnassa nähtiin puutteita. Nämä seikat liittyivät paljolti käsin kirjaamiseen, sähköisiin merkintöihin ei niinkään oltu tyytymättömiä.

”..että kun osa on paperilla ja osa lääkäreistä ei kirjaa niitä määräyksiä ja osa saattaa kirjata huonolla käsialalla että jos et oo paikalla sillon ko se määräys tulee niin se on vähän semmosta, siinäki menee sitten sitä aikaa, se vaikeuttaa sitä yhteistyötä että kun sinä otat selvää että mitä siinä tarkotetaan.”

”Jos sinä et oo sairaanhoitajana kuumekurvaan esimerkiksi pannu kaikkia potilaan aikasempia sairauksia, jotka kuitenkin löytyy sieltä teksteistä, niin kyllä se on semmonen estävä juttu siinä jos määrätään lääkkeitä ja hoitotoimenpiteitä, kun että jos siinä jo määrättäis jotain ja käy ilmi että tällähän on semmonen sairaus, ei se onnistukaan.”

5.2.3 Kehittämisaatuksia sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyöhön liittyen

Kehittämisaatuksia kyseltäessä haastateltaville ei annettu minkäänlaisia rajoja, he saivat kertoa mitä haluaisivat akuuttiosastolla muuttaa jotta sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyö kehittyisi paremmaksi. Haastateltavien vastausten mukaan ei suurta muutettavaa ollut, eniten muutettaisiin pieniä käytännön yksityiskohtia työssä.

Lääkäreiden määrä aamukierron aikaan puhutti useampaa haastateltavaa, sairaanhoitajat kokivat riittämättömyyttä tilanteessa jossa aamukierrolle pitäisi lähteä usean lääkärin kanssa samaan aikaan.

”Siinä on kyllä haastetta kun on monia lääkäreitä ja ne sais kyllä tehdä sen työnjaon siinä kun ne kansliassa on että kuka lähtee ja kenen kans että suunniteltas siinä niinkö yhdessä miten nyt tehdään ja ihan rauhassa eikä vaan niinkö jokainen oo vaan vaatimassa sitä omaa osuuttaan.”

Samaan kiertoasiaan liittyi ehdotus aikataulun muuttamisesta, aamun kiire ja osittain puolittaiset tiedot vaikeuttivat aamukiertoa haastateltavien mukaan. Sairanhoitajat kertoivat tarkastavansa edellisenä päivänä jaetut lääkkeet, jakavansa ne potilaille ja valmistelevansa kiertoon liittyviä asioita sen lisäksi että

heidän pitää olla osaston aamutoimissa mukana ennen kiertoa ja näiden asioiden kuvattiin aiheuttavan aamuun kiirettä. Samana aamuna otetut laboratoriokokeet harvoin ehtivät kierrolle valmiiksi ja niiden tarkastaminen myöhemmin saattaa sairaanhoitajien kertoman mukaan pahimmillaan muuttaa jo aiemmin aamulla suunniteltua hoitoa ja aiheuttaa lisätyötä.

”Kierron aika, se vois kyllä esimerkiksi olla iltapäivällä, kuka sen on sanonut että sen pitää olla heti aamulla?.....ko me on aamuhommat saatu ja kaikki labravastaukset on tullu, niin saatais niinkö kerralla pulkkaan sitte.”

Epikriiseistä löytyi kehitettävää, koettiin niiden jäävän päivittämättä turhan usein, joka myös aiheuttaa lisätyötä sairaanhoitajien joutuessa etsimään ajan tasaisia tietoja potilashistoriasta, joko papereista tai sähköisestä järjestelmästä.

”..että ne epikriisit sais olla ajan tasalla, sinne saneltais kunnolla, eikä vain että katso edellinen, katso edellinen ja sillai mennään kymmenen epikriisiä.”

Tilat koettiin jonkin verran levottomiksi ja oltiin sitä mieltä että niitä voisi jossakin vaiheessa miettiä uusiksi, vaikkakaan eivät ensisijainen kehittämisen kohde kuitenkaan olleet.

”..esimerkiksi käsittääkseni nämä kansliatilat on aika ahtaat ja levottomat että voisivat tietysti olla pikkasen paremmat ja joskus oon miettinyt että miten siinä kauheassa hälinässä voi niinku keskittyä siihen työhön.”

Aamuvuoroon oltaisiin valmiita lisäämään sairaanhoitajia, vuoron moninaiset haasteet koettiin stressiä aiheuttavina. Sairaanhoitajien haastatteluista kävi ilmi, että he tekisivät mielellään jaon siten, että toinen sairaanhoitaja, etenkin aamuvuorossa, hoitaisi paperityöt ja toinen lääkehoidon, jolloin voisi keskittyä vain yhteen asiaan kerrallaan.

”Lisää hoitajia, niitä sairaanhoitajia vois aamuvuorossa olla enemmän että sais keskittyä... sillä välttät virheitä, kirjaamisvirheitä, lääkevirheitä, kaikkia virheitä. Ja se oli stressittömämpää kun vois rauhassa keskittyä yhteen asiaan.”

Pegasos-ohjelman käyttö ja sähköisen järjestelmän uudistaminen olivat kehittämisajatusten kohteena sekä lääkäreillä että sairaanhoitajilla.

”Yksi koko taloa vaivaava ongelma on, joka pitäisi laittaa kuntoon on nuo lääkelistat, eli kun tietokoneella on lääkelistat, on hankala selvittää mikä on oikea lääkitys enkä tiedä missä vaiheessa pitäisi kuntoon tehdä nämä listat.”

”...että kannattais lähteä kokeilemaan, joku pilottikokeilu tai semmonen tehdä siitä, että minkälainen se sähköinen järjestelmä olis ja jos se näyttää hyvältä ja toimivalta, ni se pittää ajaa ihan systemaattisesti kaikille, kaikki alkaa käyttään sitte sitä.”

Käytännön kehittämisajatusten lisäksi haastattelijat pohtivat kehittämistä myös asenteen ja ilmapiirin kannalta. Lääkärit kuvasivat satunnaisia ongelmatilanteita akuuttiosaston hoitajien kanssa, etenkin potilaiden sijoittelun suhteen. Joskus lääkäri näkee akuuttiosaston olevan huono, mutta ainoa mahdollinen sijoituspaikka potilaalle ja sairaanhoitaja akuuttiosastolla vastustaa. Myös asennetta muita yksiköitä kohtaan olisi haastateltavien mukaan syytä koko talossa tarkastella.

”Kaikki meidän työ pitäisi ajatella että tää on niin kuin yks prosessi ja me ollaan kaikki, tehdään oma osuutemme siinä että... joku potilas, jos hän tulee tänne niin hän ei oo lääkärin potilas, vaan hän on kaikkien niiden potilas jotka kuuluu siihen hoitoketjuun.”

”Just että jätetään semmonen turha narina ja nurina että haetaan virheitä että mitä on jätetty tekemättä tai mikä ois pitäny päivystyksessä hoksata, että pitää pysähtyä miettimään että mikä se tilanne siellä päivystyksessä on, kun siellä on oikeasti se toistakymmentä potilasta ja kaikki huoneet on ääriään myötä täynnä ja kaks hoitajaa eli yhteensä neljä kättä. Että silloin pitää vaan pysähtyä ja puhaltaa ja käyvvä vaikka toisessa paikassa kuin että ääneen jupisee ja koko homman tunnelma laskee...”

Tietojen ja taitojen ajan tasalla pitäminen ja kehittäminen nähtiin tärkeänä osastolla jonka potilasaines on erittäin laaja.

”Semmonen asia josta pitäis pitää huolta että kaikki osaa kaikkea, pystyy hoitamaan sellaisia asioita mitkä ei välttämättä ole vahvinta aluetta, mutta kun voi olla hyvinkin sekalaista sakkia siellä osastolla, suurin osa konservatiivista potilasta, neurologista, kuntoutuspotilasta,

pitkäaikaista potilasta, sitten siellä on leikattuja jatkohoitopotilaita, meillä leikattuja potilaita, ei voi keskittyä vain yhteen potilasryhmään.”

Akuuttiosastolla nähtiin olevan pieniä, helposti korjattavissa olevia ongelmia, mutta pääosin kehittymistä koettiin tapahtuvan koko ajan. Työyhteisön ja yhteistyön kehittäminen nähtiin jatkuvana työnä, vaikka asiat tuntuvat olevan hyvin, aina voi vielä parantaa.

”Mutta sitten niin kuin osastotyön kannalta, työn kehittäminenhan tapahtuu siellä missä se työ tehdään ja sieltä pitää nousta ne ajatukset. On hyvä jos joskus on ongelmia siellä työyksikössä koska niitten ongelmien kauttahan niitä kehittämisideoita nousee.”

”Ja se että joku toimii hyvin niin ei tarkoita etteikö siinä oo jatkokehittelyn paikkaa.”

6 POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimukseni tuloksista käy ilmi että sekä sairaanhoitajat että lääkärit kuvaavat keskinäisen yhteistyön onnistuvan pääosin hyvin, eikä suurempia ongelmia ilmene. Pienen yksikön edut korostuvat, tuttuus, rentous ja joustavuus toistuvat sanoina lähes kaikissa haastatteluissa. Aineiston perusteella on kuitenkin havaittavissa myös jonkin verran kritiikkiä, huonoja päiviäkin on, ja sairaanhoitajien haastatteluista löytyy esimerkiksi kuvaus epävarmuudesta ottaa lääkäriin yhteyttä yöaikaan ja lääkäreiden kuvauksista taas käy ilmi kuinka sairaanhoitajien keskinäiset erimielisyydet heijastuvat työhön. Lääkärit myös kuvaavat sairaanhoitajien ammattitaitoa arvostavammin kuin sairaanhoitajat itse.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Hoitotyön kehittämiseen tarvitaan tutkimustietoa, ja tutkimustietoa puolestaan saadaan ammatilaisilta. Hoitotieteelliseen tutkimukseen osallistuminen on hoitotyöntekijöille yksi ammatin kehittämisen muodoista, ja voidaan sanoa että se velvoittaa osallistumaan tutkimukseen. Tutkittavia ihmisiä kuitenkin kohdellaan kunnioittavasti, ja heiltä pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta. (Leino-Kilpi – Välimäki 2003, 290 - 292.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta pohdittaessa luotettavuuskysymykset kohdistuvat aineiston laatuun, tutkijaan, analyysiin sekä tulosten esittämiseen. Kerätty aineisto on riippuvainen siitä, miten hyvin tutkija on saavuttanut ilmiön jota tutkii. Tässä aineiston laatu korostuu. Analysointivaiheen luotettavuutta mietittäessä korostuvat tutkijan taidot, oivalluskyky sekä arvostukset. Kun laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan, on tarkasteltava tutkimuksen totuusarvoa, sovellettavuutta, pysyvyyttä sekä neutraaliutta. Näiden lisäksi haasteena sisällönanalyysissä on aineiston pelkistäminen niin, että se kuvaa mahdollisimman tarkasti tutkittavaa ilmiötä. Yhteys aineiston ja tulosten välillä on esitettävä selkeästi. Myös tämä tulee ottaa huomioon pohdittaessa luotettavuuskysymyksiä. (Janhonen, S. - Nikkonen, M. toim. 2001, 36.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteutuksesta. Tarkkuus koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita. Aineiston tuottamisen olosuhteet olisi kerrottava selvästi ja totuudenmukaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2006.)

Tässä tutkimuksessa luotettavuuden ja eettisyyden periaatteita valvottiin sillä että osallistuminen tutkimukseen oli täysin vapaaehtoista, joka asia myös painotettiin haastattelupyynnön yhteydessä. Eettisyyden kannalta elintärkeä tutkimuslupa oli pyydetty ylihoitajalta jo aiemmin. Osallistujille annettiin etukäteen kaikki tarpeellinen tieto tutkimuksesta ja sen suorittamisesta mahdollisimman tarkasti. Haastattelussa käytettiin avoimia kysymyksiä, haastateltavia ei johdateltu millään tavoin. Osallistujat pidettiin anonyymeinä, haastatteleamalla heidät tarvittaessa haastateltavan haluamassa paikassa ja haastattelunauhat tuhottiin heti litteroinnin jälkeen. Litterointivaiheessa haastatteluista myös poistettiin kaikki suorat tunnistetiedot, toisin sanoen aineisto anonymisoitiin. Haastateltavien määrä ja heidän tarjoamiensa näkökulmien monipuolisuus on myös eräs luotettavuuden tae.

Tutkimukseen osallistui kolme sairaanhoitajaa ja kolme lääkäriä, jotka kaikki työskentelevät säännöllisesti akuuttiosastolla. Työskentelen myös itse samalla osastolla, joka oli tutkimuksen kannalta mahdollisesti sekä hyvä että huono asia. Käytännön asiat olivat helppoja hoitaa tutussa ympäristössä. Tuttujen ihmisten parissa, tuttuuden ansiosta myös näkemykseni haastateltavista oli selkeä lähes alusta asti, koska osasin arvioida keiden haastatteluilla voisin saada mahdollisimman monipuolisen näkökulman. Uskon myös että tuntiessani tutkimuksen kohteena olevan osaston, kykenin ohjailemaan keskustelua oikeaan suuntaan ja ymmärtämään vastaukset syvällisemmin, kuin jos olisi puhuttu itselleni vieraasta osastosta. On toisaalta myös mahdollista että tuttuus on vaikuttanut tuloksiin, saatu aineisto ja tulokset olisivat voineet olla erilaiset jos ryhmä olisi ollut vieras. Oliko tuttuudesta enemmän haittaa vai hyötyä, sitä on vaikea arvioida.

Haastattelukysymykset aiheuttivat hieman päänvaivaa haastatelluissa, he kokivat ne osittain vaikeaselkoisiksi, siinä olisi ollut parantamisen varaa. Mielestäni kuitenkin onnistuin saamaan vastauksia asettamiini tutkimuskysymyksiin, sain

selville kuinka sairaanhoitajat ja lääkärit kuvaavat yhteistyötään akuuttiosastolla, lisäksi selvitin minkälaisia seikkoja sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyössä halutaan kehittää.

Tutkimustuloksia raportoidessani käytin suoria lainauksia haastatteluista, mikä lisäsi tutkimuksen luotettavuutta. Pysin myös olemaan mahdollisimman objektiivinen haastatteluista tehdessäni ja tuloksia analysoidessani. En antanut ennakkokäsitysten vaikuttaa tutkimuksen teossa.

Tutkimuksen teko oli prosessina mielestäni haastava, mutta varsin positiivinen kokemus. Tutkimus on itselleni ensimmäinen ja tutkimusmenetelmiin ja teorioihin perehtyminen vei aikaa sen lisäksi että kävin sekä koulussa, työharjoitteluissa ja työssä samaan aikaan. Haastattelujen aikatauluttaminen oli käytännön asioista ongelmallisinta, olin varannut opintovapaata haastatteluiden tekemiseen, mutta haastateltavien aikataulut eivät ymmärrettävästi aina sopineet siihen ja tutkimustyöni ei edennyt opintovapaani aikana juuri ollenkaan. Saatuaani haastattelut tehtyä ja kirjoitettua ne sanalliseen muotoon, raportin työstäminen helpottui ja sainkin sen tehtyä suhteellisen nopeasti. Aihe on itseäni kiinnostava, tulevaa sairaanhoitajan työtäni ajatellen, mikä seikka helpotti työn valmistumisessa.

6.3 Johtopäätökset

Tutkimukseni tarkoituksena oli selvittää kuinka sairaanhoitajat ja lääkärit kuvaavat yhteistyötä Sairaala Lapponian akuuttiosastolla ja kartoittaa mahdollisia kehittämiskohteita yhteistyön ja asiantuntijuuden näkökulmasta.

Tutkimustuloksista voidaan päätellä että sairaanhoitajien ja lääkärin yhteistyö akuuttiosastolla on suhteellisen hyvällä tasolla, vaikka parantamistakin vielä löytyy. Lyytikäinen (2002) osoittaa tutkimuksessaan, että sairaanhoitajien ja lääkärin keskinäinen tuki ja tiimityöskentely on harvinaista. Lisäksi hän esittää, että sairaanhoitajat kertoivat harvoin omia mielipiteitään potilaan hoidon rajaamisesta. (Lyytikäinen, 2002) Edellä mainitut asiat voivat viitata siihen, että sairaanhoitajien oman asiantuntijuuden arvostaminen ei ole oikealla tasolla tasavertaisen

yhteistyön toteutumiseksi. Lyytikäisen tulokset ovat mielestäni löydettävissä myös omasta tutkimuksestani, osasta sairaanhoitajien haastatteluista käy ilmi että he luottavat omaan asiantuntijuuteensa vähemmän kuin lääkärit.

Sairaanhoitajilla on väistämättä yksityiskohtaisempaa tietoa hoitamistaan potilaista kuin lääkäriellä, joka usein määrää hoidon sairaanhoitajan antaman tiedon perusteella. Lääkärit tunnustavat haastatteluissa sairaanhoitajan asiantuntijuuden kriittiseksi tekijäksi potilaan hyvän hoidon toteutumisessa, mutta sairaanhoitajat itse tuntuvat olevan eri mieltä. Heidän mielestään on yllättävää että lääkärit kyselevät niinkin paljon potilaan hoitoon liittyviä asioita sairaanhoitajilta.

Yhteistyön kehittämisessä korostui selkeästi yhteisöllisyys ja yhdessä tekeminen, yhteen hiileen puhaltamista ja hoitoprosessin ymmärtämistä peräänkuulutettiin. Tämä viittaa mahdollisesti siihen, että toiminnassa tulisi siirtyä kollegiaalisempaan suuntaan. Tosin eri ammattiryhmien edustajat eivät mitenkään voi olla täysin kollegoita, koska vastualueet ja tehtäväalueet ovat erilaiset. Tehtävien rajauksen tarkistaminen voisi olla askel lähemmäksi kollegiaalisempaa toimintaa. Tämän suuntaista toimintaa on mahdollista ideoida ryhmissä kehittämällä yhteisöllistä asiantuntijuutta.

Tämän opinnäytetyön aineistoa on mahdollista hyödyntää yhteistyöhön liittyviä seikkoja pohdittaessa ja jatkossa voitaisiin tutkia esimerkiksi sairaanhoitajien keskinäisen yhteistyön kuvaamista ja kehittämistä.

LÄHTEET

- Aitta, U. 2007. Asiantuntijatyön lisääntyminen edellyttää muutoksia työelämään. *Akavalainen* 2, 7 – 9.
- Baggs, J. – Schmitt, M. 1997. Nurses' and Resident Physicians' Perceptions of the Process of Collaboration in an MICU. *Research in Nursing & Health* 20, 71–80.
- Benner, P. - Tanner, C. - Chelsea, C. 1999. *Asiantuntijuus hoitotyössä*. Juva: WSOY kirjapainoyksikkö.
- Blickensderfer, L. 1996. Nurses and Physicians: Creating a Collaborative Environment. *Journal of Intravenous Nursing*. 19 (3), 127 – 131.
- Engeström, Y. 1995. *Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita*. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- Eriksson, K. - Isola, A. - Kyngäs, H. - Leino-Kilpi, H. - Lindström, U. -Paavilainen, E. - Pietilä, A-M. – Salanterä, S.- Vehviläinen-Julkunen, K. - Åstedt-Kurki, P. 2007. *Hoitotiede*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Eriksson, S. – Pirttilä, S. 2002. *Asiantuntijoiden areenat*. Jyväskylä: Paino Koppijyvä Oy.
- Eskola, J. - Suoranta, J. 2000. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.
- Haapakorpi, A. – Haapola, I. 2008. Työn organisointi ja työhyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla – esimerkkinä vanhusten kotihoito. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys 35/2008.
- Hansson, H. 2003. *Kollektiv kompetens*. Lund: Studentlitteratur.
- Hartikainen, T. 2008. Sairaanhoidajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaan. Pro gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto: yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden ja – talouden laitos. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Osoitteessa: <http://www.kampus.uku.fi/gradut/2008/3161.pdf>
- Hirsjärvi, S. - Hurme, H. 2000. *Tutkimushaastattelu*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S. - Remes, P. - Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.
- Heikkilä, J. – Paananen, M-L. 2005. *Sairaanhoidaja sydämen vajaatoimintaa sairastavien hoidon ohjaajana ja seuraajana. Hoitotyön vuosikirja 2005*. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sipoo: Silverprint Oy.

- Helakorpi, S. 1999. Kouluttajan asiantuntijuus ja sen kehittäminen. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hämeenlinna: Opettajakorkeakoulun julkaisuja D:119.
- Helakorpi, S. 2005. Työn taidot, ajattelua, tekoja ja yhteistyötä. Ammatillisen opettajakorkeakoulun julkaisuja 2/2005. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy.
- Henneman, E. - Lee, J. -Cohen, J. 1995. Collaboration: a concept analysis. Journal of Advanced Nursing 21 (1), 103 – 109.
- Hoitotyön tutkimussäätiö. Hoitotyön tutkimussäätiön esittely. Osoitteessa: <http://www.hotus.fi/hoitotyön-tutkimussäätiö/hoitotyön-tutkimussäätiön-esittely>
- Howsam, R. – Corrigan, D. – Denemark, G. - Nash, R. 1976. Educating a profession. Washington DC: American Association of Colleges for Teacher Education.
- Hukkanen, E. – Vallimies-Patomäki, M. 2005. Yhteistyö ja työnjako hoitopäätösten turvaamisessa. Selvitys kansallisen terveystieteiden tutkimuskeskuksen työnjakopiloteista. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005.
- Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Vantaa: Dark Oy.
- Janhonen, S. – Nikkonen, M. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2001. Juva: WS Bookwell Oy.
- Jauho, M. 2004. Valtion rakentaminen, lääkärinkunnan ammatillistuminen ja valistuneen maallikon synty. Teoksessa L. Henriksson & S. Wrede (toim.) Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Gaudeamus Kirja. Oy, 84 – 109.
- Kemijärven kaupunki. 2012. Sosiaali- ja terveystieteiden palvelut asukkaalle. Vuodeosastot. Osoitteessa: <http://www.kemijarvi.fi/vuodeosastot>
- Koivunen, Niina. 2005. Miten kollektiivinen asiantuntijuus organisoituu? Hallinnon tutkimus 24 (3). 32–45. Vaasan yliopisto. Helsinki: Talentum.
- Koponen, P. - Hakulinen, T - Pietilä A-M. 2000. Terveystieteiden edistämisen palveluja asiakkaille, Asiakas ja terveystieteiden palvelut. Teoksessa A-M. Pietilä, T. Hakulinen, E. Hirvonen, P. Koponen, E-M Salminen & K. Sirola Terveystieteiden edistäminen, uudistuvat työmenetelmät. Juva: WS Bookwell Oy, 78 – 130.
- Korhonen, A. 2008. Näkökulmia kliinisen asiantuntijan ammattietiikasta. Sairaanhoitaja 6 - 7/2008. 10 - 12.

- Kärkkäinen, O – Tuominen, J – Seppälä, A – Karvonen, J. 2006. Lääkärien ja hoitajien välisen työnjaon kehittäminen moniammatillisena yhteistyönä. Suomen lääkärilehti 61, 24, 2647- 2652.
- Laitinen, M – Ojaniemi, P – Tallavaara, M-S. 2007. Nyt kuullaan meitä asiakkaita - tutkimus kohtaamisesta, tiedosta ja osallisuudesta lastensuojelun työprosesseissa. B. Tutkimusraportteja ja selvityksiä 53. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
- Launis, K. 1994. Asiantuntijoiden yhteistyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Launis, Kirsti. 1997. Moniammatillisuus ja rajojen ylitykset asiantuntijatyössä. Teoksessa: Kirjonen, Juhani – Remes, Pirkko – Eteläpelto, Anneli (toim.) Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylän yliopisto, Koulutuksen tutkimuslaitos, Jyväskylä. 122–133.
- Larson E. 1999. The Impact of Physician-Nurse Interaction on Patient Care. Holistic Nursing Practice 13 (2), 38 – 46.
- Lauri, S. 2007: Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Leino-Kilpi, H. – Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva: WSOY.
- Leppänen, N. – Puupponen, A. 2009. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. HOITOTYÖN ASIANTUNTIJA- käsitteen määrittelyä. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Osoitteessa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200908284190>
- Lyytikäinen, H. 2002: Sairaanhoidajien ja lääkäreiden yhteistyö tehohoidon rajaamisen päätöksen teossa, kysely teho-osastojen sairaanhoidajille. Pro-gradu tutkielma, Kuopion yliopisto.
- McMurray, A. 1993. Yhteisökeskeinen hoitotyö. Keuruu. Otavan painolaitokset.
- Markkanen, K. 2002. Tehtävänsiirrot terveydenhuollossa. Selvitys nykytilanteesta. Tehy ry. Julkaisusarja B: Selvityksiä 1/2002.
- Mäkelä, M. – Leino-Kilpi, H. – Suominen, T. 2000. Sairaanhoidajan ja lääkärin yhteistyö tehohoidossa. Hoitotiede 12 (2), 77 – 86.
- Nightingale, F. 1987. Sairaanhoidosta. Suomentanut Aune Brotherus. Näköispainos vuoden 1964 3.painoksesta. Juva: WSOY.
- Outinen, H. 2009. Sairaanhoidajat ja lääkärit – Avaimia ammattiryhmien välisen yhteistyön kehittämiseen. Opinnäytetyö. Ylempi AMK-tutkinto. Terveystiedon edistämisen koulutusohjelma. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.

- Rautio, K. 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä. Katsaus peruskäsitteisiin, palvelujen toteuttamiseen ja palvelujen käyttäjän asemaan. Luento. Tampereen yliopisto.
- Rekola, L. – Isoherranen, K. – Koponen, L. 2005. Moniammatillinen yhteistyö päivystyspoliklinikalla. Tutkiva hoitotyö vol.3 (1). 16–21.
- Riska, E. - Wrede, S. 2004. Kuka on kestävä hoitaja? Teoksessa L. Henriksson & S. Wrede (toim.) Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Yliopistopaino.
- Ruusuvuori, J. – Tiittula, L. 2005. Haastattelu, tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino.
- Sairaanhoidajaliitto. Sairaanhoidajan työ ja hoitotyön kehittäminen. Osoitteessa: http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_työ_ja_hoitotyön/
- Sieppi, K. 2008. Kollektiivinen asiantuntijuus hoitotyössä – Ollaan kaikki yhtä. Opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu. Osoitteessa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200811123941>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden työnjako. Muistio. Osoitteessa: <http://images.talentum.com/mediuutiset/LSNykytila120606.pdf>
- Suomen lääkäriliitto. Lääkärin perusarvot ja Suomen lääkäriliiton tehtävät. Osoitteessa: <http://www.laakariliitto.fi/etiikka/perusarvot.html>
- Tuomi, J.- Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Tähkä, V. 1977. Potilas-lääkärisuhde. Suomen Lääkäriliitto. Helsinki.
- Vähäaho, T. 2002. Asiantuntijuus ja rajanylitykset. Teoksessa I. Pirttilä & S. Eriksson (toim.) Asiantuntijoiden areenat. Jyväskylä: Paino Korpijyvä Oy.

LIITTEET

Teemahaastattelulomake

liite 1

Suostumuslomake

liite 2

Haastattelun teemat:

Miten kuvaisit sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyötä akuuttiosastolla?

Mikä on mielestäsi sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyön merkitys?

Mitkä seikat mielestäsi edistävät sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyötä akuuttiosastolla?

- *välineet?* (hoitotyön ja lääketieteen välineet ja muut välineet sairaalaympäristössä, kieli ja informaatio potilaan tilasta, tieto terveydestä ja sairauksista)
- *yhteisö?* (sairaala, akuuttiosasto)
- *säännöt?* (hoitotyön arvot ja periaatteet, lääketieteen periaatteet, ammattietiikka, aseptiikka, lait ja asetukset)
- *työnjako?* (Lääkärin ja sairaanhoitajien roolit ja työnkuva)

Mitkä seikat mielestäsi estävät sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyötä akuuttiosastolla?

- *välineet?* (hoitotyön ja lääketieteen välineet ja muut välineet sairaalaympäristössä, kieli ja informaatio potilaan tilasta, tieto terveydestä ja sairauksista)
- *yhteisö?* (sairaala, akuuttiosasto)
- *säännöt?* (hoitotyön arvot ja periaatteet, lääketieteen periaatteet, ammattietiikka, aseptiikka, lait ja asetukset)
- *työnjako?* (Lääkärin ja sairaanhoitajien roolit ja työnkuva)

Minkälaisia mahdollisia kehittämisajatuksia sinulla on sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyön edistämiseksi akuuttiosastolla?

SUOSTUMUSLOMAKE

Opinnäytetyö
Rovaniemen ammattikorkeakoulu/ Hoitotyön koulutusohjelma
Saila Kumpula
saila.kumpula@edu.ramk.fi
040-589 73 55

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Opiskelen Rovaniemen ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa sairaanhoitajaksi ja opintoihin kuuluvana opinnäytetyönä olen tekemässä tutkimusta sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyöstä. Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa sairaanhoitajien ja lääkäreiden välisen yhteistyön kehittämiseksi ja sen myötä potilaiden hyvän hoidon takaamiseksi.

Tutkimus on tyypiltään laadullinen ja aineisto on tarkoituksena kerätä haastattelemalla. Haastattelut nauhoitetaan ja nauhoitukset puretaan sanasanallisesti kirjalliseen muotoon. Aineisto analysoidaan sisällön analyysin menetelmin. Haastateltavien nimet tai muutkaan tunnistettavat tiedot eivät tule esille aineiston käsittelyssä tai tutkimusraportissa. Tutkimuksen aikana aineistossa käytetään muunlaisia tunnistetietoja, ei nimiä. Tutkimuksen valmistuttua nauhoitteet ja kirjallinen haastatteluaineisto tuhotaan.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja sinulla on oikeus kieltäytyä tai keskeyttää haastattelutilanne milloin vain.

Kiitos vaivannäöstäsi!

Olen tietoinen tutkimuksen tarkoituksesta ja suostun haastateltavaksi.

____/____.2011

Haastateltavan nimi

Toimeksi- antaja	Nimi (esim. yritys) Sairaala Lapponia		
	Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) Ylihoitaja Sirpa Lohi Sairaalakatu 9 98100 Kemijärvi, 040- 715 8572 sirpa.lohi@kemijarvi.fi		
	Työn aihe YHTÄ KÖYTTÄ POTILAAAN HYVÄKSI – Kokemuksia sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyöstä akuuttiosastolla		
Tekijä	Nimi Saila Kumpula	Opiskelijanumero 0900101	
	Katuosoite Karvankontie 18	Postinumero 98310	Postitoimipaikka Kemijärvi
	Puhelin 040 589 7355	Sähköpostiosoite saila.kumpula@edu.ramk.fi	
	Koulutusala ja -ohjelma hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja	Ryhmätunnus A702H09	
Ohjaaja	Nimi Outi Soikkeli	Oppiarvo ja tehtävänimike Lehtori	
	Toimipaikka ja osoite Rovaniemen ammattikorkeakoulu, Ounasvaaran kampus, Porokatu 35, 96400 Rovaniemi		
	Puhelin 020 798 5638	Sähköpostiosoite outi.soikkeli@ramk.fi	
	Toimeksiantosopimuksen ehdot		
Ohjaus	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.		
Dokumen- tointi	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöraportit ovat julkisia. Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksella sekä tulostettuna että sähköisessä muodossa.		
	Työ on vapaasti lainattavissa ammattikorkeakoulun kirjastossa.	<input type="checkbox"/>	
Omistus- ja käyttö- oikeudet	Työn tulokset ja tekijänoikeudet ovat toimeksiantajan omaisuutta. Oppilaitoksella on oikeus hyödyntää työn tuloksia opetuksessa.		<input type="checkbox"/>
Lisäksi sovitaan			<input type="checkbox"/>
Salassapito	Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa.		
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään tutkimus-/työsuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.		

	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus
Toimeksiantaja	Kemijärvi 22.6.2011	Sirpa Lohi
Tekijä	Kemijärveltä 22.6.2011	Saila Kumpula
Ohjaaja	Rovaniemellä 14/6-11	Outi Soikkeli



Rovaniemen
ammattikorkeakoulu
University of Applied Sciences

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Lomake A2

Toimeksiantaja	Nimi Sairaala Lapponia		
	Yhteyshenkilö, puhelin ja sähköposti Ylihoitaja Sirpa Lohi, 040 715 8572, sirpa.lohi@kemijarvi.fi		
	Työn aihe YHTÄ KÖYTTÄ POTILAAN PARHAAKSI - Kokemuksia sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyöstä akuuttiosastolla		
Tekijä	Nimi Saila Kumpula	Opiskelijanumero 0900101	
	Katuosoite Karvakontie 18	Postinumero 98310	Postitoimipaikka Kemijärvi
	Puhelin 040 589 7355	Sähköpostiosoite saila.kumpula@edu.ramk.fi	
	Koulutusala ja -ohjelma hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja	Ryhmätnunnus A702H09	
Tekijä	Nimi	Opiskelijanumero	
	Katuosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Puhelin	Sähköpostiosoite	
	Koulutusala ja -ohjelma	Opiskelijanumero	
Ohjaaja	Nimi Outi Soikkeli	Oppiarvo ja tehtävänimike Lehtori	
	Toimipaikka ja osoite Rovaniemen ammattikorkeakoulu, Ounasvaaran kampus, Porokatu 35, 96400 Rovaniemi		
	Puhelin 020 798 5638	Sähköpostiosoite outi.soikkeli@ramk.fi	
Päiväys ja allekirjoitukset	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus	
Tekijä	<i>Kemijärvi 22.6.2011</i>	<i>Leena Jalko</i>	
Tekijä	<i>Kemijärvellä 22.6.2011</i>	<i>Saila Kumpula</i>	
Tutkimussuunnitelma hyväksytty	<i>Rovaniemellä</i>	<i>Outi Soikkeli lehtori</i> (nimenselvennös) yliopettaja	

Liitteenä tutkimus-/ työsuunnitelma

Rovaniemen ammattikorkeakoulu
Jokiväylä 13, 96300 ROVANIEMI
puh.020 798 4000 (vaihte), faksi 020 798 5499
opintotoimisto@ramk.fi
www.ramk.fi