

# HOITAJIEN VÄLINEN KOLLEGIAALISUUS KIRURGISILLA VUODEOSASTOILLA

Johanna Korva ja Niina Kultanen  
Opinnäytetyö, kevät 2012  
Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Diak Etelä, Helsinki  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Terveystenhoitaja (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Korva, Johanna & Kultanen, Niina. Hoitajien välinen kollegiaalisuus kirurgisilla vuodeosastoilla. Helsinki, kevät 2012, 51 s., 2 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto, terveydenhoitaja (AMK).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sitä, millaisena hoitohenkilöiden välinen kollegiaalisuus näyttäytyy kahdella kirurgisella vuodeosastolla, ja mitä kollegiaalisuus tarkoittaa heidän työssään. Kollegiaalisuutta tarkastelemme erityisesti ammatillisen yhteistyön ja vuorovaikutuksen kautta. Opinnäytetyön tavoitteena oli kartoittaa kollegiaalisuuden toteutumista kirurgisen klinikan vuodeosastoilla, sekä kehittää vuodeosastojen hoitohenkilöiden kollegiaalista työskentelyä.

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena kyselytutkimuksena. Aineisto kerättiin sähköisellä väittämälomakkeella, jonka laatimisessa hyödynsimme Kumpurinteen & Järvisen (2008) opinnäytetyössään käyttämää kysymyslomaketta. Kyselylomake tehtiin Webropol-työkalulla internetissä ja linkki kyselyyn lähetettiin viidellekymmenelle (51) kirurgisten vuodeosastojen hoitajalle sähköpostitse. Kyselyyn vastasi 23 hoitajaa, vastausprosentti oli siten 45%. Tutkimusaineisto analysoitiin Webropol-työkalun avulla.

Tutkimuksen tulokset ovat suuntaa antavia pieneksi jääneen vastausprosentin vuoksi. Ne antavat kuitenkin viitteitä siitä, millaisena hoitohenkilöiden välinen kollegiaalisuus työssä näyttäytyy. Pääosin ammatillinen yhteistyö ja vuorovaikutus vaikuttavat olevan toimivia tutkimillamme osastoilla. Hoitohenkilöt kuvasivat kollegiaalisuuden tarkoittavan työssään eniten luottamusta, avun antamista, sekä arvostusta ja kunnioitusta toista hoitajaa ja hänen työtään kohtaan. Ammattinimikkeellä, iällä ja työssäoloajalla ei ollut suurta merkitystä vastauksissa.

Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää osastoilla kollegiaalisuuden työilmapiirin kehittämisessä. Osastot voivat käyttää tuloksia työnohjauksen, koulutuksen ja kehityskeskustelujen yhteydessä. Tutkimustuloksia voidaan käyttää hyväksi myös muissa toimipisteissä sosiaali- ja terveysalalla työhyvinvoinnin lisäämiseksi.

Asiasanat: kollegiaalisuus, yhteistyö, vuorovaikutus, työyhteisö

## ABSTRACT

Korva, Johanna & Kultanen, Niina. Collegiality among nurses on surgical wards. 51 p., 2 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2012.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Option in Public Health Care. Degree: Public Health Nurse.

The objective of the research was to find out how collegiality appeared among nurses on surgical wards. The study investigated collegiality focusing on professional collaboration and interaction. The study was done in cooperation with a surgical clinic in the capital area.

The study was quantitative and material was collected by an electronic questionnaire. The questionnaire was sent to 51 nurses and 23 of them responded. The response rate was 45%. Due to this, results of the study are approximate.

According to the study, nurses seemed to appreciate each other as colleagues. The results showed that nurses trusted each other's professional work and felt that they were trusted as well. The respondents claimed that they received feedback and commendation less than they gave it to others. Nurses found it easy to intervene in other nurses' professional action if needed.

This study indicates that collegiality works quite well between nurses on these specific wards. The study may benefit the head nurses to develop education, supervision and well-being in the work community.

Keywords: collegiality, cooperation, interaction, nurses, work community

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	6
2 KOLLEGIAALISUUS .....	8
2.1 Mitä on kollegiaalisuus? .....	8
2.2 Ammattietiikka ja kollegiaalisuus .....	10
2.3 Epäkollegiaalisuus ja kollegiaalisuuden edistäminen .....	11
3 VUOROVAIKUTUS KÄSITTEENÄ.....	13
3.1 Mitä on vuorovaikutus?.....	13
3.2 Sosiaalinen vuorovaikutus.....	13
3.3 Toimivan vuorovaikutuksen tuntomerkit .....	14
4 AMMATILLINEN YHTEISTYÖ JA AMMATILLINEN VUOROVAIKUTUS TYÖYHTEISÖSSÄ.....	15
4.1 Yhteistyö ja ammatillinen yhteistyö käsitteinä.....	15
4.2 Yhteistyötaidot ja valmiudet.....	16
4.3 Hoitohenkilöiden välisen ammatillisen yhteistyön erityispiirteet.....	16
4.4 Moniammatillinen yhteistyö hoitotyössä .....	18
4.5 Ammatillinen vuorovaikutus työyhteisössä .....	20
4.6 Ammatillista yhteistyötä edistävät ja heikentävät tekijät .....	22
4.7 Yhteistyön ja vuorovaikutuksen vaikutus hoidon laatuun .....	23
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN JA TUTKIMUSMENETELMÄ .....	26
5.1 Tutkimuskysymykset .....	26
5.2 Yhteistyötahon esittely .....	26
5.3 Aineistonkeruumenetelmä .....	27

5.4 Tutkimusmenetelmä .....	28
5.5 Opinnäytetyöprosessin kuvaus.....	29
6 TUTKIMUSTULOKSET .....	31
6.1 Taustatiedot.....	31
6.2 Hoitohenkilöiden välisen vuorovaikutuksen ilmeneminen.....	32
6.3 Hoitohenkilöiden välisen ammatillisen yhteistyön ilmeneminen.....	34
6.4 Mitä hoitohenkilöt kokevat kollegiaalisuuden tarkoittavan työssään? .....	36
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	38
7.1 Tutkimustuloksien tulkinta .....	38
7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys .....	41
7.3 Opinnäytetyöprosessin pohdinta ja jatkotutkimusehdotukset .....	42
LÄHTEET.....	45
LIITE 1: Kyselylomake .....	48
LIITE 2: Saatekirje kyselyyn.....	51

## 1 JOHDANTO

Opinnäytetyössämme tutkimme kollegiaalisuutta määrittelevien ilmiöiden, ammatillisen yhteistyön ja ammatillisen vuorovaikutuksen ilmenemistä hoitohenkilöiden välillä kahdella kirurgisella vuodeosastolla. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa kollegiaalisuuden toteutumista käytännössä sekä edistää ja kehittää vuodeosastojen henkilöstön kollegiaalista työskentelyä. Opinnäytetyö on toteutettu kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena yhteistyössä pääkaupunkiseudulla sijaitsevan kirurgisen klinikan kanssa.

Valitsimme aiheeksemme kollegiaalisuuden tutkimisen, koska se on mielestämme tärkeä ja mielenkiintoinen aihe. Oli myös mielenkiintoista selvittää, millaisena kollegiaalisuus näyttäytyy vaativassa ja kiireisessä työympäristössä. Aiheen tutkimisesta on hyötyä itsellemme tulevaisuuden hoitotyön asiantuntijoina sekä tutkimusosastoille kollegiaalisuuden kehittämisessä.

Hoitajilta odotetaan tänä päivänä korkeatasoista osaamista monilla eri osaamisalueilla. Tällaisia osaamisalueita ovat esimerkiksi ammattitaito, ihmissuhdetaidot, yhteistyötaidot ja vastuullisuus. Työssä joudutaan usein myös tekemisiin eettisten kysymysten kanssa, jotka vaativat monialaista tarkastelua ja yhdessä pohtimista. Hoitoalalla työn määrä ja resurssit ovat harvoin tasapainossa ja työ voi olla raskasta niin fyysisesti kuin henkisesti. Kollegiaalisuudella on suuri merkitys yksilön ja ryhmän työhyvinvointiin ja -viihtyvyyteen. Kollegiaalisuus tukee yksilöä ja koko työyhteisöä jaksamaan työssään kasvavien paineiden alla, monien muiden positiivisten vaikutusten lisäksi.

Kollegiaalisuutta on tutkittu jonkin verran muun muassa sairaanhoitajien välillä (Rämänen & Vehviläinen 1994; Haapaniemi & Hiltunen 2000; Latvala 2001; Kurtti-Sonninen 2003; Peltola 2003), kättilöiden välillä (Järvinen & Kumpurinne 2008) sekä useiden eri ammattiryhmien, kuten opettajien, lääkäreiden, sosiaalityöntekijöiden ja psykologien välillä (Kurtti-Sonninen 2003). Tutkimustulokset osoittavat kollegiaalisuutta ilmenevän eniten yksilövastuisessa hoitotyössä, jonka periaatteena on toimia tasavertaisessa yhteistyössä kollegojen kanssa.

(Peltola 2003, 16). Kollegiaalisuuden tutkiminen etenkin hoitotyöntekijöiden välillä on tärkeää, koska kollegiaalisuuden kehittämisellä ja toimivalla kollegiaalisuudella on vaikutusta potilaan hyvän hoidon suunnitteluun ja toteutumiseen.

Tässä työssä hoitohenkilöllä tarkoitamme laillistettua terveydenhuollon ammattihenkilöä, jolla on lähi- tai perushoitajan tai sairaanhoitajan ammattinimike ja ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994).

## 2 KOLLEGIAALISUUS

### 2.1 Mitä on kollegiaalisuus?

Kollegiaalisuus tarkoittaa samaa tai eri ammattia harjoittavien yksilöiden tai ryhmien välistä tasavertaista ammatillista suhdetta (Rämänen & Vehviläinen 1994, 1), jota määritellään muun muassa ammatillisen vuorovaikutuksen ja yhteistyön avulla (Kurtti-Sonninen 2003, 36). Kollegiaalisuutta voi esiintyä yksilö- ja ryhmätasolla. Sen tunnuspiirteitä ovat ei-hierarkisuus, sosiaalinen vuorovaikutus, yhtenäisyys, yhteinen päämäärä ja päätöksenteko. Kollegiaalisuus ilmenee yksilöiden käyttäytymisessä, ja sen ilmenemismuotoja ovat kollegan eli työtoverin arvostus ja kunnioitus sekä tasa-arvoisuus, luottamus ja ystävällisyys työtoveria kohtaan. (Kurtti-Sonninen 2003, 37.) Kollegiaalinen käyttäytyminen merkitsee myös kollegan auttamista ja tukemista työtehtävissään, puuttumista hienotunteisesti kollegan virheelliseen toimintaan, sekä kehittävän palautteen antamista ja saamista. Näillä toiminnoilla kollegat vaikuttavat toistensa oppimiseen, jakaen ja kehittäen asiantuntijuuttaan. (Latvala 2001, 11.)

Kollegiaalisuus liittyy kaikkiin ammattiryhmiin, mutta erityisesti hoitoalan työhön (Haapaniemi & Hiltunen 2000, 12). Hoitotyössä kollegiaalisuus voidaan nähdä keinona, jonka avulla hoitajat voivat työskennellä ammatillisuuden edellyttämällä tavalla. Hoitotyössä kollegiaalisuus liittyy potilaskohtaiseen hoitotyöhön, työyhteisön yhdessä toimimiseen, persoonallisiin työtapoihin ja niissä kannustamiseen. Käytännössä ne merkitsevät esimerkiksi työn yhdessä suunnittelemista, kriittistä arviointia ja keskustelua erilaisista toiminnan tavoista, avun tarjoamista ja antamista, yhteisvastuullisuutta, erimielisyyksien käsittelyä, arvostuksen ja luottamuksen osoittamista, me-henkistä asennetta ja avoimuutta. Kollegiaalisuudella pyritään usein turvaamaan myös potilaan etua. Hoitajien selkeät yhdensuuntaiset tavoitteet ja toiminta lisäävät hoidon laatua sekä potilaan turvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden tunnetta. (Peltola 2003, 8-9.) Hoitajien välisen ammatillisen kanssakäymisen ja työn tavoitteellisuuden on todettu lisääntyvän kollegiaalisuuden ilmenemisen myötä. Kollegiaalisuuden on tutkittu



vahvistavan myös hoitohenkilöiden omaa ammatillisuutta ammatissa kehittämisen, työn arvostamisen, luottamuksen ja palautteen saamisen kautta. (Peltonen 2003, 42–44.)

Hoitohenkilöiden välinen kollegiaalisuus on toimivan työyhteisön ja potilaan hyvän hoidon lähtökohta. Kollegiaalisuus ilmenee yksilön käyttäytymisessä ja se on yksinkertaisimmillaan kollegan auttamista ja tukemista sekä kehittävän palautteen antamista ja saamista. (Latvala 2001, 11.) Kollegiaaliseen käyttäytymiseen vaikuttavat yksilön yhteistyövalmiudet ja vuorovaikutusosaaminen, työympäristö- ja yhteisö, yhteiskunnan normit ja säännöt, ammattietiikka, sekä yksilön sisäinen moraalit ja arvot (Kurtti-Sonninen 2003, 199).

Tunnetasolla kollegiaalisuus on parhaimmillaan ammattiryhmän sisäistä yhteenkuuluvuuden, yhtenäisyyden ja turvallisuuden tunnetta, joka antaa tukea ja voimaa työssä (Kurtti-Sonninen 2003, 39, 43). Työhön liittyvät positiiviset tunteet ja asenteet laajentavat myös näkemystä, lisäävät suorituskäkyä ja sosiaalisia voimavaroja, edistävät työntekijöiden terveyttä ja ehkäisevät psyykkisiä sairauksia, kuten työperäistä stressiä ja masennusta (Manka 2011, 7). Kollegiaalisessa työyhteisössä voi olla riitoja ja erimielisyyksiä, mutta niistä keskustellaan ja ne osataan sopia. Myös uuden työntekijän on turvallista työskennellä kollegiaalisessa työyhteisössä. Hän saa opastusta ja ohjausta käytännön työhönsä ja hänen yksilöllinen osaamisensa huomioidaan ja sitä tuetaan. Kollegiaalisuus syntyy ja kehittyy koulutuksen, työssä oppimisen sosiaalistumisen ja sitoutumisen myötä.

## 2.2 Ammattietiikka ja kollegiaalisuus

Kollegiaalisuutta ohjaa kunkin ammattiryhmän ammattietiikka. Ammattieettiset säännöt on luotu ohjaamaan ammattihenkilöiden toimintaa, huomioiden ammattialan erityispiirteet ja yhteiskunnassa yleisesti vallitsevat normit. (Kurtti-Sonninen 2003, 199.) Sairaanhoidajien toimintaa ohjaavat sairaanhoidajan eettiset ohjeet ja lähihoitajilla lähihoitajan eettiset ohjeet. Eettiset ohjeet määrittelevät hoitajien velvollisuuksia ja arvokkaana pidettyä käyttäytymistä (Rämänen & Vehviläinen 1994, 13). Eettisten sääntöjen lisäksi kollegiaalisuuteen kuuluu läheisesti arvot ja moraalit. Etiikka määrittelee miten ihmisten tulee käyttäytyä, moraalit tarkoittaa ihmisen ajattelu- ja toimintatapoja: ”Mikä on oikein ja mikä väärin?”. Yksilön sisäinen moraalit ja arvot heijastuvat puheeseen ja näkyvään toimintaan, ja ovat näin sidoksissa kollegiaaliseen käyttäytymiseen. (Kurtti-Sonninen 2003, 199–200.) Jotta hoitotyön keskeinen tehtävä toteutuisi, on henkilökohtaisen arvojen ja ammatin arvomaailman oltava samansuuntaisia. Tärkein hoitotyötä ohjaava arvo on ihmisarvo, joka tulisi olla hoitotyössä kaikille yhteinen. Hoitotiede korostaa myös holistista ihmiskäsitystä, eli ihmisen näkemistä psyykkisenä, fyysisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena. (Rämänen & Vehviläinen 1994, 10.)

Joillekin ammattiryhmille, kuten lääkäreille, on eettisten ohjeiston lisäksi kirjoitettu kollegiaalisuusohjeet, joissa opastetaan esimerkiksi erimielisyyksiin tai kollegan virheisiin liittyvissä tilanteissa (Suomen Lääkäriliitto 1999). Sairaanhoidajien väliseen kollegiaalisuuteen on viitattu Florence Nightingalen valassa ja siihen pohjautuvassa sairaanhoidajan lupauksessa (Rämänen & Vehviläinen 1994, 1), sekä myöhemmin eettisissä ohjeissa, joskin erillisiä kollegiaalisuusohjeita ei ole olemassa. Yhteiset säännöt ja ohjeet ovat välttämättömiä ammattiryhmän yhteiskunnallisen olemassaolon ja järkevän toiminnan kannalta. Eettiset tai kollegiaaliset ohjeet eivät kuitenkaan takaa kollegiaalisuuden toteutumista, vaan siihen vaikuttavat myös asenteelliset valmiudet ja sitoutuminen kollegiaaliseen toimintaan. (Kurtti-Sonninen 2003, 205.)

Ammattieettiset arvot muuttuvat ja muotoutuvat yhteiskunnan ja oman ammattillisen kehittymisen myötä. Arvomaailman ja yhteiskunnallisten velvollisuuksien muuttuessa myös ammattietiikan on muututtava jatkuvasti. (Rämänen & Vehviläinen 1994, 9.)

### 2.3 Epäkollegiaalisuus ja kollegiaalisuuden edistäminen

Kollegiaalisuus nähdään pääasiassa myönteisenä asiana, mutta kollegiaalisuutta voi esiintyä myös negatiivisessa muodossa. Negatiivinen kollegiaalisuus voi olla esimerkiksi epäeettistä toimintaa, kuten kollegan virheiden peittämistä tai niiden hyväksymistä. (Latvala 2001, 11.) Väärin ymmärretystä kollegiaalisuudesta voi tulla este kriittiselle hoitotyön arvioinnille ja kehitystä jarruttava tekijä (Peltola 2003, 7). Työyhteisössä esiintyvän epäkollegiaalisuuden toiminnan (kollegiaalisuuden puuttumisen) puolestaan on todettu ilmenevän kollegojen välisenä negatiivisena kilpailuna, juoruiluna, mykkäkouluna, merkittävyyden ja palkkojen vertailuna, työtoverin halveksintana, työstä lintsaamisena ja materiaalien tuhlaamisena. Epäkollegiaalisesta työyhteisöstä puuttuu tärkeitä perusasioita, kuten luottamusta ja toisen työn kunnioitusta. (Peltola 2003, 18.) Näiden puuttuminen johtaa helposti työilmapiirin tulehtumiseen ja sitä myötä työviihtyvyyden, työhyvinvoinnin ja työn laadun laskuun. Seurauksena voi olla potilaiden hoitovirheitä ja työpaikkakiusaamista. Epäkollegiaalisessa työyhteisössä myös kollegan käyttäytymiseen puuttuminen on koettu vaikeaksi (Kurtti-Sonninen 2003, 42–43).

Tutkimusten mukaan kollegiaalisuutta voidaan edistää vertaisarvioinnilla ja rakentavalla kritiikillä (Peltola 2003, 19). Peltolan (2003) sairaanhoitajille tekeissä haastatteluissa sairaanhoitajat kokivat kollegiaalisuutta edistäviksi tekijöiksi yksilön positiiviset persoonalliset luonteenpiirteet, kuten ystävällisyyden ja huumorintajun, työilmapiirin avoimuuden ja me-hengen, työtoverin arvostamisen, sekä työn kehittämisen vertaisarvioinnin, yhteisten palaverien ja työkierron avulla. Toisaalta näiden tekijöiden puute esti kollegiaalisuuden esiintymistä työyhteisössä, eli aiheutti epäkollegiaalisuutta. (Peltola 2003, 33.)

Kollegiaalisuutta voidaan edistää myös koulutuksilla, joissa vahvistetaan kommunikointi- ja viestintätaitoja, sekä erilaisilla yhteistoiminnan muodoilla. Myös toimintaympäristö voi mahdollistaa tai estää yhteistyön ja kollegiaalisuuden toteutumista. (Kurtti-Sonninen 2003, 38, 47.) Esimiehen roolia työyhteisön kollegiaalisuuden rakentamisessa ja ylläpitämisessä pidetään erityisen tärkeänä. Työyhteisön johtamistavalla, eli osastonhoitajan toiminnalla ja työhön liittyvillä järjestelyillä on suuri merkitys kollegiaalisuuden esiintymiseen. Esimieheltä odotetaan erityisesti hyvää käyttäytymistä, tasapuolisuutta, luotettavuutta, toiminnan organisointia ja oman esimerkin avulla avoimen ilmapiirin luomista. (Peltola 2003, 38–39.)

## 3 VUOROVAIKUTUS KÄSITTEENÄ

### 3.1 Mitä on vuorovaikutus?

Ihmisen vuorovaikutustaitoihin luokitellaan kuuluvaksi monia eri asioita. Kommunikointi eli viestintätaito on yksi tärkeimmistä vuorovaikutusmenetelmistä. Kommunikaatioon kuuluu erilaisia viestinnän tasoja kuten sanallinen viestintä, tunteiden viestintä, jonka erillisenä tasona intuitiivinen viestintä, fyysinen viestintä, johon kuuluu sanaton viestintä sekä voimien viestintä, joka voi olla sanattonta tai sanallista ja kumpuaa vihasta ja rakkaudesta sekä ylhäältä dominoivista ja hyväksyvistä elementeistä. (Kauppila 2005, 22, 27.)

Sanattoman eli nonverbaalisen vuorovaikutuksen arvioidaan olevan 60% sosiaalisen kanssakäymisen vuorovaikutuksesta. Sanattomaan viestintään kuuluvat eleet ja ilmeet, jotka kertovat ihmisestä enemmän kuin sanat. Nonverbaaliseen vuorovaikutukseen luokitellaan kuuluvaksi myös asennot, kosketus, vaahtetus ja ajan- sekä tilankäyttö. Erityisesti kosketuksella voidaan ilmaista paljon, muun muassa rakkautta, turvaa ja ymmärtämistä. (Kauppila, 2005, 33.)

### 3.2 Sosiaalinen vuorovaikutus

Ihmisten välillä tapahtuvaa toimintaa eri ympäristöissä kutsutaan sosiaalseksi vuorovaikutukseksi. Jo varhain lapsuudessa alkaa sosialisatioprosessi eli ihmisen kehittyminen ihmisyhteisön jäseneksi sosiaalisilta taidoiltaan. Tässä prosessissa ihminen oppii käyttäytymissäännöt ja toimintatavat, jotka vallitsevat kyseisen yhteiskunnan normeissa ja arvoissa. Perheellä, koululla ja ystäville on erittäin oleellinen rooli yksilöille vuorovaikutuksen opettajina. (Kauppila 2005, 19.)

Sosiaalinen kyvykyys on osa vuorovaikutustaitoja, joihin kuuluu monia sosiaalisiin taitoihin liittyviä asioita. Vuorovaikutustaitoja ovat muun muassa kyky

tulla toimeen toisten ihmisten kanssa esimerkiksi toimimalla ryhmässä tai neuvottelemalla, eli myös yhteistyökyky ja yhteistoimintakyky. Henkilön luonne ja temperamentti vaikuttavat suurelta osin sosiaaliseen kyvykkyyteen. Sosiaalisuutta voi kuitenkin harjoittaa ja kehittää kouluttautumalla ja hankkimalla kokemusta siitä. (Kauppila 2005, 23.)

Sosiaalista herkkyyttä on se, että havaitsee ja huomaa millaisessa asemassa toinen tai toiset ovat vuorovaikutustilanteessa. Toisen sosiaalinen havaitseminen ja nonverbaalisen viestinnän tulkitseminen auttaa ymmärtämään toista osapuolta vuorovaikutuksessa. Vaikea kysymys kuitenkin on kuinka paljon toista osapuolta voi tulkita ja mitä hänestä voi lukea. Empatia on oleellinen osa koko vuorovaikutustilannetta. Empatia on osallistumista toisen tilanteeseen tunnetasolla, toisen ymmärtämistä sekä tärkeä ammatillinen ulottuvuus muun muassa koulu- ja hoitoalalla. (Kauppila 2005, 23-24.)

### 3.3 Toimivan vuorovaikutuksen tuntomerkit

Hyvän vuorovaikutuksen tuntomerkkejä ovat muun muassa positiivinen sosiaalinen kontakti ja luottamus. Hyvä sosiaalinen vuorovaikutus määritellään tehokkaaksi ja päämääriin pyrkiväksi sekä yhteistyösuhteita säilyttäväksi. Tärkeää on, ettei vuorovaikutus ole liian tuloskeskeistä vaan siinä kyetään säilyttämään hyvä ilmapiiri ja yhteishenki. (Kauppila 2005, 70.)

Joustavan vuorovaikutustavan omaava henkilö tulee toimeen erityisen hyvin palveluammateissa ja ihmiset ovat häneen yleensä tyytyväisiä. Joustavassa vuorovaikutustavassa henkilö tulee toimeen monitahoisissa, muuttuvissa ja vaikeissa ihmissuhdetilanteissa. Henkilö, joka omaa tämän vuorovaikutustavan välttää alitajuista valittamista joutaessaan tai toimiessaan jonkun toisen mielen mukaisesti. Kohteliaisuus, toisen huomioonottaminen ja kiireettömyys vuorovaikutustilanteissa ovat osa joustavaa vuorovaikutustyyliä. (Kauppila 2005, 59–60.)

## 4 AMMATILLINEN YHTEISTYÖ JA AMMATILLINEN VUOROVAIKUTUS TYÖYHTEISÖSSÄ

### 4.1 Yhteistyö ja ammatillinen yhteistyö käsitteinä

Kyky tehdä yhteistyötä on ollut ihmiskunnan evoluution ja kehityksen kannalta merkittävä ominaisuus ja tekijä. Yhteisin ponnisteluin on historiassa metsästetty, sodittu, rakennettu, keksitty uusia toimintatapoja ja ratkottu ongelmia. (Isoherranen ym. 2008, 26.) Yhteistyötä tarkoittava englanninkielinen sana ”collaboration” juontaa juurensa latinankielen sanasta ”collaborare”, joka tarkoittaa yhdessä työskentelemistä (Haapaniemi & Hiltunen 2000, 11). Ammatillinen yhteistyö on yksi kollegiaalisuutta määrittelevä ilmiö, joka liittyy läheisesti ammatilliseen vuorovaikutukseen. Ammatillisesta vuorovaikutuksesta yhteistyö kuitenkin eroaa syvällisempänä ja mahdollisesti pidempikestoisena ammattihenkilöiden yhteistoimintana. Ammatilliselle yhteistyölle ovat tutkijat kirjoittaneet useita samantyyppisiä ja vaihtelevia määrittelyjä. Tutkijoiden mukaan ammatillinen yhteistyö sisältää yhteistoiminnallisuuden, yhteisen päämäärän, sitoutumisen ja vastuullisuuden (Kurtti-Sonninen 2003, 43–44). Lisäksi ammatillisen yhteistyön tunnusmerkeiksi mainitaan usein keskinäinen luottamus, kunnioitus ja yhteinen päätöksenteko (Latvala 2001, 10). Ammatillisen yhteistyön määrittelemisen riippuu myös siitä, keiden välistä yhteistyötä halutaan kuvata; yksilöiden, ammattiryhmien vai organisaatioiden (Kurtti-Sonninen 2003, 44).

Tässä työssä ammatillisella yhteistyöllä tarkoitamme sosiaalisessa vuorovaikutuksessa tapahtuvaa yhteiseen tavoitteeseen pyrkivää toimintaa työyhteisössä. Korostamme myös luottamuksen, tietojen ja taitojen jakamisen, sekä toisilta oppimisen merkitystä työyhteisössä. Tässä työssä kuvaamme hoitohenkilöiden välistä ammatillista yhteistyötä tutkimillamme kirurgisilla vuodeosastoilla.

## 4.2 Yhteistyötaidot ja valmiudet

Toimiva yhteistyö syntyy yhteistyöosaamisesta, joka liittyy sekä työntekijöiden yksilöllisiin ominaisuuksiin että ulkoisiin tekijöihin, kuten työympäristöön ja yhteisöön, organisaatioon ja yhteiskuntatason ilmiöihin. Ihmisen yhteistyövalmiuksien kehittyminen alkaa jo syntymästä ja jatkuu läpi elämän. Hyviin yhteistyötaitoihin kuuluvat hyvä itsetunto ja itseluottamus, toisen työn arvostaminen, vastuullisuus, sitoutuminen, sekä optimistinen asennoituminen yhteistyöhön. (Latvala 2001, 12.) Toimiminen erilaisissa ryhmissä, kuten perheessä, ystäväpiirissä, harrasteryhmissä, uskonnollisissa ryhmissä tai työyhteisöissä kehittää yhteistyötaitoja ja lisää yhteistyövalmiuksia. Yhteistyövalmiuksiin kuuluvat muun muassa hyvä ammatillinen itsetunto, toisen työn tunteminen ja arvostaminen, sekä oma asennoituminen yhteistyöhön. (Latvala 2001, 12.) Yhteistyötaidot ovat merkittävässä asemassa hoitoalan työssä.

Yhteistyötaitoja voi harjoitella itsenäisesti arkipäivän työtilanteissa, sekä koulutuksen ja roolimallien avulla. Oppiminen voi viedä aikaa ja se vaatii realistiset tavoitteet. (Haapaniemi & Hiltunen 2000, 13.) Harjoittelun voi aloittaa esimerkiksi kiittämällä ja kehumalla työkaveria tai esimiestä. Erityisen tärkeää olisi nostaa esille myönteisiä näkökulmia, työssä onnistumisia tai asioita, joista on elämässään kiitollinen. (Manka 2011.)

## 4.3 Hoitohenkilöiden välisen ammatillisen yhteistyön erityispiirteet

Hoitoalalla tapahtuvan ammatillisen yhteistyön erityispiirteitä ovat potilaan tarpeisiin liittyvä yhteinen päämäärä ja kollegiaalisuus. Yksilövastuisen hoitotyön mallin mukainen työskentely on yleistynyt suomalaisessa terveydenhuollossa ja suuri osa hoitajista toimii niin kutsuttuina omahoitajina. Tässä hoitotyön mallissa jokaisen hoitohenkilön on sitouduttava yhteiseen tavoitteeseen ja otettava vastuu omasta työstään ja potilaastaan. Yksilövastuisessa hoitotyössä korostetaan kollegiaalisuuden tuen antamista. Kollegiaalisessa työyhteisössä vastuuta otetaan myös työtovereiden työn onnistumisesta opastamalla ja avustamalla heitä am-



matillisessa kasvussa, sekä tukemalla ja puolustamalla heitä päätöksissään. Hoitohenkilön on tärkeää kehittää itseään, tunnistaa omat oppimisen tarpeensa ja etsiä apua kokeneimmilta. Tarvittaessa hoitohenkilö puuttuu epätarkoituksenmukaiseen toimintaan ja keskustelee siitä rakentavasti asianosaisen kanssa. Hoitotyössä oman ammatillisuuden ja asiantuntijuuden kehittäminen on tärkeää jo esimerkiksi nopeasti vaihtuvien tutkimus- ja hoitomenetelmien vuoksi. Kehittyminen vaatii yhteistyötä toisten hoitohenkilöiden ja asiantuntijoiden kanssa. Hoitoalan yhteistyössä ei korosteta hierarkiaa, vaan pyritään tasa-arvoon. Yhteinen päätöksenteko ja tunne siitä, että voi vaikuttaa asioihin, vahvistaa työhön sitoutumista. (Haapaniemi & Hiltunen 2000, 14–16, 68–70.)

Latvala (2001) tutki erikoissairaanhoidossa työskentelevien sairaanhoitajien ammatillista yhteistyötä. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat kokivat yhteistyön kehittämisen tärkeäksi tiedon lisääntymisen, kokonaisnäkömyksen ja oman ajattelun laajenemisen, sekä keskinäisen luottamuksen lisääntymisen vuoksi. Tärkeimpänä oman oppimisen ja ammatin kehittymisen kannalta sairaanhoitajat pitivät yhteistyön kehittämistä oman työyksikön sairaanhoitajien välillä. (Latvala 2001, 56, 61.) Sekä Latvalan (2001) että Haapaniemen & Hiltusen (2000) tutkimuksissa sairaanhoitajat kokivat tärkeimmiksi yhteistyökumppaneikseen toiset sairaanhoitajat. Yhteistyön tärkeys korostui esimerkiksi elvytys- ja kriisitilanteissa, jotka ovat hoitoalalla tyypillisiä tilanteita (Latvala 2001, 59).

Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa kerrotaan sairaanhoitajan velvollisuudeksi kehittää jatkuvasti ammattitaitoaan, sekä arvioida omaa ja muiden hoitohenkilöiden pätevyyttä. Ohjeissa neuvotaan tukemaan työtoveria päätöksenteossa, työssä jaksamisessa ja ammatillisessa kehitymisessä, kunnioittamaan työtovereiden ja muiden ammattiryhmien asiantuntemusta, sekä pyrkimään hyvään yhteistyöhön hoitoon osallistuvien henkilöiden kanssa. (Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2006.) Myös lähihoitajan työtä ohjaavat Lähihoitajan eettiset ohjeet korostavat vastuullisuutta, kunnioittamista ja osallistumista työyhteisössä (Suomen lähi- ja perushoitajaliitto ry).

#### 4.4 Moniammatillinen yhteistyö hoitotyössä

Moniammatillinen yhteistyö on eri ammattiryhmien asiantuntijoiden välistä suunniteltua yhteistyötä, jossa hyödynnetään eri näkökulmia, sekä yksilöllistä ja yhteistä osaamista. Asiantuntijuus tarkoittaa asiantuntemuksen lisäksi tiedon jakamista, selville ottamista ja tulkitsemista. (Kuivamäki & Patteri 2003, 4, 6.) Moniammatillisessa yhteistyössä korostuvat tasa-arvo, vastuu ja luottamus työryhmän jäsenten välillä, ja se edellyttää yhteistyötaitoja ja -asennetta, sekä itse-tuntemusta ja avarakatseisuutta. Kun arvostaa muiden ammattilaisten asiantun-tijuutta ja arviointia, voi olettaa, että tähän vastattaisiin samoin. Moniammatilli- sessa yhteistyössä toimitaan yhteisten tavoitteiden eteen, mutta yhteisten toi- mintaa ohjaavien arvojen saavuttaminen voi viedä aikaa ja vaatia ohjausta. Sik- si työryhmä tarvitseekin johtamista ja tukea, sekä koulutusta ja harjoittelua yh- dessä työskentelyyn. Toimiva yhteistyö lisää ammattiryhmien välistä vuorovai- kutusta, kollegiaalisuutta, arvostusta ja luottamusta. (Haapaniemi & Hiltunen 2000, 13–14.) Moniammatillinen yhteistyö voi parhaimmillaan olla oppimispro- sessi, joka kumoo vanhoja pinttyneitä ajattelu- ja työtapoja. Latvalan (2001) sairaanhoitajille tekemässä kyselytutkimuksessa sairaanhoitajat kokivat eniten omaan oppimiseen vaikuttaneiksi oppimistilanteiksi juuri moniammatillisen yh- teistyön (Latvala 2001, 20, 58).

Hoitoalan työhön sisältyy usein moniammatillinen yhteistyö eri asiantuntijoiden, kuten sairaanhoitajien, lähihoitajien, lääkäreiden, fysioterapeuttien, toimintate- rapeuttien ja sosiaalityöntekijöiden välillä. Eri ammattiryhmien lisäksi yhteistyötä tehdään potilaiden ja usein myös omaisten kanssa, joiden asiantuntijuus on tär- keää huomioida hoidon suunnittelussa ja päätöksenteossa. Laki potilaan ase- masta ja oikeuksista velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilön antamaan potilaalle tarvittavaa tietoa, neuvontaa ja ohjausta hänen hoidostaan ja ter- veydestään, sekä toimimaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan (Laki poti- laan asemasta ja oikeuksista 1992).

Hoitoalalla moniammatillista yhteistyötä tehdään monin eri tavoin ja muodoin. Yleisimpiä yhteistyömuotoja ovat työyksikön yhteiset kokoontumiset (pitäen si-

sällään osastokokoukset, hoitohenkilökunnan keskinäiset kokoukset, vapaa-ajan tapahtumat), konsultointi, sähköinen dokumentointi, vertaisarviointi ja tiimi- ja projektiarviointi, yksilövastuinen hoitotyö, tiimi- ja projektityö, sekä verkostoituminen. (Latvala 2001, 13, 41.) Sairaanhoitaja on moniammatillisessa työryhmässä hoitotyön asiantuntija. Häneltä odotetaan muun muassa yhteistyövalmiuksia, päätöksentekokykyä, teknologian hallintaa, tiedonhankkimisvalmiuksia, johtamistaitoja, hoitotyön erikoisosaamista, hyviä käytöstapoja, sekä luovuutta. (Kuivamäki & Patteri 2003, 6.)

Haapaniemen ja Hiltusen (2000) sairaanhoitajille tekemässä kyselytutkimuksessa sairaanhoitajat ilmoittivat tekevänsä eniten yhteistyötä toisten sairaanhoitajien, hoitotyöntekijöiden ja lääkäreiden kanssa. Yhteistyö toisten sairaanhoitajien kanssa koettiin tärkeimmäksi. Muita tärkeitä yhteistyökumppaneita olivat osastonhoitajat, osastosihteerit, kuntoutuksen ammattiryhmät ja hoitoa ja tutkimusta avustavat ammattiryhmät. (Haapaniemi & Hiltunen 2000, 47.)

Kuivamäki ja Patteri (2003) tutkivat sairaanhoitajan näkökulmasta moniammatillisen yhteistyön toteutumista erikoissairaanhoidossa. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat osallistuivat tasavertaisina päätöksentekoon ja heidän ammatillinen osaamisensa täydensi hyvin työryhmän muuta osaamista. Hyvin toteutunutta yhteistyötä ohjasivat yhteiset arvot ja hyvän hoidon periaatteet. Hyvillä organisatorisilla edellytyksillä, kuten johdon tuella, tiedottamisella ja riittäväillä resursseilla, oli myönteinen vaikutus moniammatilliseen yhteistyöhön. Lisäksi Kuivamäki ja Patteri toteavat tutkimuksessaan, että sairaanhoitajan osaamisen, asiantuntijuuden ja yhteistyötaitojen tukemisella voitaisiin edistää sairaanhoitajien osallistumista moniammatilliseen yhteistyöhön. (Kuivamäki & Patteri 2003, 81–82.)

#### 4.5 Ammatillinen vuorovaikutus työyhteisössä

Työyhteisössä työtovereiden kanssa tulee pystyä keskustelemaan yhteisistä asioista ja tulemaan toimeen kaikkien kanssa. Keskustelu on tärkeä elementti työyhteisössä, näin saadaan esille kaikkien erilaiset käsitykset ja näkökulmat joiden avulla voidaan luoda yhteistä todellisuutta työyhteisöön. Toinen toisiltaan oppiminen on tärkeä rooli työyhteisön vuorovaikutuksessa, näin itse kunkin näkemykset voivat laajentua. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 99.)

Työyhteisössä tulisi vallita oppivan vuorovaikutuksen keskustelukulttuuri. Tämä mahdollistaa sen, että jokaisella työntekijällä on oikeus ja velvollisuus keskustella työasioista työaikana. Kenenkään ei tulisi loukkaantua keskusteltaessa, eikä myöskään loukata ketään. Oppivan vuorovaikutuksen keskustelukulttuuriin kuuluu asiallisen palautteen antaminen, asioiden puheeksiotto ja kysymyksien kysyminen niin työtovereiden, kuin esimiehenkin puolelta. Työyhteisön avoimeen keskustelukulttuuriin ei kuulu selän takana puhuminen, toisen arvostamista on keskustella asioista avoimesti. Palautteen antaminen ja saaminen ovat tärkeitä asioita työyhteisössä, niitä voi opetella ja kehittää. Oppiva vuorovaikutus kuitenkin vaatii sen, että molemmat vuorovaikutuksen osapuolet uskaltavat sanoa, kykenevät kuulemaan ja haluavat myös itse tulla vaikutetuiksi toisen viesteistä. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 100.)

Työyhteisössä työntekijät antavat asioille merkityksiä, merkitykset voivat olla hyvinkin erilaisia eri ihmisille. Merkitykset ovat suuntaviivana työntekijän ajatuksille ja toiminnalle. Usein merkityksiin liittyy myös tunteita, merkityksen antaminen jollekin asialle ei siis muodostu pelkästään järkisyyistä. Merkitys on myös tulkintaa siitä miten jotkin asiat ovat tietyllä hetkellä. Työyhteisön vuorovaikutuksessa tulisi pyrkiä erilaisten merkityksien jakamiseen, koska ne voivat olla ristiriitaisia keskenään. Näin yhteisen vuorovaikutuksen avulla voitaisiin päästä mielekkääseen kanssakäymiseen. Kaikkien kanssa ei tarvitse olla samaa mieltä, kuitenkin työtovereiden tulisi ymmärtää toistensa mielipiteitä jatkaakseen kehittävää keskustelua ja kyetä tarpeen vaatiessa muuttamaan omia merkityksiään ammatillisesti. Fakta kuitenkin on, että usein asioille ei ole yhtä

ainoa oikeaa totuutta, vaan on monia hyviä vastauksia. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 100–101.) Ammatillisessa asiantuntijoiden dialogissa osapuolet pyrkivät löytämään vuorovaikutuksen avulla jotain uutta, josta voivat molemmat tulla viisaammiksi (Korhonen 2008).

Tärkeä osa työyhteisön vuorovaikutusta on kuuntelu. Työtoverin kuunteleminen saattaa olla kuitenkin haastavaa, sillä toisen erilaisten mielipiteiden ja erilaisuuden sietäminen on haastavaa. Kuunnellessa joutuu myös kyseenalaiseen omia käsityksiään toisen mielipiteiden varjossa. Kuuntelijan tulee siis olla kärsivällinen ja ymmärtää kuuntelemisen merkitys, koska toisen ihmisen ajatusmaailman ymmärtäminen voi olla ärsyttävän hidasta ja monimutkaista. Kuuntelijan tulee myös olla heti arvostelematta toisen mielipidettä, vaan vastaanottaa se sellaisenaan ja kuunnella loppuun asti, näin hän voi ammentaa ja ymmärtää siitä enemmän. Kuuntelu on olennaista työyhteisössä, sillä jokaisella on myös tarve tulla kuulluksi. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 102–103.)

Hyvän vuorovaikutuksen onnistuminen työyhteisössä hoitoalalla edellyttää työntekijöiltä itsensä johtamisen taitoa. Itsensä johtaminen tarkoittaa sitä, että työntekijä on tietoinen omista tunteistaan, tarpeistaan, arvostuksistaan, omista käyttäytymismalleistaan sekä kykyä tarkkailla. Näin voidaan välttää keskusteluissa turhat toisten syyttelyt. Tällöin työntekijä uskaltaa kohdata omat puutensa ja negatiiviset puolensa. Tämä mahdollistaa työntekijälle pohdinnan siitä, mikä hänen oman toimintansa merkitys on työyhteisön ilmapiirille ja keskustelukulttuurille, sillä jokainen voi olla omalla toiminnallaan esteenä tai edesauttajana avoimelle keskustelukulttuurille. Kuitenkaan rehellisyyttä ei tule käyttää hyväksi ja näin loukata toisia yhteisössä. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 103.) Ammatillinen vuorovaikutus poikkeaa siis tavanomaisesta vuorovaikutuksesta monin tavoin, osapuolten syvällisin päämäärä on oppia toiselta jotakin uutta ja olla valmis jakamaan ja vastaanottamaan ammatillisia tietoja. (Korhonen 2008).

#### 4.6 Ammatillista yhteistyötä edistävät ja heikentävät tekijät

Ammatilliseen yhteistyöhön vaikuttavat tekijät liittyvät sekä työntekijöiden yksilöllisiin ominaisuuksiin, että ulkoisiin tekijöihin, kuten työympäristöön ja yhteisöön, organisaatioon ja yhteiskuntatason ilmiöihin. Ammatillista yhteistyötä edistävien tekijöiden on tutkittu olevan työyhteisön sosiaalisiin suhteisiin, rakenteisiin ja yksilön ominaisuuksiin liittyviä asioita. Tällaisia työyhteisön sosiaalisiin suhteisiin liittyviä asioita ovat esimerkiksi ammattiryhmien välinen ymmärrys, hyväksyvä ilmapiiri, luottamus, kunnioitus, arvostus, tasapuolisuus, kollegiaalisuus, halu yhteistyöhön sekä palautteen antaminen ja saaminen. Työyhteisön rakenteisiin liittyviä yhteistyötä edistäviä tekijöitä ovat yhteistyön suunnittelu ja säännöt, yhteiset koulutukset ja tilaisuudet, tieto toisen työstä ja yhteistyökäytännöistä, toimitilojen läheisyys, taloudellisuusajattelu sekä esimiehen tuki ja esimerkki. Ammatillista yhteistyötä edistäviksi yksilön ominaisuuksiksi on puolestaan todettu joustavuus, jämäkkyys ja avoimuus. (Kurtti-Sonninen 2003, 46.) Haapaniemen ja Hiltusen (2000) tutkimuksessa sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että yhteistyökumppaneiden tunteminen edistää yhteistyötä. Myös avoimuus, ammattiryhmien molemminpuoleinen kunnioitus ja yhteiset koulutukset tai tilaisuudet koettiin yhteistyötä edistäviksi tekijöiksi. (Haapaniemi & Hiltunen 2000, 49.)

Moniammatillista yhteistyötä voidaan parantaa yhtenäisellä päätöksentekotavalla, arvostamalla omaa työpanosta, ilmaisemalla omia näkemyksiä ja mielipiteitä, sekä sosiaalisilla vuorovaikutustaidoilla ja päätöksentekokyvyllä (Kuivamäki & Patteri 2003, 6–7). Yhteistyöhön on tärkeää panostaa niin hyvinä, kuin vaikeinakin aikoina. Hyvinvoinnin kannalta henkilökunnan yhteisöllisyyden ja yhteisen hengen etsiminen ja sen tavoittaminen on asia, jonka eteen kannattaa tehdä töitä. Ongelmien ja loppuun palaneiden työntekijöiden täyttämä työyhteisö ei yllä huippusuoritukseen, saati uudistumiseen. (Manka 2011, 6.)

Yhteistyötä heikentäviä organisaation rakenteista johtuvia tekijöitä ovat tutkimusten mukaan kiire, voimavarojen puute, rutiinit, hierarkia, byrokrania ja henkilöstön siirrot. Työyhteisön sisäisiin tekijöiden liittyviä yhteistyötä heikentäviä te-

kijöitä ovat huono yhteistyön suunnittelu ja tiedonkulku, puutteelliset tiedot toisen työstä, ennakkoluulot, kirjoittamattomat säännöt, luottamuksen ja arvostuksen puute, loukkaava ja epäasiallinen työtoverin kohtelu, työtovereihin ja työpaikkaan kohdistuvat pelot ja epävarmuus, mielipide-erot ja konfliktit, sukupuoleen liittyvät tekijät ja kateus (Kurtti-Sonninen 2003, 46–47, Haapaniemi & Hiltunen 2000, 62–63). Lisäksi Kuivamäki ja Patteri (2003) mainitsevat yhteistyötä heikentäviksi tekijöiksi itsenäisyyden puuttumisen, epärealistiset odotukset ja vastustuksen ammattiryhmiä ja yhteistyötä kohtaan, sekä yhteisen kielen (ajattelumallin) puuttumisen (Kuivamäki ja Patteri 2003, 10).

Moniammatillista yhteistyötä heikentäväksi tekijäksi on koettu yhteisten kokoontumisten vähyys tai puuttuminen. Myös toisen työn kunnioittamisen puute on aiheuttanut negatiivisia yhteistyökokemuksia sairaanhoitajissa. Lääkäreiden ja sairaanhoitajien välisessä yhteistyössä sairaanhoitajat ovat kokeneet työnsä vähempiarvoiseksi, eivätkä apua tarjotessaan ole tulleet tarpeeksi kuulluksi potilaan hoitoon liittyvissä asioissa. (Latvala 2001, 66.)

#### 4.7 Yhteistyön ja vuorovaikutuksen vaikutus hoidon laatuun

Hyvällä ammatillisella yhteistyöllä ja vuorovaikutuksella on kiistatta vaikutus potilaiden hoitamiseen ja hoidon laatuun. Terveystieteiden alueella on tehty runsaasti sekä kotimaisia että ulkomaisia tutkimuksia moniammatillisesta yhteistyöstä, joiden tulokset ovat osoittaneet moniammatillisen yhteistyön merkityksen hoidon laadun paranemisessa. (Latvala 2000, 8.) Hoidon laadun kehittäminen onnistuu parhaiten moniammatillisessa yhteistyössä. Yhteistyöllä, jossa jokaisen yhteistyökumppanin erikoisosaamista arvostetaan ja käytetään, voidaan toimia tehokkaasti yhteisen päämäärän eteen ja parantaa hoidon vaikuttavuutta. Yhteistyötä tekemällä myös resurssit voidaan tehokkaimmin käyttää hyväksi. (Haapaniemi & Hiltunen 2000, 13, 65.) Kun potilaan hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa käytetään hoitajien yhteistä tiedollista, taidollista ja kokemukseen perustuvaa osaamista, mahdollistuu potilaan hyvä kokonaisuhoito ja hoidon jatkuvuus (Rämänen & Vehviläinen 1994, 3).

Yhteisöllisyyden tunne yhdessä työtä tekevällä ryhmällä hoitotyössä on tärkeää, sillä on suora positiivinen vaikutus hoidon laatuun. Sosiaali- ja terveystyö on haastavaa ja hoitajilta vaaditaan laajaa tietotaitoa. Työssä korostuu yhteisöllisyyden tuoma tuki, tiedot jaetaan ja töitä tehdään yhdessä. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 120.) Myös avoin työilmapiiri vaikuttaa hoitoon, jos tiedonkulku on toimivaa hoitajien välillä, se myös mahdollisista eettisistä ongelmista keskustelemisen (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 211). Yhdessä työtä tekevällä ryhmälle tulisi syntyä yhteinen identiteetti, jotta se voi onnistua yhdessä toimissaan. Ryhmän sisällä on tärkeää, että jokainen ilmaisee mielipiteensä ja jokainen voi olla erilainen, näin kaikki voivat oppia toinen toisiltaan. Ryhmässä on tärkeää arvostaa jokaisen mielipidettä. Yhteinen identiteetti tarkoittaa siis sitä, että ryhmällä on yhteinen päämäärä ja ryhmä voi yhdessä yhteisen hyvän vuorovaikutuksen avulla löytää parhaat tavat toimia. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 119–120.)

Vertaisarviointi on yksi hoitoalan yhteistyön muodoista. Sen tavoitteena on hoidon laadun parantaminen kehittämällä omaa ja työtoverin työtä (Peltola 2003, 19). Monelle sairaanhoitajalle käsite on vieras ja vertaisarvioinnin tilalla työyksiköissä käytetään kehityskeskusteluihin liittyvää itsearviointia. Vertaisarvioinnin on kuitenkin tutkittu kehittävän sairaanhoitajan ammatillista roolia ja toimintaa, sekä edistävän arkipäivän vuorovaikutusta työyhteisössä. Vertaisarviointi on myös parantanut hoitotyön laatua muuttamalla sairaanhoitajien toimintaa suunniteltujen tavoitteiden mukaisesti. (Latvala 2001, 67.)

Niin potilaan kuin hoitajankin näkökulmasta hyvä työilmapiiri ja toimiva vuorovaikutus työntekijöiden välillä on lähestulkoon välttämätöntä, jotta voidaan taata hyvä hoito. Potilaat ja asiakkaat havaitsevat helposti millainen työilmapiiri hoitohenkilöstöllä on. Yhteisöllinen ilmapiiri edesauttaa potilaiden ja asiakkaiden turvallisuuden tunteen syntymistä. Se edesauttaa myös kokonaisvaltaista ja yksilöllistä hoitoa. Hoitajana yksintyöskentely, täysin omahoitaja-mallin mukainen toiminta ilman riittävää konsultaatiota voi jopa heikentää hoidon laatua.



(Mäkisalo-Ropponen 2011, 120.) Tästä voi siis todeta, kuinka merkityksellisiä hyvä ja toimiva yhteistyö ja vuorovaikutus hoitajien välillä ovat hoidon laadulle.

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN JA TUTKIMUSMENETELMÄ

### 5.1 Tutkimuskysymykset

Tutkimuskysymyksemme ovat:

- 1) Miten hoitohenkilöiden välinen vuorovaikutus näyttäytyy kirurgisen klinikan vuodeosastoilla?
- 2) Miten hoitohenkilöt kokevat ammatillisen yhteistyön toteutumisen kirurgisen klinikan vuodeosastoilla?

### 5.2 Yhteistyötahon esittely

Tutkimme kollegiaalisuutta toteuttamalla kvantitatiivisen kyselyn kahdella Helsingissä sijaitsevalla kirurgisella vuodeosastolla. Osastoilla on yhteensä 50 potilaspaikkaa. Osastoilla työskentelee keskimäärin 14 lähi- ja perushoitajaa sekä 37 sairaanhoitajaa.

Osastoilla toteutetaan preoperatiivista ja postoperatiivista hoitoa eli leikkausta edeltävää ja leikkauksen jälkeen tapahtuvaa hoitotyötä. Potilaat tulevat osastoille kutsuttuina jonopotilaina sekä päivystysluontoisesti. Vuodeosastoille potilaat tulevat yleensä päivää ennen leikkausta, osastoilla hoidetaan aivoihin liittyviä sairauksia ja vammoja sekä selkärangan ja selkäydinkanavan sairauksia. Leikkauksen jälkeen he tulevat takaisin vuodeosastoille herättyään ensin teho- ja valvontaosastolla. Potilaat ovat vuodeosastolla keskimäärin viisi vuorokautta. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, kirurginen osasto, 2004.)

Hoitajat työskentelevät osastoilla moduuleissa, joihin osaston potilashuoneet on jaettu. Yhdessä moduulissa työskentelee 2–3 hoitajaa, joista yleensä kaksi on perus- tai lähihoitajia ja yksi on sairaanhoitaja. Perus- ja lähihoitajien työ sisältää enemmän perushoitoa kuin sairaanhoitajien. Perushoitotyön lisäksi sairaan-

hoitajat huolehtivat potilaiden lääkityksestä, jatkohoitoläheteistä sekä kotihoito-ohjeiden antamisesta. (Kirurgisten vuodeosastojen osastonhoitajat 2012.) Työtä tehdään osastoilla myös moniammatillisessa tiimissä, johon kuuluu hoitajien ja osastonsihteerin lisäksi kirurgian erikoislääkäreitä ja kirurgiaan erikoistuvia lääkäreitä sekä anestesia- ja erikoislääkäreitä (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, kirurginen osasto, 2004). Työ kirurgisilla vuodeosastoilla on vaativaa ja kiireistä, hoitajilta vaaditaan laajaa tieto-taitoa.

### 5.3 Aineistonkeruumenetelmä

Haimme tutkimuslupaa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä, joka myönsi tutkimusluvan. Koska emme olleet määrääkaan mennessä saaneet tarpeeksi vastauksia, haimme tutkimusluvalla jatkoa. Tutkimusaineisto kerättiin anonyyminä kyselylomakkeella, jonka laatimisessa käytimme hyödyksi Järvisen ja Kumpurinteen (2008) tutkimuksessaan käyttämää kyselylomaketta. Järvisen ja Kumpurinteen kyselylomakkeen käyttämiseen saimme suullisen luvan Kumpurinteeltä. Kyselylomakkeen teimme Webropol-työkalun avulla internetissä.

Kyselylomake sisälsi 32 strukturoitua kysymystä ja yhden avoimen kysymyksen (Liite 1). Kysymyksistä kuusi ensimmäistä kartoittivat vastaajien taustatietoja, kuten ikää, koulutusta ja työssäoloaika. Muut kysymyksistä olivat monivalintakysymyksiä väittämien muodossa. Käytimme Likertin-asteikkoa eli vastausvaihtoehtoina oli 1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=ei samaa eikä eri mieltä, 4=jokseenkin samaa mieltä, 5= täysin samaa mieltä. Avoimen kysymyksen tarkoituksena oli saada hoitajat vapaasti ilmaisemaan käsityksiään työssään ilmenevästä kollegiaalisuudesta.

Kysely lähetettiin sähköpostitse viidellekymmenelleyhdelle kirurgisten vuodeosastojen hoitajalle. Informoimme tutkimuksesta ensin osastonhoitajia, jotka edelleen kertoivat tutkimuksesta ja aikataulusta hoitohenkilökunnalle. Hoitohenkilökuntaa informoitiin lisäksi saatekirjeen muodossa. Hoitohenkilöstö sai vasta-

ta kyselyyn työaikana. Aineisto kerättiin 01.12.2011–31.01.2012 välisenä aikana. Kyselyyn vastasi 23 hoitajaa ja vastausprosentti oli 45%.

#### 5.4 Tutkimusmenetelmä

Valitsimme kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimusmenetelmän opinnäytetyöllemme, koska tarkoituksemme oli tutkia tiettyä joukkoa ja määrittellä, miten kollegiaalisuus näyttäytyy tässä joukossa. Toteutimme kyselyn Webropol-työkalun avulla, koska sitä on mielekästä ja helppoa käyttää määrällisen tutkimuksen teossa. Mittariksi valitsimme viisiportaisen Likertin-asteikon, koska ajattelimme, että se on hoitajille helpoin ja selkein tapa vastata kysymyksiin.

Kvantitatiivisen tutkimuksen tarkoitus on tutkia tiettyä joukkoa ja saada koko joukolta vastaukset kysymyksiin. Näin vastauksia voidaan tutkia määrällisesti ja tehdä luotettavia perusteltuja johtopäätöksiä ja yleistyksiä joukon vastauksista. Erittäin tärkeää on siis saada vastaukset koko joukolta, jotta tutkimustulos on luotettava. Määrällinen tutkimus pyrkii objektiivisen totuuden selvittämiseen tietystä tutkimusaiheesta. Tutkimusaiheen tarkka määrittäminen on tärkeää, jotta sitä voidaan tutkia määrällisesti. (Kananen 2008, 10.)

Sanallinen mittaaminen on yksi tapa tehdä kvantitatiivista tutkimusta. Ordinaaliasteikossa muuttujat tulee laittaa järjestykseen, kuten esimerkiksi Likertin asteikossa. Likertin asteikossa mittarin ääripäät ovat ”täysin samaa mieltä” ja ”täysin eri mieltä”. Kuitenkin niistä usein tehdään numeraalinen välimatka-asteikko esimerkiksi yhdestä viiteen, jotta niiden tulkitseminen on helpompaa. Yleinen ongelma Likertin asteikossa on keskelle jäävä ”ei samaa eikä eri mieltä” - tarkoittaako se sitä, että vastaaja ei todellakaan tiedä vastausta, ettei halua vastata, vaiko että todella arvioi vastauksensa kahden ääripään keskelle. (Kananen 2008, 23.)

Kvantitatiivisen tutkimuksessa haastetta aiheuttaa myös kysymysten laatiminen oikein ymmärrettävään muotoon, niin että kysymykset kysyisivät haluttua asiaa.

Kyseessä on kuitenkin kieli ja teksti, ne voidaan aina ymmärtää monella tavalla riippuen ihmisestä. Kokemus tuo taitoa kirjoittaa kysymykset ymmärrettävään muotoon. Reliabiliteetti ja validiteetti on myös tärkeä huomioida tutkimusta analysoidessa, eli ottaa huomioon tutkimuksen luotettavuus. (Kananen 2008, 10.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen analyysissa esiin tulevat määrät, riippuvuudet ja syy-seuraussuhteet. Taulukoinnissa tulee kiinnittää huomioita suuriin ja pieniin arvoihin sekä riippuvuuksien löytämiseen. Tekstiin ei tarvitse kirjoittaa kaikkia prosenttilukuja, ainoastaan oleellimmat tulee huomioida. (Kananen 2008, 51–53.)

### 5.5 Opinnäytetyöprosessin kuvaus

Valitsimme opinnäytetyöaiheemme syksyllä 2010. Aloimme pohtia kollegiaalisuutta ja sen osa-alueita tarkemmin, jotta voisimme päättää tarkemmin pienemmän aihealueen mitä tutkimme. Päämääränämme oli valita tarkemmaksi tutkittavaksi aiheeksi osastoille hyödyllinen aihe, sekä meille opinnäytetyöksi sopivan laaja aihealue. Olimmekin yhteydessä yhteistyöosastoihin jo syksyllä ja päädyimme tutkimaan tarkemmin ammatillista vuorovaikutusta ja yhteistyötä osastoilla.

Vuoden 2011 alussa aloitimme tutkimussuunnitelman laatimisen, joka valmistui lopulliseen muotoonsa lokakuussa, jolloin ohjaavat opettajamme myös hyväksyivät sen. Lokakuussa haimme HUS:lta tutkimuslupaa, joka myönnettiin meille kirjallisena 26.10.2011. Tutkimuslupamme oli voimassa joulukuun 2011, jolloin osastonhoitajat lähettivät hoitajille saatekirjeen ja linkin kyselyyn. Emme kuitenkaan saaneet riittävästi vastauksia joulukuun loppuun mennessä ja näin ollen haimme jatkotutkimuslupaa. Hoitajilla oli aikaa vastata pidennetyllä tutkimusluvalla tammikuun loppuun asti.

Kirjoitimme opinnäytetyömme teoriaosuutta joulukuussa 2011 ja tammikuussa 2012. Aloimme analysoida kyselyn vastauksia heti helmikuussa Webropol-

työkalun avulla, kun kyselyn vastausaika oli päättynyt. Tapasimme keväällä opinnäytetyötämme ohjaavia opettajia ja saimme heiltä palautetta, jonka avulla muokkasimme ja hioimme tekstiämme helmi- ja maaliskuun ajan. Huhtikuun alussa jätimme työmme esitarkastukseen, jonka jälkeen vielä muokkasimme ja teimme lisäyksiä työhömmme saamamme palautteen perusteella. Toukokuun 2012 alussa palautimme täysin valmiin opinnäytetyömme.

## 6 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustuloksia tarkastellessamme käytämme tuloksia ilmaisevina lukuina prosentteja ja vastausten keskiarvoa Likertin asteikolla 1–5. Vastaajien vastausvaihtoehdot Likertin asteikolla olivat: 1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=ei samaa eikä eri mieltä, 4=jokseenkin samaa mieltä ja 5=täysin samaa mieltä. Olemme tulkinneet vastausvaihtoehdoissa 1 ja 2 vastaajan olevan eri mieltä ja vastausvaihtoehdoissa 4 ja 5 samaa mieltä suhteessa kysymykseen. Tuloksissa hoitajilla ja hoitohenkilöillä tarkoitamme kyselyyn vastanneita perus- ja lähihoitajia sekä sairaanhoitajia.

### 6.1 Taustatiedot

Lähes kaikki (96%) kyselyyn vastanneista hoitajista olivat naisia. Vastanneista 35% oli ammattinimikkeeltään perushoitajia/lähihoitajia ja 65% sairaanhoitajia. Vastaajista 22 prosentilla oli vanhanmuotoinen sairaanhoitajan koulutus, 39 prosentilla uudenmuotoinen sairaanhoitajan (amk) koulutus ja 4 prosentilla terveydenhoitajan (amk) koulutus.

TAULUKKO 1. Vastaajien ikäjakauma

Vastaajien ikä vuosina	Prosentti (%) osuus
21-30	26
31-40	22
41-50	22
Yli 50	30

Vastaajista suurin osa oli iältään yli 50-vuotiaita. Toiseksi eniten kyselyyn vastasi 21-30-vuotiaat hoitajat. Vastaajista 31-40-vuotiaita ja 41-50-vuotiaita oli saman verran.

Vastaajista vähän alle puolet (48%) oli työskennellyt osastolla 0–4 vuotta, 13 prosenttia (%) 5–9 vuotta, 9 prosenttia (%) 10–19 vuotta ja yli 20 vuotta osastolla oli työskennellyt 30% vastaajista. Sairaanhoidajien ja perus- ja lähihoitajien vastaukset eivät eronneet toisistaan kovinkaan suuresti, eli ammattinimikkeellä ei ollut suurta merkitystä kollegiaalisuuden ilmenemisessä osastoilla. Ikä ja työssäoloaika osastolla sen sijaan vaikuttivat hoitohenkilöiden vastauksiin kyselyssä jossain määrin.

## 6.2 Hoitohenkilöiden välisen vuorovaikutuksen ilmeneminen

Kaikista vastaajista 96% ilmoitti arvostavansa kollegaa ja hänen tekemää työtä (vastausten ka 4,7). Vastaajista lähes kaikki, eli 91% ilmoitti olevansa myös ylpeitä siitä, kun oman työyksikön hoitohenkilö onnistuu työssään (vastausten ka 4,6). Ikä vaikutti vastauksiin jossain määrin, ylpeimpiä olivat 21–30-vuotiaat hoitajat (vastausten ka 5).



Vastaajien mukaan palautteen antaminen työssä oli yleisempää kuin palautteen saaminen. Vastaajista 39% oli sitä mieltä ettei saa riittävästi rakentavaa palautetta työssään, 26% ilmoitti kuitenkin saavansa rakentavaa palautetta (ka 2,9). Sairaanhoidajat (40%) kokivat saavansa hieman enemmän palautetta kuin perus- ja lähihoitajat. Suurin osa vastaajista (52%) ilmoitti antavansa rakentavaa palautetta toisille hoitohenkilöillä (ka 3,4), 17% vastaajista ilmoitti ettei anna palautetta toiselle hänen työsuorituksestaan. Eniten palautetta antavat kyselyn mukaan 31–40-vuotiaat hoitajat, palautteen saamisessa iällä eikä osastolla työssäolovuosilla ollut merkitystä.

Kiitoksen saaminen työtehtävissä onnistumisesta aiheutti vastauksissa suurta eroavaisuutta. Iällä, ammattinimikkeellä tai osastolla tehdyillä työvuosilla ei ollut merkitystä vastausten suhteen. Suurin osa (39%) vastasi, ettei ole samaa eikä eri mieltä siitä, saako kiitosta työtehtävissä onnistuessaan. Vastaajista 30% oli sitä mieltä, että saa kiitosta, kun taas 30% oli sitä mieltä, että ei saa kiitosta työtehtävissä onnistuessaan. Kiitoksen antaminen toiselle hänen työssä menestymisessään oli melko yleistä, 70% kertoi antavansa kollegalle kiitosta (ka 4). Joukosta erottuivat 31–40-vuotiaat hoitajat, jotka antoivat kiitosta eniten, työssäolovuosilla ei ollut merkitystä.

Lähes kaikki (83%) ilmoittivat ymmärtävänsä toisen hoitohenkilön inhimillisiä heikkouksia työssä (ka 3,9). Vastauksissa oli eroavaisuutta ainoastaan 41–50-vuotiaiden ryhmässä. Suurin osa (74%) hoitohenkilöistä huomioi yhdessä muiden hoitohenkilöiden kanssa mikäli kollegan toiminta on potilaan edun vastaista (ka 4,1). Yli 50-vuotiaat ja osastolla yli 20 vuotta työskennelleet hoitajat huomioivat kollegansa toimintaa keskiarvoa heikommin.

Kysely osoitti, että monet vastaajista (65%) keskustelevat ammattiasioihin liittyvistä virheellisistä menettelyistä esimiehen kanssa. Kuitenkin sairaanhoidajien vastauksissa eroavaisuus oli suurempaa, samoin 10–19 vuotta osastolla työskennelleet hoitajat keskustelevat keskiarvoa heikommin virheellisistä menettelyistä esimiehen kanssa.

Vastausten mukaan ei ole kovin yleistä ottaa puheeksi toisen henkilön puutteellista toimintaa yhteisissä palavereissa, 39% vastaajista ilmoitti ettei ota puheeksi puutteellista toimintaa ollenkaan palavereissa (ka 2,6), ikäryhmien sisällä ja osastolla yhtä kauan työssä olleilla vastausten eroavaisuus oli suurta. Ammattiasioihin liittyvät erimielisyydet selvitetään yleisimmin (57%) ensisijaisesti suoraan kollegan kanssa. Vastauksissa oli kuitenkin eroavaisuutta (ka 3,6). Iällä ja työssäolovuosilla oli merkitystä vastauksissa, mieluiten erimielisyyksiä suoraan kollegan kanssa ilmoitti selvittävänsä 31–40-vuotiaat (ka 4,6), sekä 5–9 vuotta osastolla työskennelleet hoitajat (ka 5).

### 6.3 Hoitohenkilöiden välisen ammatillisen yhteistyön ilmeneminen

Vastaajat (74%) pyrkivät ratkaisemaan mielipide-eroavaisuudet työssä keskustelemalla niistä yhdessä toisen hoitohenkilön kanssa. Lähes kaikilla vastaajilla (96%) oli halu oppia muilta hoitohenkilöiltä hoitotyössä tarvittavia tietoja ja taitoja. Suurin osa (83%) myös koki, että heillä on opittavaa kollegoilta. Hoitajien ammattinimikkeellä, iällä tai työssäolovuosilla osastolla ei ollut merkittävää eroa vastauksissa.

Vastaajat kokivat, että heidän työsuorituksiinsa luotetaan sekä ilmoittivat luottavansa yleisesti toisten hoitajien työsuoritukseen (ka 4). 21–30-vuotiaat, sekä alle vuoden työsuhteessa olleet hoitajat kokivat hieman keskivertoa vähemmän, että heidän työsuoritukseensa luotetaan. Kuitenkin 44% vastaajista kertoi työyksikössä olevan hoitohenkilöitä, joiden työsuoritukseen he eivät luota, erityisesti yli 20 vuotta osastolla työskennelleet kokivat näin. Ikä tai ammattinimike ei vaikuttanut vastauksiin, vastaukset poikkesivat suuresti toisistaan.

Vastaajista 78% koki, että heidän mielipidettään kysytään hoitotyön ongelmatilanteissa. Yli 31-vuotiaat ja yli 5 vuotta osastolla työskennelleet kokivat mielipiteitänsä kysyttävän enemmän kuin nuoremmat hoitajat. Kaikki vastaajat ilmoittivat itsekkin kysyvänsä mielellään muiden hoitohenkilöiden mielipidettä ongelmatilanteissa sekä antavansa hoitotyötä koskevat tiedot ja taidot toisten käyttöön.

Avun saaminen ja avun antaminen tarvittaessa on yleistä vastaajien keskuudessa. Vastausten perusteella apua kuitenkin tarjotaan hieman enemmän (ka 4,7) kuin koetaan saavan (ka 4,4). Vastaajat (91%) ottavat hyvin huomioon muiden hoitajien erikoisosaamisen potilaan hoitoon liittyvässä päätöksenteossa. Lähi- ja perushoitajat huomioivat erikoisosaamista kuitenkin vähän paremmin kuin sairaanhoitajat (lähi- ja perushoitajien ka 4,9 ja sairaanhoitajien ka 4,5), samoin 31–40-vuotiaat ottavat erikoisosaamisen huomioon hieman muita ikäryhmiä paremmin.

Toisen hoitohenkilön toimintaan puuttuminen koettiin monella tavalla, yli puolet (57%) koki toimintaan puuttumisen helpoksi ja 13% vastaajista ilmoitti, ettei tarvittaessa pysty puuttumaan toisen toimintaan (ka 3,4). Perus- ja lähihoitajille puuttuminen oli kyselyn mukaan helpompaa kuin sairaanhoitajille, sillä kukaan perus- ja lähihoitajista ei valinnut vastausvaihtoehtoja 1 tai 2. Ikäryhmissä vastausten eroavaisuus oli suurta. Myös kollegan epäeettisen toiminnan puheeksi ottaminen hänen kanssaan aiheutti vastauksissa eroavaisuutta (ka 3,2). Vastaajista 44% ilmoitti ottavansa toiminnan puheeksi. Vastauksissa oli eroavaisuutta myös perus- ja lähihoitajien ja sairaanhoitajien välillä. Vastausten mukaan sairaanhoitajat ja yli 20 vuotta osastolla työskennelleet eivät ota asioita puheeksi yhtä paljon kuin perus- ja lähihoitajat tai alle 20 vuotta osastolla työskennelleet.

#### 6.4 Mitä hoitohenkilöt kokevat kollegiaalisuuden tarkoittavan työssään?

Kysymyslomakkeen viimeinen kysymys oli avoin, jossa pyysimme hoitajia luettelemaan viisi (5) asiaa, mitä kollegiaalisuus heidän työssään tarkoittaa.

TAULUKKO 2. Miten hoitajat kuvaavat kollegiaalisuutta työssään?

Kollegiaalisuutta kuvaava ilmiö	Prosenttia (%) vastaajista
Luottamus	48
Avunanto	48
Kollegan arvostaminen ja kunnioittaminen	35
Yhteistyö	26
Vuorovaikutus	26
Ammatillisuus	17
Yhteinen päämäärä	17
Ei puhuta selän takana pahaa	17
Kollegan huomioon ottaminen	13
Kollegan tukeminen	13
Me-henki ja yhteisöllisyys	13
Rehellisyys	13

Hoitajat ilmoittivat kollegiaalisuuden merkitsevän työssään muun muassa luottamusta, auttamista, arvostusta ja kunnioitusta, sekä yhteistyötä ja vuorovaikutusta. Vastaajien työssä kollegiaalisuus merkitsi eniten luottamusta ja avun antamista: vastaajista 48% mainitsi luottamuksen ja niin ikään 48% avun tarjoamisen työyhteisön kollegiaalisuutta kuvaaviksi ilmiöiksi. Seuraavaksi tärkeimmät kollegiaalisuuden kuvaajat olivat työtoverin arvostus ja kunnioitus, jotka mainitsi yhteensä 35% vastaajista. Yhteistyö (26%) ja vuorovaikutus (26%) koettiin

myös osaksi työyhteisön kollegiaalisuutta. Muita enemmän kuin kerran mainittuja kollegiaalisuuden piirteitä olivat ammatillisuus (17%), yhteinen päämäärä (17%), se, että ei puhuta pahaa työtoverin selän takana (17%), toisen huomioon ottaminen (13%), työtoverin tukeminen (13%), me-henki ja yhteisöllisyys (13%), rehellisyys (13%), palautteen antaminen (9%), ahkeruus (9%), avoimuus (9%) ja samanarvoisuus (9%). Yksi hoitajista oli kuvannut työyhteisön kollegiaalisuuden merkitsevän myös hauskuutta ja iloisia työpäiviä.

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

### 7.1 Tutkimustuloksien tulkinta

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata sitä, millaisena hoitohenkilöiden välinen kollegiaalisuus näyttäytyy kahdella kirurgisella vuodeosastolla, ja mitä kollegiaalisuus tarkoittaa heidän työssään. Kollegiaalisuutta tarkastelimme erityisesti ammatillisen yhteistyön ja vuorovaikutuksen kautta. Tarkastelimme myös vaikuttaako ikä, ammattinimike tai työssäoloaika ammatillisen yhteistyön ja vuorovaikutuksen ilmenemiseen. Avoimen kysymyksen avulla saimme selville, miten hoitohenkilöt kuvaavat kollegiaalisuutta työssään.

Yleisesti ottaen hoitohenkilöiden välistä vuorovaikutusta kartoittavien kysymysten kanssa oltiin pääosin jokseenkin samaa mieltä. Vuorovaikutus hoitohenkilöiden kesken kirurgisilla vuodeosastoilla ilmeni kollegan ja hänen työnsä arvostamisena, ylpeytenä siitä, kun oman työyksikön hoitohenkilö onnistuu työssään, rakentavan palautteen ja kiitoksen antamisena, toisen hoitohenkilön inhimillisten heikkouksien ymmärtämisenä, kollegan virheellisen toiminnan huomioimisena, sekä erimielisyyksien selvittelynä suoraan kollegan kanssa. Ammattinimikkeellä ei näyttäisi olevan vaikutusta hoitohenkilöiden väliseen vuorovaikutukseen, joskin iällä ja työssäoloajalla oli jossain määrin merkitystä vastauksissa. Ylpeimpiä kollegoistaan olivat nuorimmat hoitohenkilöt, yli 50-vuotiaat huomioivat kollegansa toimintaa hieman keskiarvoa heikommin.

Hoitokulttuuri ja hoitotyön koulutus ovat muuttuneet voimakkaasti ajan myötä. Tämä saattaa osaltaan vaikuttaa esimerkiksi nuorten ja vanhempien hoitajien näkökulmiin ja tapoihin tehdä työtä. Nykyisessä koulutuksessa painotetaan yhteistyön merkitystä, toisilta oppimista sekä palautteen antamista ja saamista. Muutamia kymmeniä vuosia sitten koulutuksessa ei huomioitu niin syvällisesti vuorovaikutuksen ja yhteistyön merkitystä, vaan korostettiin enemmän yksilön ominaisuuksia ja osaamista. On tutkittu, että yli 40-vuotiaat sairaanhoitajat tekevät vähemmän kollegiaalista yhteistyötä kuin nuoremmat, vaikkakin van-

hemmillä sairaanhoitajilla on yleensä vahva työkokemus ( Rämänen & Vehviläinen 1994, 60). Vuosikymmeniä sitten myös hoitotyön päätökset kuuluivat enemmän esimiehille kuin koko työyhteisölle.

Ensisijaisesti kollegan toimintaa huomioidaan yhdessä muiden hoitohenkilöiden kanssa jos toiminta on potilaan edun vastaista. Toiseksi eniten virheellisistä menettelyistä keskustellaan suoraan esimiehelle. Tutkimus osoittaisi, ettei kollegan toiminnasta haluta tai uskalleta keskustella henkilökohtaisesti hänen kanssaan. Kyselyn mukaan kollegan toimintaa ei myöskään ole tavallista ottaa puheeksi yhteisissä palaverissa.

Tutkimuksen mukaan hoitohenkilöt antavat enemmän rakentavaa palautetta kuin saavat itse. Myös kiitosta annetaan enemmän kuin saadaan. Aikaisemmin samaa kyselyä käyttäneet Järvinen ja Kumpurinne (2008) saivat myös opinnäytetyössään samansuuntaisia vastauksia näihin kysymyksiin. Myös Rämäsen ja Vehviläisen tutkimus osoitti, että sairaanhoitajat kokevat antavansa palautetta enemmän kuin itse saavat. On tutkittu, että naisten on vaikea antaa palautetta samassa asemassa olevalle kollegalle (Rämänen & Vehviläinen 1994, 61). Voi olla, että hoitajat eivät osaa tulkita toistensa viestejä sillä tavalla kun toinen sen tarkoittaa. Mäkisalo-Ropposen (2011, 105) mukaan vuorovaikutuksen selkeydellä on suuri merkitys sen onnistumisessa. Selkeyteen vaikuttavat, kuinka yksilö havainnoi ympäristöään, ilmaisee itseään ja tulkitsee toisia.

Tutkimuksen mukaan ammatillinen yhteistyö hoitajien kesken ilmenee keskusteluna mielipide-eroavaisuuksista, haluna ja tarpeena oppia muilta hoitohenkilöiltä hoitotyössä tarvittavia tietoja ja taitoja, sekä tietojen ja taitojen jakamisena, yleisenä luottamuksena, mielipiteen kysymisenä, avun antamisena ja saamisena, sekä toisen hoitohenkilön erikoisosaamisen huomioimisena. Hoitohenkilöiden välinen yhteistyö osastoilla täyttää teoriassa määritellyjä ammatillisen ja moniammatillisen yhteistyön tunnusmerkkejä, kuten keskinäisen luottamuksen, kunnioituksen, sekä tietojen ja taitojen jakamisen. Luottamuksellinen ilmapiiri ja mielipide-eroavaisuuksista keskusteleminen voivat ehkäistä suurempien ongelmien syntymistä työyhteisössä.

Hoitohenkilöillä vaikuttaisi tutkimuksen mukaan olevan hyvät yhteistyötaidot ja -valmiudet. Hyviin yhteistyötaitoihin kuuluvat hyvä itsetunto ja itseluottamus, toisen työn arvostaminen, vastuullisuus, sitoutuminen, sekä optimistinen asennoituminen yhteistyöhön (Latvala 2001, 12). Lähes kaikilla hoitohenkilöillä oli kyse- lyn mukaan halu ja tarve oppia uusia tietoja ja taitoja toisilta hoitohenkilöiltä. Hoitohenkilöt luottavat yleisesti kollegojensa työsuorituksiin, vaikkakin ristiriitaisesti lähes puolet vastaajista oli sitä mieltä, että heidän työyksikössään on hoitohenkilöitä, joiden työsuoritukseen he eivät luota. Aiemmissa kollegiaalisuutta tarkastelevissa tutkimuksissa (Rämänen & Vehviläinen 1994, Järvinen & Kumpurinne 2008) on saatu samansuuntaisia tuloksia kysyttäessä luottamuksen ilmenemisestä työyhteisössä.

Mielipiteitä hoitotyön ongelmatilanteissa kysytään ja huomioidaan osastoilla pääsääntöisesti hyvin. Myös avun saaminen ja antaminen on yleistä. Kollegiaalinen käyttäytyminen merkitsee muun muassa kollegan auttamista ja tukemista työtehtävissään, puuttumista hienotunteisesti kollegan virheelliseen toimintaan, sekä kehittävän palautteen antamista ja saamista (Latvala 2001, 11). Suurin osa hoitohenkilöistä pystyisi tarvittaessa puuttumaan kollegan toimintaan. Monet myös ottaisivat puheeksi kollegan epäeettisen toiminnan toista kollegaa kohtaan. Kollegan toimintaan puuttuminen ja sen puheeksi ottaminen näyttäisi olevan yleisempää perus- ja lähihoitajille kuin sairaanhoitajille.

Melko pienestä vastausprosentista huolimatta vastaajat toivat hyvin esiin teoriassa kollegiaalisuuden tunnuspiirteiksi määritellyjä ilmiöitä. Eniten kollegiaalisuuden kuvattiin käytännön työssä tarkoittavan luottamusta, avun antamista, arvostusta ja kunnioitusta. Muita kollegiaalisuutta kuvaavia asioita olivat yhteistyö, vuorovaikutus, ammatillisuus, yhteinen päämäärä, toisen huomioon ottaminen, yhteisöllisyys ja me-henki, rehellisyys, sekä se, ettei puhuta pahaa työtoverin selän takana.



## 7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Kvantitatiiviseen eli määrälliseen tutkimusmenetelmään kuuluu, että joko kaikilta kohderyhmästä, tai kohderyhmää parhaiten kuvaavalta joukolta saataisiin vastaukset haluttuihin kysymyksiin. Jos suurin osa henkilöistä, joiden halutaan vastaavan kyselyyn vastaa siihen, on tutkimustulos luotettava ja se kertoo oletettavasti vastauksen tutkimuskysymyksiin. Yleinen ongelma määrällisissä tutkimuksissa onkin riittävän vastausmäärän saaminen. Vastaajien motivoiminen on tässä hyvin tärkeää, siltikään siinä ei aina onnistuta ja vastauksien määrä saattaa jäädä vajaaksi.

Tutkimuksemme yhdyshenkilöinä toimineet osastonhoitajat lähettivät kyselymme osastoilla yhteensä 51:lle lähi- ja perushoitajalle ja sairaanhoitajalle. Osastonhoitajat lähettivät muistutuksen hoitajille kyselyyn vastaamisesta kaksi kertaa. Haimme myös HUS:sin ylihoitajalta lisäaikaa kyselyn toteuttamiseen. Siltikään emme saaneet edes puolelta hoitajista vastauksia. Ainoastaan 23 hoitajista vastasi kyselyyn ja näin ollen vastausprosentti jäi suhteellisen pieneksi (45%). Vastausprosenttiin vaikutti varmasti kyselyn ajankohta ja kiireinen työkuva. Kysely toteutettiin joulun aikoihin, jolloin hoitajilla oli paljon lomia ja osastolla työskenteli sijaisia. Osastolla oli ollut viime aikoina myös muita kyselytutkimuksia, joka saattoi aiheuttaa kyselyväsymystä.

Tutkimusta tehdessä erittäin oleellinen seikka on mittarin luotettavuus, sen voitaisiin sanoa jopa olevan suoraan suhteessa tutkimuksen luotettavuuteen. Mittari tulee luoda teorian ja jo aiheesta tutkitun tiedon perusteella. Validiteetilla tarkoitetaan tutkimusta tarkastellessa sitä, mittasiko se sitä mitä haluttiinkin mitata. (Metsämuuronen 2009, 72 & 74.) Saimme luvan käyttää jo toisessa opinäytetyössä kerran käytettyä mittaria. Mittarin luojat olivat käyttäneet sen tekemiseen aiempaa tutkittua tietoa ja tarkastelleet toisia mittareita. Käytimme mittaria siltä osin kun se soveltui meidän tutkimukseemme. Mittarin luojat olivat jo testanneet mittarin, joten emme nähneet tarvetta testata sitä uudestaan. Näin ollen validiteetti oli aika hyvä. Viimeinen kysymyksemme kyselyssä oli avoin, siinä pyydettiin määrittelemään viisi asiaa mitä kollegiaalisuus vastaajan työssä

tarkoittaa. Tähän kysymykseen useimmat eivät määritelleet viittä asiaa, osa vastasi kysymykseen vain parilla asialla ja pieni osa jätti vastaamatta kokonaan.

Tutkimustuloksemme eivät siis varsinaisesti kerro luotettavasti sitä, kuinka kollegiaalisuus toteutuu ja näyttäytyy yleisesti kaikkien hoitajien välillä osastoilla. Tutkimusvastaukset ovat kuitenkin suuntaa-antavia, ja varmasti antavat uutta pohdittavaa osastoille. Avoimen kysymyksen tutkimustulos ei ole täysin luotettava edes vastaajien kesken, koska kaikki vastaajat eivät määritelleet pyydettyä viittä asiaa. Osa määritteli yli viisi asiaa ja osa alle viisi.

Toteutimme tutkimuksen hoitajille täysin anonyyminä. Mainitsimme tämän jo saatekirjeessä (LIITE 2). Yhdenkään hoitajan vastausta ei voida jäljittää millään tavalla. Anonymiteetti on eettisesti hyvin oleellista tutkittaessa herkkiä asioita kuten juuri työyhteisön sisäisiä suhteita ja toimivuutta. Tutkimustuloksia analysoidessa ja kirjoittaessa on tärkeää neutraali ja asiallinen kirjoitustyyli, jotta tulokset eivät loukkaisi ketään. Tärkeää on myös pohtia kuinka paljon ja mitä asioita kertoo itse tutkitusta yhteisöstä. Oleellista on tutkittuaan kertoa tutkimustulokset tutkimukseen osallistuneille, siksi pidimme hoitajille osastoilla osastotunnin tutkimustuloksista.

### 7.3 Opinnäytetyöprosessin pohdinta ja jatkotutkimusehdotukset

Valitsimme aiheeksemme tutkia kollegiaalisuutta, koska meidän kummankin mielestämme aihe oli mielenkiintoinen. Kollegiaalisuus on laaja käsite ja pitää sisällään paljon. Opinnäytetyötä tehdessämme käsite todella avautui meille ja saimme valmiuksia myös työelämään. Yhteistyö osastojen kanssa sujui ongelmitta ja opimme yhteistyöstä yhteistyötaitoja, joustavuutta ja ongelmanratkaisutaitoja.

Yksi suurimmista haasteistamme opinnäytetyötä tehdessämme oli tutkimusmenetelmän haltuunotto. Käytimme kvantitatiivista eli määrällistä menetelmää tutkimuksessamme. Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä on huomattavasti

tavasti yleisempi menetelmä omassa ammattikorkeakoulussamme. Siksi kvantitatiivisen menetelmän haltuunotto ja opiskeleminen jäi suurelta osin meidän itsenäiseksi tehtäväksemme. Tutkimusvastausten analysointi oli myös uutta meille kummallekin, joten jouduimme käyttämään aikaa analysoinnin opiskelemiseen.

Teimme opinnäytetyötä täyspainoisesti kaksi lukukautta. Mikäli olisimme käyttäneet enemmän aikaa siihen, olisimme mahdollisesti osanneet varautua yllätyksiin paremmin. Haimme tutkimuslupaa aika myöhäisessä vaiheessa ja näin ollen hoitajien vastausaika kyselyyn oli vain kuukausi, kyseessä oli vielä kiireinen joulukuu. Näin ollen saimmekin niukasti vastauksia, joten jouduimme pitkitämään vastausaikaa, jonka hakeminen sujui onneksi mutkitta. Tämä kuitenkin vaikutti meidän kevääseemme niin, että meillä oli yksi kuukausi vähemmän aikaa analysoida tuloksia ja kirjoittaa raporttia.

Koemme opinnäytetyöstämme olevan hyötyä tutkimillemme kirurgisten vuodeosastojen henkilökunnalle, vaikkakaan emme voi suoraan sanoa tutkimustuloksien kertovan totuutta heidän työyhteisöstään, koska vastausprosentti oli ainoastaan 45%. Kävimme pitämässä osastojen henkilökunnalle osastotunnin tutkimuksen tuloksista, jotta tutkimus voisi hyödyttää ja antaa heille mahdollisuuksia kehittää osastonsa kollegiaalista toimintaa mahdollisimman laajasti.

Tutkimuksemme mahdollistaa pohjan syvemmälle kollegiaalisuuden tutkimukselle kyseisillä osastoilla. Samaa aihetta voisi myös tutkia laadullisella menetelmällä, esimerkiksi haastatteluilla tai perinteisillä paperisilla kyselylomakkeilla. Näin vastauksia voitaisiin saada enemmän ja tutkimustulokset voisivat olla luotettavampia. Voi kuitenkin olla, että arkaluotoisiin asioihin on helpompi vastata täysin anonyyminä kirjallisesti. Tutkimustuloksia voidaan käyttää apuna myös työnohjauksessa, koulutuksissa ja kehityskeskusteluissa osastoilla.

Kaiken kaikkiaan koemme opinnäytetyömme teon olleen mielenkiintoista ja kehittävää. Opimme tekemään kvantitatiivista tutkimusta, joka on antanut hyvän pohjan meille myös tulevaisuutta ajatellen. Olemme oppineet myös yhteistyötai-

toja, sillä olemme olleet paljon yhteydessä osastonhoitajiin ja opettajiin sekä meitä on ollut kaksi tekemässä yhteistä tutkimusta. Työn tekeminen on myös ollut motivoivaa, koska olemme tienneet olevamme hyödyksi osastoille.

## LÄHTEET

- Haapaniemi, Marjatta & Hiltunen, Laila 2000. Ammatillinen yhteistyö muuttuvassa sairaalaorganisaatiossa – kyselytutkimus sairaanhoitajille. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja -talouden laitos. Pro gradu-tutkielma. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/1994055>
- Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri. Kirurginen osasto, 2004. Viitattu 15.2.2012.  
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,651,2175,3032,35621,2479>
- Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri. Kirurginen osasto, 2011. Viitattu 15.2.2012.  
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,651,2175,3032,35621,2481>
- Isoherranen, Kaarina; Rekola, Leena & Nurminen, Raija 2008. Enemmän yhdessä: moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.
- Järvinen, Pia & Kumpurinne, Inkeri 2008. Hoitohenkilöiden valmius puuttua toisen toimintaan. Määrällinen tutkimus kollegiaalisuudesta naisten tautien vuodeosastoilla. Ammattikorkeakoulu Stadia. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Kananen, Jorma 2008. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kauppila, Reijo A. 2005. Vuorovaikutus- ja sosiaaliset taidot. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Kivimäki, Riikka; Karttunen, Aija & Yrjänheikki, Leena 2004. Hoitotyöntekijä työssään ja ympäristössään - uusia näkökulmia tasapainoiseen työelämään. Tampere: Sosiaali- ja terveysministeriö, työsuojeluosasto.
- Korhonen, Anne 2008. Näkökulmia klinisen asiantuntijan ammattietiikasta. Sairaanhoidaja-lehti. 6-7/2008. Viitattu 30.1.2012.  
[http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_haku=näkökulmia%20kliinisen%20asiantuntijan](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=näkökulmia%20kliinisen%20asiantuntijan)

- Kuivamäki, Mari & Patteri, Eija 2003. Moniammatillinen yhteistyö erikoissairaanhoidossa sairaanhoitajien näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Kurtti-Sonninen, Eevi 2003. Sosiaali- ja terveysalan professiot, kollegiaalisuus ja ammatillinen yhteistyö. Kuopion yliopisto. Sosiaali- ja terveysjohdantamisen laitos. Lisensiaattityö.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 17.8.1992. Viitattu 06.01.2012.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559, 28.6.1994. Viitattu 22.02.2012 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- Latvala, Raija 2001. Sairaanhoitajien ammatillinen yhteistyö – kyselytutkimus erikoissairaanhoidossa työskenteleville sairaanhoitajille. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2003. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Manka, Marja-Liisa 2011. Työyhteisötaidot työhyvinvoinnin perustana. Terveydenhoitaja 2011 (4-5), 6–9.
- Metsämuuronen, Jari 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki: International Methelp.
- Mäkisalo-Ropponen, Merja 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi.
- Peltola, Jaana 2003. Kollegiaalisuus hoitotyössä – edistävät ja estävät tekijät sairaanhoitajien arvioimana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Rämänen, Katri & Vehviläinen, Katri 1994. Sairaanhoitajien välinen kollegiaalisuus. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Opinnäytetutkielma.
- Suomen lähi- ja perushoitajaliitto ry. Lähihoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 03.01.2012.  
[http://www.superliitto.fi/datafiles/tiedosto\\_ja\\_teksti\\_fi/510\\_eettiset\\_s\\_u\\_net.pdf](http://www.superliitto.fi/datafiles/tiedosto_ja_teksti_fi/510_eettiset_s_u_net.pdf)
- Suomen Lääkäriliitto 1999. Lääkärin kollegiaalisuusohjeet. Viitattu 06.01.2012.  
[http://www.laakariliitto.fi/etiikka/liiton\\_ohjeet/kollegiaalisuus.html](http://www.laakariliitto.fi/etiikka/liiton_ohjeet/kollegiaalisuus.html)

Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2006. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu  
03.01.2012

[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_tyo\\_ja\\_hoitotyön/sairaanhoitajan\\_tyo/sairaanhoitajan\\_eettiset\\_ohjeet/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/)

## SALATUT LÄHTEET

Kirurgisten vuodeosastojen osastonhoitajat 2012. Henkilökohtainen tiedonanto  
14.2.2012.

## LIITE 1: Kyselylomake

1. Sukupuoli
2. Ikä
3. Ammattinimike
  1. Perushoitaja / lähihoitaja
  2. Sairaanhoitaja
4. Ammatillinen koulutus
  1. Perushoitaja / lähihoitaja
  2. Sairaanhoitaja (vanhanmuotoinen koulutus)
  3. Erikoissairaanhoitaja (vanhanmuotoinen koulutus)
  4. Sairaanhoitaja AMK (uudenmuotoinen koulutus)
  5. Terveystenhoitaja
5. Kuinka kauan olet työskennellyt nykyisellä osastollasi? Vuotta ja kuukautta?
6. Kuinka kauan olet toiminut koulutustasi vastaavassa hoitotyössä? Vuotta ja kuukautta?

## Hoitohenkilöiden välinen vuorovaikutus

(arvioidaan asteikolla 1-5, 1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = ei samaa eikä eri mieltä, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä)

1. Arvostan toista hoitohenkilökuntaan kuuluvaa.
2. Arvostan toisen hoitohenkilön tekemää työtä.
3. Olen ylpeä siitä, että oman työyksikköni hoitohenkilö onnistuu työssään.
4. Saan toisilta hoitohenkilöiltä rakentavaa palautetta työstäni.
5. Annan toiselle hoitohenkilölle rakentavaa palautetta hänen työsuorituksistaan.
6. Työyksikköni hoitohenkilöt antavat minulle kiitosta työtehtävissä onnistumisestani.
7. Annan kiitosta toiselle hoitohenkilölle hänen menestymisestään työssä.
8. Ymmärrän toisen hoitohenkilön inhimillisiä heikkouksia.



9. Huomioin yhdessä muiden hoitohenkilöiden kanssa kollegan toimintaa, jos hänen toimintansa on potilaan edun vastaista.

10. Selvitän ammattiasioihin liittyvät erimielisyydet ensisijaisesti suoraan kollegan kanssa.

11. Keskustelen ammattiasioihin liittyvistä virheellisistä menettelyistä mieluummin suoraan esimiehelle.

12. Otan puheeksi toisen hoitohenkilön puutteellisen toiminnan yhteisissä palavereissa.

#### Hoitohenkilöiden välinen ammatillinen yhteistyö

1. Pyrin ratkaisemaan mielipide-eroavaisuudet keskustelemalla niistä yhdessä toisen hoitohenkilön kanssa.

2. Haluan oppia muilta hoitohenkilöiltä hoitotyössä tarvittavia tietoja ja taitoja.

3. Koen, että minulla ei ole opittavaa muulta hoitohenkilökunnalta.

4. Koen, että toiset hoitohenkilöt luottavat minun työsuoritukseeni.

5. Luotan yleisesti toisten hoitohenkilöiden työsuoritukseen.

6. Työyksikössäni on hoitohenkilöitä, joiden työsuoritukseen en luota.

7. Oman työyksikköni hoitohenkilöt kysyvät mielipidettäni hoitotyön ongelmatilanteissa.

8. Kysyn mielelläni oman työyksikköni muiden hoitohenkilöiden mielipidettä hoitotyön ongelmatilanteissa.

9. Annan mielelläni hoitotyötä koskevat tietoni ja taitoni toisten hoitohenkilöiden käyttöön.

10. Hoitohenkilöt auttavat minua työtehtävissäni tarvitessani apua.

11. Autan hoitohenkilöä hänen työtehtävissään havaitessani hänen tarvitsevan apua.

12. Otan työyksikössäni huomioon potilaan hoitoon liittyvässä päätöksenteossa eri hoitohenkilöiden erikoisosaamisen.

13. Pystyn tarvittaessa puuttumaan toisen hoitohenkilön ammatillisesti virheelliseen toimintaan.

14. Otan puheeksi kollegan kanssa hänen epäeettisen toimintansa toista kollegaa kohtaan.

15. Luettele viisi (5) asiaa, mitä kollegiaalisuus työssäsi tarkoittaa.

## LIITE 2: Saatekirje kyselyyn

Hei!

Olemme terveydenhoitajaopiskelijoita ja teemme opinnäytetyötämme [nimi poistettu tutkimuseettisistä syistä] kirurgisen klinikan vuodeosastoille. Tutkimme kollegiaalisuuden toteutumista kirurgisen klinikan vuodeosastoilla, painottaen hoitohenkilöiden välistä vuorovaikutusta ja ammatillista yhteistyötä.

Toimeksiannon opinnäytetyön aiheeseen olemme saaneet osastojenne esimiehiltä. Tutkimusluvan aiheeseen olemme saaneet HUS:n operatiivisen tulosyksikön johtavalta ylihoitajalta.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Vastaukset käsitellään täysin anonyymeina, kenenkään henkilötiedot eivät näy vastauksissa. Pyydämme ystävällisesti osastoilla työssä olevia lähi- ja perushoitajia, sairaanhoitajia, erikoissairaanhoitajia sekä terveydenhoitajia vastaamaan kyselyyn. Valmiissa opinnäytetyössä ei näy missä sairaalassa kysely on toteutettu. Kyselyn tulokset annetaan esimiestenne käyttöön, jotka voivat käyttää niitä kehittämistarkoituksiin.

Pyydämme teitä ystävällisesti vastaamaan kyselyyn ohessa olevan Webropol-linkin kautta 31.12.2011 mennessä. Kyselyyn saatte vastata sopivaan aikaan työajalla.

Linkki kyselyyn:

<http://www.webropol-surveys.com//S/EBE769B7FB5180CA.par>

Ystävällisin terveisin

Helsingin Diakonia-ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelijat

Johanna Korva ja Niina Kultanen