

MONIAMMATILLINEN, AMMATTIRYHMIEN VÄLINEN JA AMMATTIRAJAT
YLITTÄVÄ YHTEISTYÖ ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA

Kirsi Markkola
PRO GRADU –TUTKIELMA
HOITOTIEDE
Turun yliopisto
Hoitotieteen laitos
Toukokuu 2013

MARKKOLA, KIRSI: Moniammatillinen, ammattiryhmien välinen ja ammattirajat ylittävä yhteistyö erikoissairaanhoidossa.

Pro gradu –tutkielma, 86 s., 15 liitesivua

Hoitotiede

Toukokuu 2013

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata terveydenhuoltoalan eri ammattiryhmien, fysioterapeuttien, puheterapeuttien, sairaanhoitajien ja toimintaterapeuttien muodostamien tiimien kokemuksia moniammatillisesta yhteistyöstä erikoissairaanhoidossa. Erilaisten yhteistyötä kuvaavien käsitteiden käytön epäjohdonmukaisuus moniammatillisen yhteistyön viitekehyksessä ja se, ettei käsitettä ole hoitotyön kontekstissa lopullisesti määritelty, oli myös pohjana tälle tutkimukselle, jonka avulla pyrittiin määrittelemään yhteistyötä kuvaavia käsitteitä tarkemmin erikoissairaanhoidossa.

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat fysioterapeutit, puheterapeutit, sairaanhoitajat ja toimintaterapeutit, jotka tekevät yhteistyötä erilaisissa tiimeissä eräässä erikoissairaanhoidon sairaalassa eteläisessä Suomessa. Aineisto kerättiin fokusryhmähaastatteluna (n=6) haastatteluun osallistuneiden osallistujien kokonaismäärän ollessa 24. Aineisto analysoitiin induktiivisella ja deduktiivisella sisällön analyysillä.

Tutkimuksen tuloksena saatiin haastateltavien kokemuksiin perustuvia moniammatillisen yhteistyön, ammattiryhmien välisen yhteistyön ja ammattirajat ylittävän yhteistyön eri muotojen ominaispiirteitä, joita ilmeni kaikissa osallistuneissa ryhmissä eri painotuksin. Jokainen ryhmä oli kehittänyt toimintaansa tarpeitaan vastaavasti, mutta optimaalista tasoa ei kaikissa ryhmissä ole saavutettu. Yhteistyössä osallistujat kokivat erilaisia tekijöitä, joilla oli merkitystä niin työntekijälle, potilaan saamalle palvelulle kuin organisaation tuottamalle palvelulle. Toisaalta moniammatillinen yhteistyömuoto sujuessaan tuki yksittäisen työntekijän suoriutumista omassa tehtävässään.

Kirjallisuudessa moniammatillisuutta merkitsevää käsitteistöä oli määritelty, mutta selkeää varmuutta käsitteistön yhtenevyydestä ei voitu saada. Erityisesti merkityseroja esiintyi moniammatillisuuden käsitteissä silloin kun käsiteltiin ammattien välistä (-professional) ja ammattialojen välistä (-disciplinary) toimintaa ja niiden merkitystä yhteistyössä. Tutkimus antaa uutta tietoa eri ammattiryhmien käytännön tason työskentelyssä moniammatillisen yhteistyön eri muodoista ja yhteistyön eri muotojen mahdollisuudesta toimia terveydenhuollon palveluissa sekä potilaan, yksittäisen työntekijän kuin organisaation parhaaksi.

Avainsanat: Moniammatillinen yhteistyö, ammattiryhmien välinen yhteistyö, ammattirajat ylittävä yhteistyö, hoitotyö.

UNIVERSITY OF TURKU
Department of the Nursing Science

MARKKOLA, KIRSI: Multiprofessional, interprofessional and transprofessional
collaboration in a specialized hospital.

Masters' Thesis, 86 pages, 15 appendices
Nursing Science
May 2013

The purpose of this study was to describe the experiences of collaboration of multi-professional teams consisting of such healthcare professionals as nurses, occupational therapists, physiotherapists and speech therapists, working in a specialized hospital. Non-logical use of the concepts of collaboration in the framework of multi-professional collaboration with its undefined status in the context of nursing has also served as a basis for the study. The aim of this study was to define the concepts of collaboration in more precise way in a specialized hospital.

The study was carried out among physiotherapists, speech therapists, nurses and occupational therapists who collaborate/cooperate in different teams in a city in the Southern Finland. The data were collected using focus group interviews (n=6) and there were total of 24 participants. The data were analyzed using inductive content analysis and deductive content analysis methods.

The results received in this study show typical characteristics of multiprofessional, interprofessional and transprofessional collaboration described by the participants. These characteristics were experienced by all participating groups but with different emphases. Each group had developed their work to satisfy their needs, but the optimal level had not been reached by all groups. In collaboration the participants faced various issues which affected the healthcare professional, care given to the patients, and services provided by the organization. On the other hand, when the multiprofessional collaboration was successful, it supported the healthcare professional to carry out their duty.

In the literature there can be found definitions for concepts regarding multiprofessional collaboration, but there is no clear certainty about the unity of the concepts. Especially there were differences in the meaning of the multiprofessional concept regarding inter-professional and inter-disciplinary work and their part in collaboration. The study offers new information/knowledge on various forms of multiprofessional work carried out by different healthcare professionals and on the possibility to use various combinations of collaboration in healthcare services for the benefit of the patient, the individual worker and the organization.

Key words: Multiprofessional collaboration, interprofessional collaboration, transprofessional collaboration, nursing.

Sisällysluettelo

1	JOHDANTO	6
2	TIEDONHAKUPROSESSI	9
3	TUTKIMUKSEN TAUSTA	11
3.1	Käsitteiden määrittelyminen	11
3.2	Kirjallisuuskatsauksen tuloksia	16
3.2.1	Moniammatillisen toiminnan käsitteistö	16
3.2.2	Moniammatillisen toiminnan edellytyksiä	20
3.2.3	Moniammatillisen toiminnan vaikutuksia	22
3.2.4	Moniammatillisen toiminnan kohtaamia rajoituksia ja vaikeuksia	24
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	26
5	TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS	26
5.1	Tutkimuksen menetelmälliset lähtökohdat	26
5.2	Tutkimuksen kohderyhmät	27
5.3	Aineiston keruu	30
5.4	Aineiston analyysi	32
5.4.1	Induktiivinen sisällön analyysi	32
5.4.2	Deduktiivinen sisällön analyysi	36
6	TUTKIMUSTULOKSET	38
6.1	Asiakkaan rooli ja asiakas-hoitaja –toiminta	38
6.2	Hoitajan toiminta ja rooli moniammatillisessa yhteistyössä	42
6.2.1	Toiminta yhteistyössä	42
6.2.2	Roolit yhteistyössä	54
6.3	Yhteistyön haasteita	64
7	POHDINTA	71
7.1	Tutkimuksen luotettavuus	71
7.2	Tutkimuksen eettisyys	74
7.3	Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset	76

7.4	Jatkotutkimusehdotukset	78
8	LÄHTEET	80
9	LIITTEET	87
	LIITE 1. Tutkimuksessa käytetyt moniammatilliseen, ammattiryhmien väliseen ja ammattirajat ylittävään yhteistyöhön liittyvät tutkimusartikkelit	87
	LIITE 2. Saatekirje tutkimukseen osallistujille.....	100
	LIITE 3. Haastattelurunko	101

KUVIOT

Kuvio 1.	Esimerkki aineiston analyysistä, ilmaisujen jaosta alakategorioihin ja yläkategorioihin	35
Kuvio 2.	Aineiston analyysiprosessi	37
Kuvio 3.	Aineiston analyysin kokonaisuus moniammatillisten yhteistyömuotojen muodostamiseksi	37

TAULULOT

Taulukko 1.	Kirjallisuushaun tulokset	10
Taulukko 2.	Ryhmät ja osallistujien määrät	28
Taulukko 3.	Haastatteluun osallistuneiden demografiset tiedot ammattiryhmittäin...	29
Taulukko 4.	Ryhmien yhteistyön muodot	68

1 JOHDANTO

Terveydenhuollolla on vastuu väestön kasvavasta hoidon tarpeesta inhimillisesti ja eettisesti kestäväällä tavalla. Terveydenhuollossa tarvitaan vuorovaikutusta ja järkevää työnjakoa eri tehtävissä toimivien välillä. (Etene 2001.) Kansallisissa ohjelmissa ja suunnitelmissa (STM 2012, STM 2011, STM 2009) korostetaan eri ammattiryhmien yhteistyötä ja asiakaslähtöisyyttä terveystalouden toteuttamisessa ja kehittämisessä. Myös palvelutarpeiden sekä työelämän muutokset edellyttävät työntekijöiden erilaisen tietotaidon yhdistämistä toimialarajat ylittävällä moniammatillisella yhteistyöllä (Paukkunen, Turunen, Taskinen, Sinkkonen & Tossavainen 2001). Moniammatillisessa työskentelyssä tarvitaan monimuotoista osaamista sekä taitoa hyödyntää myös muiden tietotaitoa. Terveydenhuoltoalan ammattilaisilta edellytetään joustavuutta, yhteistyökykyä, vuorovaikutustaitoja ja kykyä kuunnella muita. Toisaalta jokainen tiimin jäsen edustaa omaa erikoisalaansa, mikä edellyttää korkeaa ammattitaitoa sekä erikoistuneisuutta. (Collin, Valleala, Herranen, Paloniemi, & Pyhälä-Liljeström 2012, Jalonen, Manninen, Rautio, Savinainen 2009, Veijola, Isola & Taanila 2006, Metsämuuronen 2000.)

Terveydenhuollossa hoidon- ja palvelutarpeiden moninaistuminen, terveystalouden laadun parantaminen ja palveluiden saatavuuden takaaminen ovat osatekijöitä terveydenhuollon toimintatapoihin kohdistuvan huomion lisääntymiselle ja konkreettisten toimien vaatimuksille. Kasvaviin haasteisiin vastaaminen terveydenhuollossa vaatii organisaatioilta panostusta yhteistyön lisäämiseksi ja kehittämiseksi. (Eloranta & Kuusela 2011.) Eri ammattikuntiin kuuluvien terveydenhuollon ammattilaisten uskotaan takaavan paremman hoidon ja päätöksenteon, joka myös tehdään tasapuolisemmin ja läpinäkyvämmiin. Moniammatillisen päätöksenteon sanotaan olevan sekä osa asiakaskeskeisyyttä että osa käynnissä olevaa keskustelua asiakkaan osallisuudesta. (Nikander 2003.) On arvioitu, että potilaskeskeisyys tiimin tavoitteena voisi olla eräänlainen menetelmä taudin ehkäisemisessä sallimalla samalla potilaalle mahdollisuuden toipua positiivisessa ympäristössä. (Reeves, Lewin, Espin & Zwarenstein 2011).

Tietomäärä kaikilla alueilla sekä vaatimukset tiedon ja osaamisen tasosta ovat lisääntyneet huomasti. Tämä on johtanut siihen, ettei kenelläkään ole enää mahdollisuutta yksin hallita kokonaisuutta. Moniammatillinen toiminta on nähty tähän

yhtenä ratkaisukeinona. Siinä eri toimijoiden tietotaito kerätään yhteen, muodostetaan yhteinen tavoite ja toimitaan potilaan parhaaksi. (Meads & Ashcroft 2005.)

Moniammatillisen yhteistyön taustatekijänä puhutaan monitieteisyydestä. Käytännössä tämä edellyttää käsitteiden ymmärtämistä yhtenevällä tavalla. Muun muassa terveydenhuollon priorisoinnissa tarvitaan monitieteistä tutkimusotetta, päätöksenteon, käytettävien argumenttien ja toimintaprosessien ymmärtämiseksi. (Lammintakanen 2005.) Käsitteistön yhtäpitävyydellä on merkitystä ohjelmien ja suunnitelmien toteuttamisessa. Toimivien strategioiden toteuttaminen vaatii niin kansallisella kuin kansainväliselläkin tasolla laajaa yhteistyötä, vuorovaikutusta ja avointa viestintää. (STM 2010) Moniammatillisen yhteistyön erilaiset merkityssisällöt ja käsitteiden kirjo tekevät vaikeaksi määritellä yhtäpitävästi koko ilmiön sisältöaluetta (Isoherranen 2012, Eloranta & Kuusela 2011). Siksi sitä voidaan käsitellä monista eri teoreettisista lähtökohdista. Erilaisista haasteista huolimatta yhteistyö sen eri muodoissaan nähdään yhtenä tärkeistä tekijöistä, joilla on merkitystä terveyspalvelujen laadun ja tehokkuuden lisäämisessä. (Isoherranen 2012.)

Rakennettaessa moniammatillisen yhteistyön perusteita eri ammattialojen ja monitieteisyyden kesken on syytä olla varovainen. Historialliset syyt aitaavat ammatteja omiin professioihinsa. Uuden keksiminen ja oivaltaminen ovat kuitenkin mukana tarpeessa löytää uusia tapoja toimia. Vanhaa ammattien ”valtaa” tai reviiirejä ei voida muuttaa nopeasti. Ne ovat kunkin ammatin perustekijöitä ja määrittelevät niiden identiteetin. (Massey 1999.)

Tieteiden välisen tutkimuksen mukaan monitieteisyyden salliminen liikkuu sekä tieteiden että vallitsevan tosiasiallisen tilan (status quo) välillä. Tutkijoilta vaaditaan ymmärrystä myös monitieteisyyden kykyyn analysoida asioita ja rakentaa uusia visioita. Moniammatillisuuden rakentamisen kohdalla ollaan samalla monimutkaisten kokonaisuuksien edessä, kysymys on myös yleismaailmallisuudesta (globalization) ja kestävydestä. Kun työskennellään eri paradigmojen alueella, voidaan pohtia, minkälainen aineisto on asianmukaista ja mikä analyysi on vakuuttava. Tärkeää monitieteisessä tutkimuksessa on tutkia käsitteitä, menetelmiä ja näkökulmia, jotta voidaan selvittää työskennelläkö eri näkökulmien rajamailla vai kokonaan toisen näkökulman omalla alueella. (Sumner 2003.)

Yhteistyössä tarvittavan vastavuoroisen luottamuksen saavuttaminen kestää yleensä vaihtelevan ajan yhteistyön muodosta ja eri kulttuureista riippuen. Vasta kun luottamus on saavutettu, voidaan edistyä yhteisessä asiassa. Kulttuurinen herkkyys on kiinnostanut yhteisöjä empatian, varmuuden ja molemminpuolisen luottamuksen vuoksi. Se määrittellään ominaisuuksina kuten käyttäytyminen, asenteet ja menettelytavat. Operationaalisesti määritelty kulttuurinen kompetenssi on tiedon integrointia ja muuntautumista. Esimerkiksi tietyin ohjeistuksin toimivien ihmisryhmien muuntautuminen niin, että ne voivat toimia muodostetuissa ryhmissä, ja toimia terveydenhuollossa tehokkaammin. Tämä vaatii itsetutkiskelua, koska tiedon hallinta on myös yhteistyötä jos oikea tieto oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa on toiminnan tavoitteena. Tiedonhallinnan tarpeellisuus on ymmärrettävä myös niin, että kukin tietää missä tieto sijaitsee, jotta voidaan toimia potilaan asialla. Ensin on oltava kaikilla ymmärrystä toiminnasta, jotta sen jälkeen voidaan olla ymmärrettävinä, yhteistyön kehitymisessä on silloin siirrytty käsitteestä minä käsitteeseen me. (Weinstein 2004.)

Yksinkertainen määritelmä yhteistyöstä on se, että työskennellään yhdessä. Yhteistyö on kuitenkin myös suhteita toimijoiden välillä, työskentelyä yhdessä eikä ainoastaan rinnakkain. Yhteistyön muotoja on monia. Jotta voitaisiin saada otetta yhteistyön käsitteistä, on tärkeää yhteistyön erojen luonteen selvittäminen. On myös selvitettävä, mitkä tekijät johtavat yhteistyöhön ja niihin yhteistyöstä nouseviin eroihin, joilla on toimintaan vaikutusta. Näihin luetaan erilaiset ammatilliset ominaisuudet ja kulttuurit, erilaiset taidot, erilaiset osat hoidon kokonaisuudessa, erot voimassa ja vallassa, kapasiteetissa ja resursseissa sekä erilaisessa tavoitteessa ja vastuukysymyksistä. Ominaisuuksien tarkastelu auttaa hyödyntämään moniammatillista yhteistyötä niin, että kliinisten tulosten paraneminen, virheellisten diagnoosien ja hoitojen väheneminen ja muiden tutkittujen hyötyjen määrät lisääntyvät. (Meads & Ashcroft 2005.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata terveydenhuoltoalan eri ammattiryhmien käsityksiä ja kokemuksia moniammatillisesta yhteistyöstä fysioterapeuttien, puheterapeuttien, sairaanhoitajien ja toimintaterapeuttien näkökulmasta erikoissairaanhoidossa. Erilaisten yhteistyötä kuvaavien käsitteiden käytön epäjohdonmukaisuus moniammatillisen yhteistyön viitekehyksessä ja se, ettei käsitettä ole hoitotyön kontekstissa kunnolla määritelty, on pohjana tälle tutkimukselle, jonka avulla pyritään määrittelemään yhteistyötä kuvaavia käsitteitä tarkemmin

erikoissairaanhoidossa. Yhteistyön tarkempi määrittely mahdollistaa käsitteen operationalisoinnin.

2 TIEDONHAKUPROSESSI

Ensin muodostettiin hakulauseke tiedonhakua varten. Hakulauseke muodostettiin valmiiksi eri vaihtoehtoista kutakin ammattikuntaa tarkoittavista termeistä siten, että mukaan valittiin ammattikuntaa laajemmin kuvaava termi. Haku tehtiin käyttämällä mesh-termejä. Näin tehtiin sekä fysioterapeuttien, puheterapeuttien, sairaanhoitajien, toimintaterapeuttien kuin moniammatillista yhteistyötä tarkoittavien termien kohdalla.

Sisäänottokriteerit: Moniammatillisuutta käsittelevät artikkelit, jotka liittyivät yhteistyöhön fysioterapeuttien, puheterapeuttien, sairaanhoitajien ja/tai toimintaterapeuttien välillä. Artikkelit oli kirjoitettu 10 viimeisen vuoden aikana. Ne käsitelivät pääasiassa yhteistyötä saman hierarkiatason toimijoita ilman esimiesalainen, opettaja-oppilas tai lääkäri-hoitaja yhteistyötä. Tarkoituksena oli saada tietoa yhteistyöryhmien ja tiimien toiminnasta, jotka koskivat yhteistyötä saman hierarkiatason terveydenhuollon erityistyöntekijöiden välillä.

PubMed/Medline

```
("Physical Therapists"[Mesh] OR "Occupational Therapy Department, Hospital"[Mesh] OR "Speech Therapy"[Mesh] OR "Nurse Clinicians"[Mesh] OR speech therapist*[tiab] OR occupational therapist*[tiab] OR physiotherapist*[tiab]) AND (((("Interprofessional Relations"[Mesh:NoExp] OR "Interdisciplinary Communication"[Mesh]) AND ("Cooperative Behavior"[Mesh] OR teamwork[tiab] OR "team work"[tiab] OR collaborat*[tiab] OR cooperati*[tiab] OR co-operati*[tiab]) OR (("Interprofessional Relations"[Mesh:NoExp] OR "Interdisciplinary Communication"[Mesh]) AND ("Hospitals, Special"[Mesh] OR "Hospitals, Teaching"[Mesh])) OR (("Cooperative Behavior"[Mesh] OR teamwork[tiab] OR "team work"[tiab] OR collaborat*[tiab] OR cooperati*[tiab] OR co-operati*[tiab]) AND ("Hospitals, Special"[Mesh] OR "Hospitals, Teaching"[Mesh])))
```

Cinahl

```
(MH "Physical Therapist Attitudes" OR MH "Occupational Therapist Attitudes" OR MH "Occupational Therapists" OR MH "Physical Therapists" OR MH "Speech-Language Pathologist Attitudes" OR MH "Speech-Language Pathologists" OR MH "Nurses by Specialty+" OR MH "Advanced Practice Nurses+") AND ((MH "Cooperative Behavior" OR MH "Teamwork" OR MH "Collaboration") OR (MH "Interprofessional Relations+" OR MH "Multidisciplinary Care Team+"))
```

Tiedonhaku tehtiin tietokannoista Pubmed (Medline) sekä Cinahl. Ensin haku suoritettiin Pubmedista. Mukaan otettiin englanninkieliset artikkelit, joista oli koko teksti saatavissa 10 viimeisen vuoden ajalta. Tällä hakumenetelmällä löydettiin 147 artikkelia, jotka tutkija kävi läpi otsikko- ja abstraktitasolla.

Tiedonhaku tehtiin myös Cinahl tietokannasta, josta haku suoritettiin vastaavasti mesh-termeillä muodostetulla hakulausekkeella. Tuloksia saatiin ensin 97, jonka jälkeen Pubmedista löydettyjen kaksoiskappaleet poistettiin ja jäljelle jäi 23 artikkelia. Nämä tutkija kävi läpi otsikko- ja abstraktitasolla.

Artikkelien lähemmän tarkastelun jälkeen otettiin mukaan PubMed/Medline tietokannasta artikkeleita 9, loput 138 poistettiin. Poistetut eivät olleet tutkimusartikkeleita, artikkelien näkökulma oli yksinomaan lääketieteellinen tai ne edustivat jotain erityisalaa ja moniammatillisuus jäi taka-alalle. Myös Cinahlin hakutulokset käytiin läpi ja samoin perusteiden poistettiin vielä 21 artikkelia, jolloin mukaan otettiin 2 artikkelia. Tiedonhaku tuotti tutkimukseen artikkeleita yhteensä 11 kappaletta.

Tiedonhakua jatkettiin manuaalisesti kirjallisuudesta, kirjojen, väitöskirjojen ja artikkeleiden lähdeviitteistä. Mukaan löydettiin vielä 27 artikkelia vuosilta 2000 – 2012. Yhteensä tiedon tarkastelua tehtiin 38 artikkelin ja väitöskirjan avulla. Tiedonhaun tulokset esitetään taulukossa 1. Tutkimuksessa käytetyt moniammatillisuuteen, ammattiryhmien väliseen ja/tai ammattirajat ylittävään yhteistyöhön liittyvät tutkimusartikkelit on esitetty aikajärjestyksessä liitteessä 1. (Liite 1).

Taulukko 1. Kirjallisuushaun tulokset.

Tietokannat	haun tulokset	valitut lähteet
PubMed / Medline	147	9
Cinahl	97	2
Manuaalinen	27	27
Yhteensä	271	38

3 TUTKIMUKSEN TAUSTA

3.1 Käsitteiden määrittelyminen

Käsitteille on annettu määritelmät joiden avulla ihmiset muokkaavat ajatteluaan ja toimintaansa sekä hahmottavat todellisuutta. Ongelmia ja haasteita syntyy silloin, kun käsitteitä tulkitaan eri tavoin. Monilla tutuilla käsitteillä saattaa olla suuriakin tulkintaeroavaisuuksia, kun niiden oikeaa merkitystä ei todellisuudessa tiedetä. Käsitteiden ja niihin liittyvien näkökulmien moninaisuus kertoo juuri sosiaali- ja terveydenhuollon monimutkaisuudesta. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas, 2011.) Tässä työssä moniammatillinen nähdään pääkäsitteenä, joka pitää sisällään sekä moniammatillisen yhteistyön, ammattiryhmien välisen yhteistyön ja ammattirajat ylittävän yhteistyön. Kun tarkoitetaan jotain näistä erikseen ja yksinään, käytetään niiden omaa käsitettä. Tieteiden välisyys (-disciplinary) ja ammattien välisyys (-professional) on erotteleva tekijä englannin kielessä näiden erilaisen taustafilosofian omaavien käsitteiden kesken. Tässä työssä käsitellään ammattilaisten käytännön tasolla tapahtuvaa työtä, jolloin puhutaan mieluummin käsitteellä –professional. Seuraavassa tarkemmin aiheeseen liittyvien käsitteiden määrittelystä.

Yhteistyö määritellään koordinoituksi toiminnaksi erilaisissa tilanteissa ja erilaisin kokoonpanoin. Ihmisen kehityksessä, koko evoluution aikana erittäin tärkeänä tekijänä on pidetty kykyä tehdä yhteistyötä. Yhteistyössä toteutuvat niin yhdessä toimimisen ilo kuin vahvistuvat sosiaaliset suhteetkin. Yhteistyötä voidaan tehdä eri tasoilla ja mitä suuremmiksi ja monimutkaisemmiksi asiat muotoutuvat sitä tärkeämpää on yhteistyöhön osallistuvien yhteinen kieli ja käsitteet sekä erilaiset vuorovaikutukseen liittyvät säännöt. (Isoherranen 2008.)

Ryhmät voidaan määritellä eri tavoin. Ne ovat esimerkiksi muutaman ihmisen kokoonpanoja, toimivat yhteen vapaasti erilaisilla tavoilla, niillä on yhteistä menneisyydessä ja jotain yhteistä tulevaisuudessa. Ryhmät voidaan määritellä myös kahden tai useamman ihmisen joukoksi, jotka ryhmäytyvät toimimaan yhdessä. Ryhmiä voidaan määritellä sen jäsenten lukumäärän mukaan, ryhmän käyttäytymisen mukaan ja myös muilla tavoilla. Ryhmä voi olla joko enemmän tai vähemmän kuin osiensa summa. (Levine & Moreland 2006.) Ryhmällä on kaksi keskeistä ulottuvuutta, toinen on tehtäväkeskeinen ja toinen on sosioemotionaalinen. Rooleilla on yleensä erityinen

merkityksensä sosioemotionaalaisella alueella. Ryhmä kiinteydellä eli koheesiolla tarkoitetaan ryhmän jäsenten keskinäistä riippuvuutta. Ryhmän kulttuuri muodostuu ryhmän eri ominaisuuksien summasta ja niiden vuorovaikutuksesta. (Isoherranen 2006.)

Työryhmät tai tiimit voidaan määritellä jatkuviksi työyksiköiksi joiden vastuulla on tuotteen tai palvelun tuottaminen. Usein tiimeillä on esimies tai ohjaaja, mutta joillakin tiimeillä on autonominen asema eli vapaus toimia itsenäisesti. Tiimien tehtäviä ovat esimerkiksi informaation jakaminen, ongelmien ratkaiseminen tai ristiriitojen selvittäminen tietyssä kontekstissa. Tiimien prosessimainen luonne tarkoittaa sitä, että tiimit ovat dynaamisia. Tiimeillä on tietyt ominaisuudet (input), ne toimivat tietyn tehtävän mukaisesti (prosess) ja niillä on toimintaansa ja tehtävänsä suhteen tulos (output). Tiimin ominaisuudet eivät välttämättä edusta tiimin toimintoja, mutta ovat sen kokemuksen tuotteita. Nämä voivat kuitenkin samalla olla tiimin työskentelyn tuloksia, joihin vaikuttavat tiimin aikaisemmat yhteistyökokemukset. Ne voivat olla tiimin resursseja (input) ja ne vaikuttavat tuleviin yhteistyömuotoihin ja tuloksiin. (Nijstad 2011.) Ryhmät ja tiimit voidaan myös erotella toisistaan niiden toimintatavan mukaan. (Wright 2010). Työelämässä käytännössä kuitenkin käytetään rinnasteisesti käsitteitä tiimi, ryhmä ja työryhmä. (Veijola 2004).

Roolit ovat osa jokaisen ammattilaisen ja asiantuntijan kulttuuria. Tiimissä jokainen osallistuja luo oman roolinsa ja myös muokkaa sitä. Myös erilaisissa hoitokulttuureissa saman alan edustajat, sairaanhoitajat ja muut terveydenhuoltoalan edustajat vaalivat omia toimintaperiaatteitaan ja itsenäisyyttään sekä sitoutuvat yhteisiin toimintakäytäntöihin. (Mäntynen 2007.) Eri ammattiryhmät myös sosiaalistuvat helposti oman ammattinsa ajattelu- ja ongelmanratkaisuihin ja saattavat tarkastella potilaan hoitoa vain omasta näkökulmastaan, mahdollisesti pitäen sitä parhaana tapana (Silén-Lipponen 2008). Toisaalta myös lääkäreiden, hoitajien ja muiden terveydenhuoltoalan ihmisten vastuu on lisääntynyt, rajat ammattien välillä ovat hämärtyneet ja vuorovaikutus ammattilaisten ja muiden tukijoiden välillä lisääntynyt. Samalla autonomia terveydenhuoltoalan ammattilaisilla koetaan vähentyneen. (Rafferty, Ball & Aiken, 2001.)

Moniammatillinen työ voidaan määritellä eri tavoin. Myös käsitteenä sen koetaan olevan epämääräinen. (Nikander 2003, D'Amour ym. 2005, Thylefors ym. 2005, Isoherranen 2008.) Sillä kuvataan monenlaista yhteistyötä eri asiantuntijoiden kesken,

monesta eri näkökulmasta ja monenlaisin yhteistyömuodoin. (Isoherranen 2008). Yhteistyön vastuut ja vastavuoroinen riippuvuus tiimin jäsenten välillä sekä vastuut potilaan hoidosta ymmärretään määrittelevinä ominaisuuksina ja ne toimivat jatkumona käsitteestä moni (multi), ammattiryhmien väliseen (inter) ja ammattirajat ylittävään (trans) yhteistyöhön. (Kvarnström 2008). Lockhard ja Wood (2000) määrittelevät moniammatillisen yhteistyön lisäksi osallistujien määrän mukaisesti myös prosessiksi, jossa kaksi tai useampaa ammattilaista käsittelee yhteistä ongelmaa. (Lockhard & Wood 2000, Nikander 2003, Jansen 2008). Moniammatillisella (multiprofessional) työllä voidaan tarkoittaa eri ammattilaisten työskentelyä saman asiakkaan kanssa kohti samaa pitkäaikaista tavoitetta jakamalla omasta asiantuntijuudesta käsin vain vähän informaatiota muiden kanssa. Informaatiota ja ”tekniikoita” jaetaan suunnittelemattomalla tavalla, joka voi johtaa päällekkäisyyksiin ja mahdollisiin rooliristiriitoihin ja ammattiryhmien välisiin konflikteihin.

Ammattiryhmien välisen (interprofessional) yhteistyön tasolla huomattiin ydinasantuntijuuden eri ammattiryhmillä ja heidän taitojensa yhtenevän samalla, kun tiimi integroituu, vastuu jakautuu ja resurssit kohdentuvat toivotulla tavalla. Tällä saavutetaan todellinen holistisuus potilaskeskeisessä hoidossa, jokaista ammattilaista ja asiakasta kuunnellen ja he ovat mukana päätöksenteossa. Yhteistyössä on neljä ominaisuutta, jakaminen yhteiseen tarkoitukseen, jäsenten ymmärrys omasta ja toisen tehtävästä, tiedon yhteen kerääminen sekä taidot, resurssit ja vastuu päätösten tuloksista ja neljäntenä tiimin kyky selviytyä tehtävistä ja johtaa itseään riippumattomana ryhmänä. (Pethybridge 2004, D’Amour & Oandasan 2005.)

Ammattirajat ylittävä (transprofessional) yhteistyön tasolla voidaan ylittää ammatilliset rajat. Tietoa ja ammatillista osaamista vaihdetaan sekä ammattien rajapinnoilla että perinteisten ammattirajojen yli. Ammattien ja ammattialojen edustajat ovat aktiivisessa kanssakäymisessä keskenään yhteisen tavoitteen edistämiseksi. (Veijola 2004, D’Amour ym. 2005, Isoherranen 2012.)

Monitieteinen yhteistyö (multidisciplinary) on käsitteenä laajempi. Eri alojen asiantuntijat osallistuvat yhteistyöhön työskentelemällä kuitenkin erikseen omien ammattialojensa parissa. Tieteiden välisessä yhteistyössä (interdisciplinary) osallistujat vastaavat yleensä oman alansa toiminnasta ja tehtävistä, mutta muodostavat kuitenkin yhteisen suunnitelman. Poikkitieteellisessä yhteistyössä (transdisciplinary) jokainen

osallistuja työskentelee yhdessä ja osallistuu keskusteluun. Ammattialojen rajat ylittävässä (transdisciplinary) yhteistyössä jokainen on tietoinen omasta ja toisen roolista sekä erityisosaamisesta ja kaikki jakavat tietoa ja taitoa yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. (Veijola 2004, Isoherranen 2012.)

Terveydenhuollossa Suomessa työskentelee eri koulutuspuhjan omaavia laillistettuja ammattilaisia, joille Valvira myöntää kolmenlaisia ammatinharjoittamiseen liittyviä oikeuksia. Ensinnäkin se antaa oikeuden toimia laillistettuna terveydenhuollon ammattihenkilönä. Toiseksi se antaa oikeuden käyttää nimikesuojattua ammattinimikettä sekä kolmanneksi se voi antaa rajoitetun luvan harjoittaa lääkärin ammattia. Juridiset säädökset, kuten laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (L559/94) sekä asetus (A564/94) terveydenhuollon ammattihenkilöistä (A564/94) määrittelevät näiden ammattien lailliset harjoittajat. (Valvira 2012.) **Terveydenhuollon ammattihenkilöistä** annetun lain mukaan laillistettuja terveydenhuollon ammattihenkilöitä ovat tässä työssä käsiteltävät fysioterapeutin, puheterapeutin, sairaanhoitajan ja toimintaterapeutin ammatit. (www.finlex.fi 2013.)

Suomen **Fysioterapeuttien** laatiman määritelmän (2006) mukaan fysioterapia perustuu sekä terveyden, liikkumisen että toimintakyvyn edellytysten tuntemiseen ja parhaaseen saatavilla olevaan tietoon. Fysioterapian perustana on fysioterapiatiede, mutta fysioterapiassa sovelletaan myös monen muun tieteenalan tutkimustietoa. Työnsä suunnittelusta, sen toteutuksesta sekä arvioinnista ja kehittämisestä vastaa fysioterapeutti itse. Valmiudet tiedon hankintaan, tiedon kriittiseen arviointiin ja sen soveltamiseen käytäntöön ohjaa fysioterapeutin työtä. Fysioterapeutin keskeiseksi työalueeksi määritellään välitön terapiatyö, joka edellyttää kuitenkin yhteistyötä muiden terveydenhuollon ammattiryhmien kanssa, vuorovaikutusta itse kuntoutujan kanssa sekä tiedonhankintaa ja kliinistä päätöksentekoa. Fysioterapeutti osallistuu myös enenevässä määrin moniammatilliseen yhteistyöhön oman alansa asiantuntijana. Fysioterapia liitetään kuntoutukseen liittyvässä lainsäädännössä lääkinnällisen kuntoutuksen piiriin. (Kuntaliitto 2007.)

Puheterapiassa tavoitteena on parantaa asiakkaan kykyä kommunikoida ja toimia jokapäiväisessä elämässään erilaisissa toimintaympäristöissä. Puheterapeutti selvittää asiakkaan/potilaan kommunikointikyvyn ja havaittujen kielen, puheen tai syömisen ja nielemisen sekä äänentuoton häiriöiden vaikutuksen ja merkityksen asiakkaan/potilaan

selviytymiseen elinympäristössään, hänen osallistumiseensa sekä toimintaansa. Puheterapeutin tekemän arvioinnin tuloksia käytetään puheterapiatarpeen määrittelyssä sekä suunnittelussa, seurannassa, terapian vaikutusten arvioinnissa, muutosten seuraamisessa ja jatkokuntoutustarpeen arvioinnissa. Puheterapian alussa tehdään yksilöllinen suunnitelma terapiassa etenemiselle. Varhain aloitetulla ja riittävän tiiviillä puheterapialla saavutetaan parhaimmat tulokset. Puheterapia on osa lääkinällistä kuntoutusta. (Puheterapianimikkeistö 2010.)

Toimintaterapeutit ovat kuntoutusalan ammattilaisia ja heitä kiinnostavat asiakkaan toimintakyky sekä siihen vaikuttavat tekijät asiakkaan arjessa. Toimintaterapeutit toimivat yhteistyössä asiakkaan/potilaan läheisten sekä eri alojen asiantuntijoiden kanssa voidakseen tukea potilasta toimintamahdollisuuksiensa parantamiseksi niillä alueilla päivittäisissä toiminnoissaan, jotka potilas kokee tärkeiksi. Toimintaterapia on osa lääkinällistä kuntoutusta. Asiakkaan/potilaan ja toimintaterapeutin välisen vuorovaikutussuhteen sekä terapeuttisen toiminnan tarkoituksena ovat asiakkaan/potilaan toimintamahdollisuuksien parantaminen sekä hänen toiminnallisen suoriutumisen ylläpitämisen ja parantamisen tukeminen. (Kuntaliitto 2003.)

Hoitamisella tarkoitetaan ihmisen terveyden edistämiseen tähtäävää toimintaa. Sen perusta on yhteisessä arvopohjassa sekä syvällisessä toisen ihmisen ymmärtämisessä ja kunnioittamisessa. **Hoitotyöllä** tarkoitetaan hoitoa, jota antaa terveystieteen ammattilainen. Hoitotyön toiminnat ja interventiot perustuvat tutkittuun tietoon, ammattilaisten kokemuksiin ja hyväksi koettuihin käytänteihin. (Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen & Åstedt-Kurki 2008.) Hoitaminen ja hoitotyö katsotaan perinteisesti kuuluvaksi sairaanhoitajan toiminta-alueeseen ja määrittelevän sairaanhoitajan toimintaa.

Terapia tarkoittaa kielitoimiston sanakirjan mukaan lääketieteellistä tai psykologista hoitoa. (MOT 2013). Wikipedia (2013) määrittelee terapian sairauden tai vamman parantamiseksi annettavaksi hoidoksi. **Terapeutti** määritellään saman lähteen mukaan terapian tuntijaksi, parantajaksi ja hoitajaksi. (Wikipedia 2013.)

Tässä työssä hoitaminen käsitettä käytetään tarkoitettaessa kenen tahansa tutkimukseen kuuluvan ammattilaisen työtä terveydenhuollon kontekstissa ja kunkin terapeutin omaa toimintaa kuvaamassa ammattialaansa kuuluvaa toiminnan nimikettä erikseen

(fysioterapia, puheterapia, toimintaterapia). Kaikki tässä työssä erikoissairaanhoidossa työskentelevät terveydenhuollon ammattilaiset toimivat terveydenhuollon järjestelmässä hoitamisen alueella erotuksena lääketieteellisen puolen toimijoista, jotka ovat lääkäreitä.

3.2 Kirjallisuuskatsauksen tuloksia

3.2.1 Moniammatillisen toiminnan käsitteistö

Moniammatillisen yhteistyön käsitettä, jota on käytetty kuvaamaan erilaisia yhteistyön muotoja, pidetään epämääräisenä. Käsitettä voidaan myös arvioida monesta eri näkökulmasta. (Isoherranen 2012, Eloranta & Kuusela 2011, Pethybridge 2004, Nikander 2003.) Käsite on monimutkainen ja kärsii syvemmän laadullisen tutkimuksen puutteesta erityisesti ajatellen prosessin vaikutusta ja mekanismeja työskenneltäessä tiimityössä ja potilashoidossa. (Jones & Jones 2011).

Yhteistyöllä on taipumusta olla tehtäväkeskeistä, lyhyttä ja muodollista, mikä saatiin tulokseksi Reevesin ja Lewinin (2004) tekemässä tutkimuksessa terveydenhuollon eri ammattilaisille (n=49). Erilaiset muodolliset ja epämuodolliset kommunikaatiokeinot vaikeuttivat yhteistyötä. Poliitiikat, joilla luodaan vaatimuksia erilaisille toiminnoille, olisi muotoiltava niin, että niissä huomioidaan, ettei käytännön maailmassa ole valmista jaettava ymmärrystä. (Reeves & Lewin 2004.) Myös Atwallin ryhmänsä (2005) kanssa tekemän tutkimuksen mukaan eri ammattiryhmien välillä sosioemotionaalista vuorovaikutusta ilmeni vähemmän kuin tehtäväkeskeistä vuorovaikutusta. Tiimityöhön liitettävä ideologia koettiin tehokkaaksi vain kun kaikki jakoivat saman ajatusmaailman. (Atwall & Caldwell 2005.) Minkään yksittäisen tekijän ei nähdä hallitsevan koko monimutkaisuutta terveydenhuollossa, siihen suositellaan monitieteistä toimintaa. Monitieteisyyden ymmärtäminen on siksi tärkeää. (Yeager 2005.)

Politiikoilta, terveystalitiikan analyytikoilta ja kouluttajilta tulee selkeä vaatimus terveydenhuollon ammattilaisille, että heidän on parannettava moniammatillisen yhteistyön vaikuttavuutta (Salhani & Coulter 2009). Potilaan sairaudet ovat vaikeutuneet ja monimutkaistuneet, informaatio-ohjaus on monimutkaistunut ja lisääntynyt. Näiden tekijöiden merkitys terveydenhuollon prosesseissa on lisääntynyt ja ne asettavat omat vaatimuksensa työmuotojen kehittämiseksi. (Yeager 2005.) Potilas ja hänen hoitonsa on edelleen päätarkoituksena jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen

työlle, samoin kuin se on moniammatilliselle yhteistyöllekin. (D'Amour & Ouandas 2005). Reevesin kollegoineen (2011) tekemän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli tarkastella ammattiryhmien väliseen yhteistyöhön liittyvien käsitteiden haasteita tavoitteena muun muassa identifioida avainkäsitteet, teoriat ja todisteet yhteistyölle. Katsauksessa käytiin läpi 104 artikkelia ammattiryhmien välisestä yhteistyöstä, sen eri näkökulmista. Käytettyjä teorioita ei kuitenkaan löytynyt kuin muutama. (Reeves, Goldman, Gilbert, Tepper, Silver, Suter & Zwarenstein 2011.)

Tiimien käyttö on lisääntynyt siitä paineesta, jonka terveydenhuollossa tänä päivänä luo palvelujen uudelleen järjestäminen ja organisointi, kustannustekijät ja lisääntyvä monimutkaisuus hoidon tiedossa ja taidoissa. Lemieux-Charlesin ja McGuiren (2006) tekemä kirjallisuuskatsaus moniammatillisen yhteistyön tutkimuksista vuosilta 1985 – 2004 osoitti, että kliinisten asiantuntijoiden ominaisuudet ja erilaisuus ryhmän päätöksenteossa vaikuttavat suuresti potilashoidon ja organisaatioiden vaikuttavuuteen. Konteksti, jossa yhteistyötä tehdään, on tärkeää yhteistyön toiminnan tuloksille. 1900-luvulla aloitettu työn koordinointi tiimien avulla on nyt olennaisena osana terveydenhuoltoa. Vaikka tiimin toimintoja on tutkittu, haasteita riittää edelleen sekä käsitteellisen että metodologisen puolen identifioinnissa. (Lemieux-Charles & McGuire 2006.)

Liiketaloudelliset arvot ja kustannus-tehokkuuden vaatimukset eivät ole valmiita tukemaan moniammatillisuutta. Voidaan myös kysyä ovatko terveydenhuollon alueella toimivat tieteenalat valmiita yhteistyöhön. Sosiaalisen ammatillisuuden puuttuminen nähdään terveydenhuollon alueella vaikeuttavan yhteistyö kokonaisuutta. (Jansen 2008.) Ammattiryhmien välistä yhteistyötä (interprofessional) pidetään avaintekijänä silloin, kun halutaan lisätä terveystalouden vaikuttavuutta. Käsitteen yhteistyö toivotaan silloin olevan selkeästi määritelty. Vallitsevana ajatuksena on, että meillä on rajoittunut ymmärrys terveydenhuollon eri ammattilaisten välisistä suhteista. Nämä ammattilaiset ovat koulutuksestaan johtuen sosiaalistuneet omaan ammattikuntaansa ja sen näkemyksiin niin asiakkaistaan kuin heille tarjottavista palveluistakin. (D'Amour, Ferrara-Vileda, Rodriguez & Beaulieu 2005.)

Jokainen tieteenala ja oppiaine on kehittänyt vahvan teoreettisen perustansa ja tieteensä taustat, jotka sallivat ammattikunnan oikeutuksen toimimiseen ja jotka ovat jäykästi rajattuja. Tämä muodostaa ammatin niin sanotun ytimen. Yhteistyön vaatimukset

tekevät muutoksia kunkin ammattialan paradigmaan ja loogisen yhteistyön täytäntöönpanosta mieluummin kuin yhteistyön johdonmukaisuus. (D'Amour ym. 2005.) Millerin kollegoineen (2008) tekemässä tutkimuksessa todettiin, että sairaanhoitajien joukossa esiintyi vastahakoisuutta osallistua moniammatillisiin tiimeihin. Sairaanhoitajien oma rooliajattelu ja ammatti-identiteetin kysymykset vaikuttivat aiheuttavan esteitä moniammatilliselle yhteistyölle. Tässä suhteessa luottamuksen ja kommunikaation parantamiseksi eri ammattiryhmien kesken tutkijat toivovat löytyvän enemmän keinoja. (Miller, Reeves, Zwarenstein, Beales, Kenaszchuk & Conn 2008.)

Seneviratnen (2009) ryhmänsä kanssa tekemässä tutkimuksessa selvitettiin hoitajien näkökulmaa omaan osuuteensa moniammatillisessa yhteistyössä. Kyseessä oli moniammatillinen yhteistyö, jossa jokainen tiimin jäsen työskenteli riippumattomana ja raportoi arviointejaan ja tekemisiään pääasiassa tiimin palaverissa. Tutkijat käyttivät kuitenkin termiä ammattiryhmien välinen yhteistyö, mikä osoittaa käsitteen selkeyden keskeneräisyyttä, muihin määritelmiin verrattuna. Tutkimuksessa todettiin, että sairaanhoitajien näkökulmasta hoitajat olivat alikäytettyjä ja aliarvostettuja kuntoutustiimeissä. Hoitajat eivät kuitenkaan työskennelleet eristyksissä, vaan heillä olisi ollut enemmän kapasiteettia työskennellä muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa perinteisten sairaanhoitajan ammattialueen rajoillakin. Hoitajat uskoivat, että moniammatillinen ilmapiiri on keskeinen ominaisuus, joka on tärkeää, jotta moniammatillinen yhteistyö voisi onnistua. Vähäkankaan ryhmineen tekemän (2008) tutkimuksen mukaan hoitajat, jotka yhdistävät kuntoutuksen muuhun päivittäiseen työhönsä saavat lisää aikaa potilaan kanssa, joka maksimoi potilaan riippumattomuutta. (Seneviratne ym. 2009.)

Ammattiryhmien välistä yhteistyötä on lisättävä ja siihen on panostettava, on yhteinen mielipide laajalti, jotta palveluiden tarpeisiin voidaan vastata. Ammattiryhmien väliseen (interprofessional) yhteistyöhön vaikuttavat tekijät niin yksilö- kuin ryhmätasollakin. (Jones 2007, Ødegård 2005.) Rajapinnat ja yhtymäkohdat eri ammattialojen osallistujien kesken nähdään sijaitsevan eri konteksteissa. Rajat ovat eri oppiaineiden ja ammattien oleellisia osia. Eri ammattien pääpainotukset rajapinnoille löydettiin rajojen ja omien alueiden valvonnasta ja kontrolloinnista, mahdollisuudesta keskinäiseen keskusteluun rajojen liikkutuksesta ja yksilön ja ammatin vaikutuksesta näihin molempiin. (Jones 2007.) Molemminpuolinen rajojen muokkaaminen tarkoittaa katsetta kohti uutta

tilaa, tämä on tärkeä myös monitieteisessä kontekstissa. (Jones 2007, Sumner 2003, Massey 1999).

Yhteistyö on oleellista laadukkaan terveydenhuollon toimille ja tiimityö on päätekiä kun potilaskeskeistä yhteistyötä luodaan. Tiimityöstä on muotoiltu erilaisia määritelmiä, jotka ovat koskeneet muun muassa tiimien laatua ja toimintatapaa. Yleisin käytetty jako on monitieteinen (multidisciplinary), ammattialojen välinen (interdisciplinary) yhteistyö ja ammattialojen rajoja ylittävä (transdisciplinary) yhteistyö. Tiimien rakenteiden sisällä nähdään vielä erilaisia tasoeroja. Ammattilaisten välillä eri organisaatioissa löytyy myös kolmenlaisia ulottuvuuksia. Yhteistyötä voidaan tehdä 1) toiminnassa, 2) rakenteissa ja 3) itse liikkumattomassa tilanteessa. (D'Amour ym. 2005.)

Tiimien toimintaa on tutkittu eri lähtökohdista. Tiimien toiminnan voimakkuuksien ja heikkouksien arviointiin on Saksassa (2008) kehitetty tiimianalyysi, jonka tulosten avulla voidaan kehittää tiimin toimintaa tarvetta vastaavaksi. Analyysissä arvioidaan tiimin toimintoja niiden rakenteen (input), tiimin työskentelyn (prosess) ja tiimin menestyksen (output) alueella. Tiimit voidaan luokitella niiden kehittämistarpeiden mukaisesti kolmeen luokkaan; matalan tason, keskitason ja korkean tason toimintaa omaavat tiimit. Tämä tiimianalyysin pohjalta sama työryhmä kehitti myös viisi tiimin kehittämisen moduulia: 1. johtotason valmennus, 2. kommunikaation harjoittelu, 3. asenteen muokkaaminen tiimityöskentelyä kohtaan, 4. tehtäväperustainen tiimin kehittäminen ja 5. sosiaalisesti yhdistävien näkökulmien harjoittaminen. (Körner 2008.)

Erilaisia teoreettisia malleja yritetään ja on yritetty kehittää moniammatillisesta yhteistyöstä. Mikään teoreettinen malli ei kuitenkaan täydellisesti kuvaa kaikkia ilmiön annettuja ominaisuuksia. Mallien tehtävänä on kuitenkin tiivistää ja antaa merkitys ilmiölle. Gieren (1999) mukaan teoreettiset mallit ovat abstrakteja objekteja ja kuvitteellisia päätelmiä, joiden struktuuri saattaa olla tai ei ole yhtenevä sen objektin ja prosessin kanssa, mitä todellisuudessa on. (Ødegård 2005.)

Moniammatillinen yhteistyö muodostuu siitä, että erilaista asiantuntemusta yhdistetään ja asiantuntijuutta kehitetään yhdistäen ammattiryhmien osaamista, mahdollisesti ammattirajojakin ylittäen. Yhteistyön prosessi noudattaa hyvää käytäntöä, jos sillä liitetään yhteen eri ammattilaisten osaaminen, yhteistyötarve ja ammattikulttuuri. Yleensä itsenäiseen työhön mahdollisesti tottuneet ammattilaiset joutuvat hyväksymään

sen, että moniammatillisessa yhteistyössä tulee olemaan vähemmän mahdollisuuksia itsenäiseen päätöksentekoon. Toisaalta moniammatillinen yhteistyö tuo mukanaan paljon etuja kunkin omaan työhön. (Veijola 2004). Roolien muokkaaminen yhteistyötä varten eri ammattihenkilöiden kesken tapahtuu parhaiten keskustelemalla. (Veijola 2004, Freeman et al 2000). Moniammatillisessa työssä ilmenee vaikeutta valita kahden vaihtoehdon välillä. Toisaalta olla ammatilainen, asiantuntija ja riippumaton toisista, ja toisaalta taas olla riippuvainen toisten kyvyistä, taidoista ja halukkuudesta tehdä yhteistyötä muiden ammattilaisten kanssa. (Averlid & Axelsson 2012.)

Jokainen työpaikka on tärkeä arena terveyden tuottamiselle, siksi on tärkeää, että johdolla on riittävästi ymmärrystä ja tietoa siitä mitkä toiminnot tuottavat terveyttä ja hyvinvointia henkilöstölle. Averlidin ja Axelssonin (2012) tutkimuksessa yhteistyölle on tärkeää sekä johdon antama palaute (feedback), jonka nähtiin vapauttavan energiaa työntekijöille. Yhteistyötä parantava oppiminen ja mahdollisuus oppia motivoivat yksittäistä työntekijää ja samalla koko työryhmää. Palautteen saaminen työn tekemisestä koettiin tärkeäksi, samalla korostettiin mahdollisuutta keskustella työhön liittyvistä ongelmista. Tiimityö antoi myös mahdollisuuden yhteistyön kehittymiselle, jonka perustana nähtiin kommunikoinnin onnistuminen. Hyvä kommunikointi mahdollisti selkeät tehtäväjaot, sillä vältettiin väärinymmärryksiä ja vaikutettiin mahdollisesti potilaan turvallisuuteen. (Averlid & Axelsson 2012.)

3.2.2 Moniammatillisen toiminnan edellytyksiä

Tehokas tiimityö voi parantaa potilaan turvallisuutta, jos se johdetaan suunniteltujen ja järjestelmällisten prosessien, todellisen integraation ja käytännön toimien johtamisen sekä lisääntyneen työympäristön hallinnan avulla. (Kilner & Sheppard 2009). Tiimityö edellyttää myös dialogista prosessia, jossa on keskeisinä tekijöinä vuorovaikutus ja tarkoituksenmukainen yhteistyö. Tarkoituksenmukaisuus yhteistyössä ei tarkoita vain tekniikoita, vaan myös sitä toimintaa, jossa työympäristön huomioimisella sekä toimintaa ohjaavilla arvoilla ja tavoitteilla on merkittävä osansa. (Veijola 2004.) Tehokas tiimityö on toisaalta ehtona yhteiselle päätöksenteolle. (Silén-Lipponen, Tossavainen, Turunen, Smith & Burdett 2006).

Tehokkaan moniammatillisen yhteistyön edellytyksinä nähdään jaettu käsitys toiminnasta, selkeät yhteiset tavoitteet, tiimin asiantuntevat jäsenet, hyvä yhteishenki ja

vuorovaikutus, jokaisen roolin ymmärtäminen ja arvostaminen. Lisäksi nähdään tunnusmerkkeinä myös tulosorientoitunut, selkeä ja puolueeton johto. (Freeman, Miller & Ross 2000.)

Suddickin ja De Souzan (2006) tekemän, eri terveydenhuollon terapeuttien käsityksiä tiimityöstä tarkastelevan, tutkimuksen mukaan neurologisessa kuntoutuksessa on erilaisia tiimejä, joiden rakenne ja tiimin kokoonpano eroavat toisistaan. Nämä vaihtuvat sekä tiimien välillä että osallistujien kesken. Eroja oli myös tiimien välillä siinä, kuuluuko potilas tiimiin vai ei. Eri ammattiryhmien välistä tiimin lähestymistapaa ei johdonmukaisesti myöskään käytetty. Tutkimuksessa ilmeni, että eri tiimit voivat valita erilaisia strategioita tehtävässään ja kontekstissaan. (Suddick & De Souza 2006.) Tiimityön toteuttamistavat ovat myös sidoksissa kuntoutusta toteuttavien yksilöiden toimintakulttuureihin. Yhteinen tietämys kuntoutumisen perusteista kuitenkin luo pohjan vaikuttavalle kuntoutukselle ja roolirajojen rikkomiselle. (Mäntynen, Vehviläinen-Julkunen & Sivenius 2009.)

Henkilöstön tyytyväisyyden tiimityöhön ja tiimityön harjoittelu-interventioihin, sekä positiivinen henkilöstön asenne tiimityötä ja kommunikointia kohtaan koettiin tärkeiksi tekijöiksi australialaisessa (2009) tutkimuksessa. Lisäksi kaikkien roolit olivat läheisesti linkittyneinä tiimin yhteiseen tavoitteeseen. Näillä todetaan olevan merkitystä potilaan turvallisuuden parantamisessa, vähennettäessä käytännön virheitä ja vähennettäessä odotusaikoja. (Kilner & Sheppard 2009.) Kommunikaatio ja roolien ymmärtäminen nähdään tärkeiksi tekijöiksi moniammatillisten tiimien toiminnassa positiivisten tulosten aikaansaamiseksi. (Suter, Arndt, Arthur, Parboosingh, Taylor & Deutschlander 2009).

Henkilöstön saama tuki johdolta koettiin tärkeäksi tekijäksi työtyytyväisyydelle ja moniammatillisen yhteistyön tuloksellisuudelle. Tiimityö ja siihen liittyvä työn rikastuttaminen olivat yhteydessä työtyytyväisyyteen. Työn rikastuttamisella oli merkitystä työn koettuun autonomiaan ja koettu autonomia taas johti työtyytyväisyyteen. (Griffin, Patterson & West 2001.) Johdon tuki nähdään tärkeänä tekijänä moniammatillisen yhteistyön tehokkuudelle. Sinclairin kollegoineen (2009) tekemässä tarkastelussa löydettiin kolme tekijää edellytyksinä tiimimuotoiselle moniammatilliselle yhteistyölle. Käytännön ominaisuudet, tiimikulttuuri ja organisaation rakenteet loivat pohjan tutkimuksen mukaan tiimityölle. Kun organisaation taholta annettiin tukea esimerkiksi oikeudella palkata lisää väkeä

tarvittaessa, henkilöstöllä ei ollut tarvetta kiertää yksiköstä toiseen eikä tiimeissä ylimääräinen vaihtuvuus rasittanut tiimin työskentelyä. Tiimimuotoinen työskentely tekee myös mahdolliseksi jakaa tietoa ja taitoa, joka osaltaan antaa synergiaa tuottaa parempaa hoitoa kuin mitä kukin voisi yksin saada aikaan. (Sinclair, Lingard & Mohabeer 2009.)

Organisaation tuki moniammatillisten tiimien toiminnassa koetaan poikkeuksesta eri tutkimuksissa tärkeäksi. D'Amour työryhmineen (2008) on kehittänyt mallin, jonka avulla terveydenhuollossa voidaan analysoida organisaatioiden mahdollisuudet parantaa yhteistyötiimien toimintaa ja identifioida parannettavia asioita. Voidaan arvioida ja varmistaa yhteistyön voimakkuutta ja yhdistää ne tehtävien tuloksiin. Ammatillaiset ja hallinto voivat käyttää mallia muodostaakseen yhteistyön diagnoosin ja implementoitujen interventioiden voimistamiseen. (D'Amour, Goulet, Labadie, San Martín-Rodriguez & Pineault 2008.)

Koulutuksen ja käytännön yhteistyön opettamista on myös tutkittu ja lisää koulutuksen ja käytännön moniammatillista yhteistyön opetusta kaivataan. Eniten apua vastavalmistuneiden käsityksiä ja kokemuksia moniammatillisesta opetuksesta tehdyn tutkimuksen (2007) mukaan saivat uudet ammatilliset ohjaajalta saadusta tuesta reflektointiin. (Copp, Caldwell, Atwall, Brett-Richards & Coleman 2007.) Davies ja kollegansa (2011) tutkivat viimeisen vuoden fysioterapiaopiskelijoiden käsityksiä ja kokemuksia ammattiryhmien välisestä oppimisesta yliopistossa ja harjoittelupaikassa. Tuloksena saatiin, että ammattiryhmien välinen oppiminen oli tehokasta parantamaan fysioterapeuttien roolitietoisuutta, kysymyksenasetteluja ja kykyä kehittää yhteistyösuhteita, jolla oli vaikutusta parempaan potilaan hoitoon. (Davies, Harrison, Clouder, Gilchrist, McFarland & Earland 2011.)

3.2.3 Moniammatillisen toiminnan vaikutuksia

Tehokas tiimityö on todettu erittäin tärkeäksi tuotettaessa korkeatasoista potilashoitoa, parannettaessa esimerkiksi henkilökunnan moraalia ja tuotettaessa lisää potilasturvallisuutta. Enemmän tutkimusta kaivataan kuitenkin lisää sekä prosessin vaikutuksista että mekanismeista. (Jones & Jones 2011, Kilner & Sheppard 2009.) Ammattiryhmien välisellä yhteistyöllä katsotaan olevan myös vaikutuksia potilaan hoidon tuloksiin, asiantuntijoiden työtyytyväisyydelle ja tiimin jäsenten henkiselle

terveydelle. Organisaatiot saavat hyödyn näiden avulla myös toimintansa vaikuttavuutena ja hoitojen vastaavuutena. Toivottuja tuloksia ovat myös terveydenhuollon kustannusten laskeminen. (D'Amour & Oandasan 2005.)

Potilasturvallisuus ja laatu puhuttavat terveydenhuollossa. Poundin ja kollegoiden tutkimuksessa (2000) selvitettiin niitä tekijöitä, joilla saattoi olla merkitsevyyttä parempiin hoitotuloksiin. Tutkimuksessa kuitenkin huomattiin, että kuntoutuksellisen otteen puuttuessa vähän vaihtuvuutta omaavalla osastolla ja yhteistyön ollessa laadullisesti niukempaa, näillä ei kuitenkaan ollut merkitystä hoitotuloksiin. Paremmat hoitotulokset halvausosastolla saavutettiin potilaan emotionaalisen hyvinvoinnin kustannuksella. Kuitenkin on huomioitava, jos hoitajat voivat huonosti, niin potilaatkin voivat huonosti. (Pound & Ebrahim 2000.)

Tiimimuotoinen toiminta koetaan mahdollisuudeksi jakaa tietoa ja taitoa, joka antaa synergiaa tuottaa parempaa hoitoa kuin mitä kukin voisi yksin saada aikaan. (Suddick & De Souza 2006). Moniammatillinen yhteistyö potilaan hoidossa auttaa lyhentämään kuntoutusaikaa ja tarjoaa terveydenhuollon ammattilaiselle mahdollisuuden parantaa oppimistaan ja lisätä kokemuksiaan. Nämä ovat perustekijöitä terveydenhuollon laadun parantamiseksi. (Nilsson, Lindgen & Månsson 2011.) Vaikutukset ammattiryhmien ja ammattialojen välisestä yhteistyöstä ovat hyödyllisiä niin potilaalle, organisaatiolle kuin terveydenhuollon tuottajillekin (Petri 2010).

Strasserin (2005) kollegoineen tekemän tutkimuksen mukaan kuntoutushoidossa tiimityöllä oli mahdollisuus parantaa tuloksen vaikuttavuutta. Tämä edellyttää kuitenkin ohjattua tiimityötä, sen jäsenten välisten suhteiden parantamista ja ongelmanratkaisujen etsimistä sekä palautteen käyttöä. Kuntoutustiimeillä, jotka olivat muodollisempia ja joilla oli järjestelmällisempi toiminta, käyttivät palautetta parantaakseen hoitoprosessia ja painottivat vähemmän käytännön konkreettisia tehtäviä, oli paremmat hoitotulokset. (Strasser, Falconer, Herrin, Bowen, Stevens & Uomoto 2005.)

Ammattiryhmien välinen yhteistyö on avaintekijä silloin, kun halutaan lisätä terveystalvelujen vaikuttavuutta. On kuitenkin tärkeää, että käsite moniammatillinen yhteistyö ja sen käytetyt eri muodot ovat ymmärrettyt. (D'Amour ym. 2005.) Moniammatillinen yhteistyö on tehokkaampaa ja toiminta muodostuu potilaskeskeiseksi kun tiimillä on pysyvät jäsenet. Tällä on todettu olevan yhteyksiä myös lyhyempään

sairaalassaoloaikaan. (Sinclair ym. 2009.) Tiimityö on tärkeää päätöksenteossa, kun tehdään esimerkiksi hoitosuunnitelmaa. (Pethybridge 2004).

Suddickin ja De Souzan (2007) tutkimuksessa todettiin, että tiimityöllä oli vaikutusta monelle tasolle; se vaikutti itse tiimiin ja sen toimintaan, potilaaseen, tiimin yksittäisiin jäseniin ja neurologisen kuntoutuksen antamiin palveluihin. (Suddick & De Souza 2007.) Moniammatillisten tiimien kokemia positiivisia piirteitä yhteistyössä selvitetessä tulokseksi saatiin, että henkilökohtaisilla ominaisuuksilla ja sitoutumisella on vaikutusta hyviin kokemuksiin tiimityöstä. Lisäksi ryhmän kommunikointikeinot ja mahdollisuus tiimissä kehittää luovia toimintatapoja lisäsivät positiivisuutta moniammatillista yhteistyötä kohtaan. (Molyneux 2001.)

3.2.4 Moniammatillisen toiminnan kohtaamia rajoituksia ja vaikeuksia

Kyselytutkimuksessa, johon osallistui 230 eri terveydenhuollon ammattilaista, todettiin, että toimijoilla oli yhteistyöhön eri näkökulmat. Tämä merkitsi sitä, että toiset ammattilaiset olivat tyytyväisempiä yhteistyöhön toisen ammattiryhmän kanssa, kuin toinen ammattiryhmä, jonka odotukset olivat erilaiset. Ajan puute ja kommunikaatiovaikeudet nähtiin suurimmiksi rajoituksiksi sille, ettei voitu tehdä yhteistyötä. Toisaalta ajanpuute osoittautui olevan yhteistyötä tehtäessä kommunikaatiovaikeuksien yhtenä syynä. (O’Leary, Ritter, Wheeler, Szekendi, Brinton & Williams 2010.)

Rajoituksina hyvälle yhteistyölle moniammatillisessa yhteistyössä nähdään Edgley ja Avisin (2006) tekemän tutkimuksen mukaan resurssien puute sekä filosofisten ja tarkoituksellisten periaatteiden vastakkaisuus. (Edgley & Avis 2006). Tiimityö on monimutkaista, jatkuvasti vaihteleva prosessi joka tuo omat etunsa monella eri tasolla, mutta voi myös tuoda monia haasteita ja vaatii suuria resursseja, sijoituksia ja sitoutumista, jotta tiimi toimisi optimaalisesti. (Suddick & De Souza 2007.) Yksilötasolla sitoutuminen ja sijoittaminen korostavat yksilön tärkeyttä. Toisaalta yksittäistä jäsentä pitää tukea ja kunnioittaa, toisaalta taas hänen pitää antaa asiantuntijuutensa ja tukensa tiimille. (Thylefors, Persson & Hellström 2005.)

Samalla kun moniammatillisen tiimin pitäisi huolehtia kukin omasta suoriutumisestaan tiimityön prosessissa, tiimin jäsenten odotetaan selviävän myös kilpailevassa

asetelmassa, jossa eri terveydenhuollon ammattilaiset ovat. Tiimin jäsenten pitää luoda tasapaino ammattinsa ja tiimin välille. Haasteita on paljon ja toivotaan tarkkaavaisuutta yhteisöltä joka luo olosuhteet yhteistyölle terveydenhuollon ammattilaisten välille organisaatiossa. Tutkimuksessa kävi myös ilmi, että tiimin jäsenet eivät koe useinkaan saavansa tukea organisaatioltaan mikä vaikuttaa painolastina prosessissa. (Kvarnström 2008.)

Santyn (1999) tutkimuksen mukaan kulttuuriset tekijät merkitsevät niitä hallitsevia oletuksia ja uskomuksia, joita ryhmissä on. Ryhmälle on tärkeää mitä se pitää oikeutettuna ja mitä ei. Vallankäyttöä esiintyy myös jokaisessa ryhmässä. Looginen seuraus vallasta on riippuvuus. Vapaus riippuvuudesta, vallan vaikutuksesta on usein yhdistetty autonomiaan. Autonomian periaate on erittäin tärkeä ammattilaisiksi kasvamisessa ja ammatin kehittämisessä. (Santy 1999.) Tiimityö ja moniammatillinen yhteistyö koetaan onnistuneeksi kun osallistujat kokevat olevansa tasavertaisia muiden tiimin jäsenten kanssa. Yksittäisen jäsenen kokema asema tiimissä määrää hänen osallistumisensa sekä sen minkälaisen roolin hän omaksuu. Niillä jäsenillä, joilla ryhmän hierarkialla on selkeä merkitys osallistumisen tehokkuus jää vähäisemmäksi. (Atwall & Caldwell 2005.) Käyttäytymisen vaikutusta tiimin toimintaan ja toimimattomuuteen on tutkittu Lichtensteinin ja kollegoiden (2004) toimesta. Ryhmien muodostuminen tapahtuu myös sen jäsenten välisten ja ryhmän sisäisten suhteiden mukaan. Joillakin ammattiteilla on todettu olevan tietynlaista statuseroa muihin ammattiteihin nähden. Statuseroihin perustuvan ajattelun katsotaan kuitenkin heikentävän moniammatillisen tiimin antamaa hyötyä, jossa yhteistyön antamat monet ideat voisi asettaa voimavaraksi. (Lichtenstein, Alexander, McCarthy & Wells, 2004.)

Yhteistyön keskeisiin käsitteisiin määriteltiin (D'Amour ym 2005) jakaminen, kumppanuus, keskinäinen riippuvuus ja valta. Näillä kaikilla on osuutensa ryhmän jäsenten statusasemaan. Jakamiseen kuuluu vastuut, kumppanuuteen sisällytetään avoin kommunikaatio, keskinäinen luottamus ja keskinäiseen riippuvuuteen tietoisuus ja ymmärtäminen toisen roolista. Valta jakaantuu tiimissä ja perustuu erityisesti jäsenten tietoon ja osaamiseen eikä niinkään nimikkeisiin tai statushierarkiaan. (Isoherranen 2012, D'Amour ym. 2005.)

Moniammatillisten yhteistyömuotojen implementoimisesta terveydenhuollon kentälle vuosikymmenien aikana on ollut vaikea saada otetta (MacMillan 2012).

Terveydenhuollon eri ammattiryhmien moniammatillisessa kontekstissa on löydettävissä ominaisuuksia ja tekijöitä, jotka ovat jo kehittyneet, mutta vielä kehittymässä. Moniammatillisuuden nähdään vaativan paradigman muutosta, koska moniammatillisuudella on omat sääntönsä, omat arvonsa ja työskentelytapansa. Näitä ominaisuuksia tulee kuitenkin tarkentaa ja selventää edelleen. (D'Amour & Oandasan 2005.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tässä tutkimuksessa kuvataan terveydenhuollon eri ammattiryhmien; fysioterapeuttien, puheterapeuttien, sairaanhoitajien ja toimintaterapeuttien käsityksiä yhteistyöstään erilaisissa ryhmissä toistensa kanssa. Tutkimuksen tavoitteena on määrittellä moniammatillisen yhteistyön, ammattiryhmien välisen yhteistyön ja ammattirajat ylittävän yhteistyön muotoja ja niiden välisiä suhteita empiriaan tukeutuen. Tutkimuksen avulla pyritään käsitteiden määrittelyyn yhteistyön eri muotoja kuvaavien käsitteiden operationalisoimiseksi. Tarkoituksena on lisätä ymmärrystä yhteistyön eri muodoista erikoissairaanhoidossa.

Tutkimuksen tehtävänä oli kuvata hoitotyön kontekstissa

- Mitä on moniammatillinen yhteistyö erikoissairaanhoidossa?
- Mitä on ammattiryhmien välinen yhteistyö erikoissairaanhoidossa?
- Mitä on ammattirajat ylittävä yhteistyö erikoissairaanhoidossa?

5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimuksen menetelmälliset lähtökohdat

Ihmistieteiden tutkimuksen perinteisiin kuuluu ymmärtäminen, selittäminen ja vaikuttaminen. Monitieteisessä tutkimuksessa ilmiötä pyritään lähestymään monen eri tieteen näkökulmasta. (Mikkeli & Pakkasvirta 2007.) Tässä tutkimuksessa moniammatillisen toiminnan tekijöitä tarkastellaan lähtökohtaisesti eri tieteiden näkökulmasta erikoissairaanhoidossa hoitamisen kontekstiin liittyen. Saatua informaatiota kootaan tutkijan muodostaman tulkinnan avulla, jotta moniammatillista toimintaa ja yhteistyötä sen eri muodoissaan voidaan ymmärtää ja selittää. Ymmärtäminen ja selittäminen nähdään ennakkoehtoina ilmiöön vaikuttamiseksi, tässä

moniammatillisen yhteistyön eri muotojen hyödyntämiseksi tarkoituksenmukaisella tavalla potilaan hoitamisessa erikoissairaanhoidossa.

Tutkimuksen näkökulma on fenomenologinen ja empiirinen. Menetelmänä käytetään laadullista tutkimusta, jossa tarkastelu tapahtuu sekä induktiivisesti että deduktiivisesti. Lähtökohtana on kokemuksen tutkiminen ja fenomenologisen tutkimuksen empiirisyydellä tarkoitetaan toisen kokemuksen tutkimista. Ymmärryksen tutkittavasta kohteesta ajatellaan muodostuvan vain tutkijan tajuntaan. Tutkija on kuitenkin myös osa sitä empiiristä maailmaa, jota on tutkimassa. (Perttula 2011.) Tutkijan tavoitteena on myös ymmärtää tutkimaansa kokemuksellista ilmiötä sellaisena kuin se on ja kuvata se siinä merkitysyhteydessä kuin ilmiö esiintyy muuttamatta sitä tutkijan merkitysyhteydeksi. (Lehtomaa 2011). Laadullisen tutkimuksen käyttöä pidetään hyvänä keinona tarkastella monimutkaisia asioita, jotta saadaan tietoa ja voidaan identifioida esimerkiksi ammattiryhmien välisen yhteistyön suhteita ja rakenteita, joita on vaikea yksilöidä kyselykaavakkeilla. (Jones & Jones 2011).

Tutkittaessa hoitamiseen liittyvää toimintaa pyritään saamaan tietoa siitä, miten hoitotyön tekijä voisi toimia johdonmukaisesti ja perustellusti. Sairaanhoidajan kohdalla kaikki hoitajan toiminta ei välttämättä liity hoitamiseen hoitotyön viitekehyksessä, mutta tarkoituksena kuitenkin olisi, että se, mitä sairaanhoitaja tekee, olisi suunniteltua ja rationaalista. (Salanterä & Walta 2005.) Sama pätee muiden terveydenhuollossa toimivien ammattilaisten kohdalla. Toiminnan on oltava perusteltua ja tuloksen kannalta tehokasta, jotta potilaan hyöty hoidosta olisi paras mahdollinen (Terveydenhuoltolaki 2010). Hoitajan toiminnassa teot ja niiden toteuttaminen ovat olennaista. Tällöin haetaan vastausta kysymyksiin mitä hoitaja tekee, miten hän tekee ja mitä varten hänen tekee. (Salanterä & Walta 2005.)

5.2 Tutkimuksen kohderyhmät

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat fysioterapeutit, puheterapeutit, sairaanhoitajat ja toimintaterapeutit, jotka työskentelivät yhdessä erilaisissa tiimeissä erikoissairaanhoidon sairaalassa eteläisessä Suomessa. Tutkimus tehtiin fokusryhmähaastatteluina kuudessa erilaisessa ryhmässä, joissa kussakin oli 3-5 jäsentä, n=24. Tarkoituksenmukaista otantaa käyttämällä valittiin osallistujat, joiden tiedettiin

työskentelevän mainitunlaisissa yhteistyötiimeissä sairaalan eri yksiköissä. Ryhmät ja niihin osallistujat ammattialoittain on esitetään taulukossa 2.

Taulukko 2. Ryhmät ja osallistujien lukumäärä.

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	yhteensä
fysioterapeutit	2	1	1	1	1	1	7
puheterapeutit	-	1	1	1	-	1	4
sairaanhoitajat	3	1	1	1	1	2	9
toimintaterapeutit	-	1	1	1	1	-	4
yhteensä	5	5	4	4	3	4	24

Tarkoituksenmukaisella otannalla (purposive sampling) valikoituneesta tutkittavien joukosta tutkijan on mahdollisuus saada tietoa juuri siitä ilmiöstä joka on tutkinnan kohteena. (Burns & Grove 2009, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.) Tutkimukseen osallistujat olivat tutkittavan ilmiön asiantuntijoita, jotka työskentelivät yhteistyössä luonnollisissa ryhmissä ja heillä oli kokemusta tutkittavasta asiasta. (Hirsjärvi & Hurme 2010). Tarkoituksenmukaista otantaa käytetään laadullisessa tutkimuksessa kun halutaan saada tutkittavasta ilmiöstä syvällisempää ja tarkempaa tietoa. (Burns & Grove 2009, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Koska ilmiötä on tarkoitus myös kuvata sen moninaisuudessa, on tällöin tarkoituksenmukaista ottaa mukaan niitä, jotka asiasta tietävät ja jotka pystyvät ilmaisemaan itseään. (Nieminen 2006).

Tutkimusluvat haettiin Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan käytäntöjen ja tutkimuksen kohteena olevan erikoissairaanhoidon sairaalan tutkimuslupakäytäntöjen mukaisesti. Tutkimusluvan saamisen jälkeen tutkija kysyi ryhmiä edustavien klinikoiden ylihoitajilta luvan tutkimuksen osallistujien valitsemiseksi eri klinikoilta. Tutkija otti yhteyttä kunkin ryhmän osastonhoitajaan ja kysyi mahdollista osallistujaa haastateltavaksi. Ehdotukset haastateltavista ja ryhmistä tulivat osastonhoitajilta, mutta tutkija otti jokaiseen ehdokkaaseen henkilökohtaisesti yhteyttä puhelimitse tai tapaamisella vielä varmistaakseen osallistumishalukkuuden. Luvan saatuaan tutkija lähetti kullekin sähköpostitse saatekirjeen (Liite 2), jossa kerrottiin tarkemmat tiedot tutkimuksen taustasta ja siihen osallistumisesta. Kukin osallistuja sai sähköpostilla myös kaavakkeen kirjallista suostumista varten, jonka he allekirjoittivat sekä lähettivät tutkijalle tai antoivat sen haastattelutilanteessa tutkijalle. Osallistumisen vapaaehtoisuutta painotettiin. Etukäteen tutkija kertoi myös haastattelun nauhoituksesta ja siitä, että nauhoitukset ovat vain tutkijan kuunneltavissa ja että nauhoitus on apuna

haastattelun litteroinnissa, sen tarkasti kirjaamiseksi. Osallistujille kerrottiin myös, että haastattelujen nauhoitukset tullaan hävittämään tulosten valmistuttua.

Haastattelutilanteen jälkeen kukin osallistuja sai kaavakkeen taustatietojen keräämistä varten sekä valmiiksi kirjoitetun kuoren, jossa vastaanottajan osoite oli valmiina ja postimaksu maksettu. Täytetyn kaavakkeen osallistajat lähettivät kuoressa mahdollisimman pian haastattelutilanteen jälkeen toiselle haastattelijalle kuin tutkijalle. Tämä sen vuoksi, ettei tutkija voisi kirjeessä olevan postileiman perusteella kyetä sijoittamaan ja yhdistämään lähettäjä tiettyyn ryhmään. Toinen haastattelija palautti tutkijalle kaikki taustatietokaavakkeet yhtä aikaa ja kuorista poistettuina, jolloin tutkija ei pystynyt yhdistämään saatuja taustatietoja osallistujiin yksilöidysti.

Taustatietoja osallistujilta kysyttiin liittyen omaan ammattialaan, oman työryhmän jäsenten ammattialaan, ja siihen kuuluiko haastateltava aina samaan ryhmään vai vaihtelevan kokoonpanon omaavaan ryhmään (kysymykset 2, 3 ja 4). Osallistujan ikä ja työkokemuksen pituus pyydettiin ilmoittamaan sekä mahdollisen yhteistyöhön liittyvän lisäkoulutuksen hankkiminen (kysymykset 1, 5 ja 6). Lisäkoulutusta ilmeni, mutta vastauksen tämä osuus oli vapaamuotoista tekstiä, josta kävi ilmi, että yhteistyöhön saatu lisäkoulutus oli pääosin jonkun toisen koulutuksen ohessa tapahtuvaa, eikä näin ollen liittynyt erityisesti yhteistyövalmiuksiin kouluttautumiseen. Vain yksi ilmoitti saaneensa työnhajauksellista koulutusta. Suurimmalla osalla ei lisäkoulutusta ollut. Osallistujien demografiset tiedot esitetään taulukossa 3.

Taulukko 3. Haastatteluun osallistujien demografiset tiedot ammattiryhmittäin.

	Työkokemus	Yhteistyö	Työryhmä	Ikä	Lisäkoulutus
Fysioterapeutti	5 – 30v	sh x1 sh,pt x1 sh,tt x1 sh,tt,pt x4	sama x2 vaihteleva x5	<30v x1 30-40v x2 40< x4	kyllä x0 ei x7
Puheterapeutti	20 – 35v	sh x1 sh,ft,tt x3	sama x3 vaihteleva x1	40 < x4	kyllä x2 ei x2
Sairaanhoitaja	7 – 38v	ft x1 pt x1 ft,pt x3 ft,tt x1 ft,pt,tt x3	sama x6 vaihteleva x2 tyhjä x1	40 < x7 30-40v x2	kyllä x1 ei x8
Toimintaterapeutti	10 – 23v	sh,ft,pt x3 sh,ft x1	sama x2 vaihteleva x2	30-40v x1 40 < x3	kyllä x2 ei x2
yhteensä	5 – 38v	ft n = 19	sama n = 13	<30v n=1	kyllä n = 5

		pt n = 18	vaihteleva	30-40v n=5	ei n = 19
		sh n = 24	n = 10	40<	
		tt n = 16	tyhjä n = 1	n=18	

5.3 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin haastatteleamalla osallistujat ryhmissä fokusryhmäteknikalla. Tutkimuksen kaikki kuusi ryhmää olivat niin sanottuja luonnollisia ryhmiä, jotka toimivat omina kokonpanoina hoitotyön käytännössä. Mikäli ryhmä kokonaisuutena on pääyksikkönä, analyysivaiheessa on hyvä, että ainakin yhden ominaisuuden osalta ne ovat homogeenisia. Tässä ryhmän jäsenet kuuluvat jo ennestään tuttuun tiimiin. Ryhmien homogeenisuus osallisuuden osalta on parempi yhtenevä tekijä kuin etukäteen yhtenevät asenteet. (Barbour 2007.)

Eri ammattiryhmät jakautuivat ryhmiin siten, että ryhmissä 2, 3 ja 4 oli edustettuina kaikki tutkimukseen kuuluvat ammattiryhmät. Ryhmä 1 muodostui kahdesta hieman erilaisesta tiimistä, joihin käytännössä kuului sairaanhoitajan ja fysioterapeutin lisäksi lääkäri kiinteänä kokonaisuutena. Lääkärin osallisuutta ei tässä tutkimuksessa huomioitu. Näiden kahden ryhmän perustoimintatavan samankaltaisuus antoi mahdollisuuden tutkijalle sijoittaa nämä samaan haastateltavaan ryhmään. Lisäksi toinen fysioterapeuteista oli osallisena molemmissa tiimeissä. Ryhmä 5 käsitti niin sanotun luonnollisen tiimin kolmesta eri ammattiryhmästä, tiimiin ei kuulunut puheterapeuttia. Ryhmä 6 käsitti kaikki muut osallistujat, ei kuitenkaan toimintaterapeuttia. Kaikissa ryhmissä osa tiimien jäsenistä kuului klinikan omaan henkilöstöön hallinnollisesti, toisissa ryhmissä osa jäsenistä kuului tukipalveluja antavan organisaation alaisuuteen. Ryhmän koot vaihtelivat 3 – 5 osallistujaa. Burns ja Grove ehdottavat ryhmän kooksi 6 – 10 osallistujaa. (Burns & Grove 2009). Fokusryhmähaastatteluun sopivasta ryhmän koosta ollaan eri mieltä. Joidenkin mielestä on kuitenkin täysin mahdollista tehdä haastattelu 3 tai 4 osallistujankin kesken. Haastattelun sisällöllä on myös merkitystä ryhmän koolle. (Barbour 2007.)

Haastattelut suoritettiin sovittuna ajankohtana, jonka haastateltavat valitsivat. Haastattelut pidettiin ryhmille tutussa ympäristössä heidän valitsemassaan paikassa. Ajankohta sovittiin ryhmän valitsemaan aikaan, jotta kenenkään työtehtävät eivät häiriintyisi. Kaksi ensimmäistä ryhmää haastatteli toinen haastattelija (TtM Marja-Liisa Gustafsson), koska nämä ryhmät olivat tutkijalle tuttuja ja tutkija oli osallisena niissä.

Muut neljä ryhmää haastatteli tutkija itse, koska tutkijalla ei ollut yhteyttä näihin ryhmiin. Sekä tutkija että toinen haastattelija sopivat haastattelun järjestelyistä ja tekniikasta siten, että tilanteet, niiden aloitus ja lopetus sekä haastattelukysymysten esittäminen olivat yhteneväiset. Ensimmäinen haastateltava ryhmä (toinen haastattelija) toimi eräänlaisena pilottiryhmänä. (Burns & Grove 2009). Sen jälkeen tutkijat keskustelivat haastattelun sujumisesta ja sovittiin yksityiskohdista pääasiassa nauhurin päälle laittamisen ajankohdasta sekä tavasta jolla kysymyksiä aseteltiin. Johdattelu päätettiin sallia tilanteen mukaisesti tukemalla keskustelua. Muutoksia suunnitelmiin ei kuitenkaan tehty.

Ryhmädynamiikka auttaa haastateltavia ilmaisemaan ja selkeyttämään näkemyksiään, joita mahdollisesti yksittäin haastateltaessa ei tulisi esiin. (Burns & Grove 2009). Fokusryhmähaastattelu on aineistonkeruumenetelmä, jossa aineisto saadaan haastattelijan tai häntä avustavan haastattelijan ohjaamassa ryhmässä, joka on etukäteen suunniteltu. Haastattelu perustuu myös ryhmän vuorovaikutukseen. Vaikka keskustelun aihepiiri on tutkimukseen liittyneenä etukäteen suunniteltu ja kohdennettu, haastattelutilanteessa tehtävät kysymykset ovat avoimia. (Sipilä, Kankkunen, Suominen & Holma 2007, Koskinen & Jokinen 2001.) Fokusryhmähaastattelussa on tarkoituksena etsiä informaatiota ryhmän näkökulmasta, ei yksilön näkökulmasta. Ryhmän haastattelun tulos toivotaan olevan kokonaisajatus tutkittavasta ilmiöstä, tässä työssä moniammatillisen yhteistyön eri muotojen toiminnasta. (Burns & Grove 2009.)

Haastattelun toimintajärjestys käytiin haastattelijoiden kesken perusteellisesti läpi ennen haastattelua ja sovittiin säännöistä paikan, nauhurin käytön, ja ajankäytön suhteen, sekä huoneen sopivuuden ja osallistujien sijoittelun suhteen. Haastattelut kestivät 55 minuutista 75 minuuttiin. Keskustelut nauhoitettiin kahdella eri nauhurilla, jotka olivat esillä tilaisuuden aikana. Tutkija halusi varmistaa, että mahdollinen tekninen vika toisessa nauhurissa ei tuhoaisi koko haastattelutilanteen antia. Vain yhden ryhmän haastattelun aikana tuli keskeytys, kun puhelin soi, haastateltavan puhelunsiirron unohduttua. Vastaamisen ajaksi haastattelu ja nauhuri keskeytettiin. Haastattelu jatkui välittömästi tämän noin minuutin mittaisen katkon jälkeen. Nauhoitetut haastattelut litteroi tutkija itse 2-4 päivän sisällä itse haastattelutilanteesta.

Haastatteluja ohjattiin puoliavoimilla kysymyksillä, jotka oli muotoiltu hoitotieteen paradigman mukaisin, aiheen kannalta tavoiteltavien näkökulmien mukaan.

Kysymyksiä oli kahdeksan ja niiden tarkoituksena oli tuottaa tietoa hoitajan toiminnasta yhteistyön aikana, hoitajan asemasta yhteistyössä, potilaan asemasta yhteistyössä sekä toimintaympäristöön liittyvistä kysymyksistä sekä haasteista ja eduista hoitamisen toimintoon liittyen. Haastattelussa käytetyt johdattelevat kysymykset esitetään liitteessä 3. (Liite 3.)

5.4 Aineiston analyysi

5.4.1 Induktiivinen sisällön analyysi

Aineisto analysoitiin kahdessa osassa. Ensimmäisessä osassa aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Sisällön analyysiä pidetään menetelmänä joka on systemaattinen ja objektiivinen kun halutaan esimerkiksi kuvata ilmiötä. (Elo & Kyngäs 2007). Induktiivista analyysiä käytetään kun halutaan löytää uutta tutkittavan ilmiön kannalta (Graneheim & Lundman 2004.) Aineiston analysointi tapahtui yksilötasolla, jolloin jokaisen osallistujan mielipide tuotti merkityksen. Tulos tulkittiin kuitenkin ryhmätasolla erottelematta yksittäisiä osallistujia tai ammattiryhmän edustajia toisistaan. Analyysi yksikkö muodostui yksittäisestä sanasta, lauseesta tai asiakokonaisuudesta. (Sipilä, Kankkunen, Suominen & Holma 2007.) Aineiston litterointi lähellä haastattelutilannetta antoi vielä mahdollisuuden muistella itse keskustelua. Aineisto luettiin läpi vielä uudelleen litteroimisen jälkeen yhdessä nauhan kuuntelemisen kanssa, jotta voitiin varmistaa lauseiden oikein kirjoitus ja yhtenevyys kuullun tekstin kanssa. Sisällön analyysi on lineaarinen prosessi, joka etenee edestakaisin liikkeen edistyneen informaation myötä. Se vaatii ajoittain kuitenkin myös aikaisempaan palaamista ja asioiden uudelleen tarkastelua. (Graneheim & Lundman 2004.)

Todellisuutta tieteellisesti tarkasteltaessa voidaan käyttää erilaisia luokittelujärjestelmiä, joiden avulla esiintyvät ilmiöt luokitellaan. Näitä luokittelujärjestelmiä kutsutaan typologioiksi. (Macduff 2007, Salanterä & Walta 2005.) Typologioiden voima on siinä, että sillä voidaan luokitella asiat suhteessa oleviin sarjoihin, mutta toisistaan riippumattomiin luokkiin. (Macduff 2007). Hoitotieteen teoreetikon Hesook Susie Kimin typologia koostuu neljästä hoitotieteen alueesta, jotka ovat asiakas-alue (client domain), asiakas-hoitaja -alue (client-nurse domain), ympäristö-alue (domain of environment) sekä hoitajan toiminta-alue (practice domain). Tämä typologia on

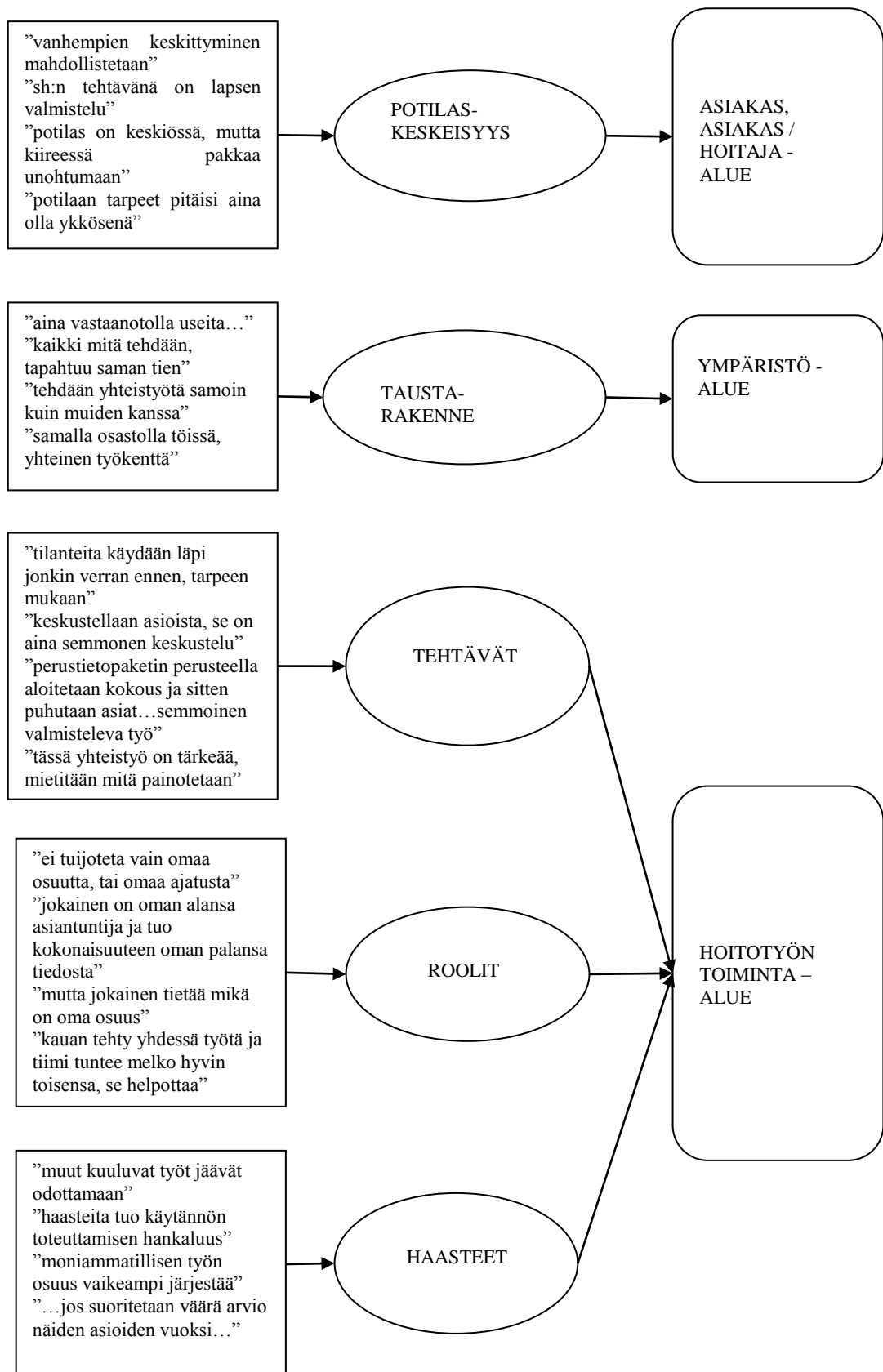
suunniteltu siten, että se auttaa sekä löytämään hoitotyölle oleellisia ilmiöitä että hoitamiseksi olennaisten ilmiöiden luokittelusta. (Salanterä & Walta 2005, Kim 2000.)

Paradigma tieteenalalla tarkoittaa mallia tai uskomusjärjestelmää tieteestä ja tiedosta tieteenalan sisällä sekä tieteenrajat ylittäen. (Johnson & Webber 2010). Paradigmalla tarkoitetaan myös tieteenalan päämääriä, käsitteitä ja näkemyksiä tutkimuksen kohteista, sisällöstä ja menetelmistä. (Meleis 2007, Marriner-Tomey 1994). Hoitotieteessä keskeisiksi käsitteiksi on määritelty ihminen, terveys, ympäristö ja hoitotyön toiminnot. Nämä käsitteet voidaan nähdä laajoina ja lukuun ottamatta hoitotyön toimintoja myös yhteisinä monille tieteenaloille. (Salanterä & Walta 2005, Lauri & Kyngäs 2005.) Tässä työssä aineiston analysoinnissa, sen luokittelussa typologian käyttämistä perustellaan myös sillä, että osa tutkimukseen osallistuneista edustavat ammattialaa joiden perusta ei ole hoitotieteessä. Ilman hoitotieteen perustaa, jokaisen tutkimukseen osallistuvan ammattialan omassa toiminnassa tehtäväkenttä sairaalassa sijoittuu potilaan/asiakkaan, potilaan ja hoitajan väliseen, hoitamisen toimintojen ja ympäristön vaikutuksen alueelle.

Fokusryhmähaastatteluilla, kuudesta erilaisesta yhteistyöryhmästä saatu aineisto pelkistettiin tutkimuksen tavoitteiden kannalta oleellisten lausumien koodaamiseksi. Koodatuista lausumista etsittiin samankaltaisuutta kuvaavat käsitteet ja ne yhdistettiin ryhmiin alakategorioiksi. Alakategoriat muodostuivat sen mukaan liittyikö asia tai lausuma *yhteistyön taustarakenteisiin* (ympäristö, aika, paikka, osallistujien lukumäärä), tai *yhteistyön sisältöön* (spontaania/suunniteltua, oma toiminta/toisen toiminta, potilaan toiminta, tavoite). Yhteistyön rakenteisiin liittyvät asiat edellyttivät ajallisuuden, paikan ja osallistujien lukumäärän ilmaisua, mutta eivät edellyttäneet toiminnallisuutta tai yhteistyömalliin liittyvää sisältöä. Yhteistyön sisältöön liittyvät asiat edellyttivät laadullisuutta sekä itsen, toiseen tai potilaaseen kohdistuvaa toiminnallisuutta tai tilanteeseen liittyvää haastetta.

Alakategorioista muodostettiin yhdistämällä ja Kimin typologiaa hyödyntäen yläkategoriat siten, että nämä uudet ryhmät muodostuivat asiakasalueeksi (asiakas ja asiakas-hoitaja -alueet), ympäristö-alueeksi ja hoitajan toiminta-alueeksi. Asiakasalueeseen valikoituivat potilaskeskeisyyttä kuvaavat asiat. Ympäristöalueeseen tässä luokittelussa valikoituivat ne elementit, jotka liittyivät yhteistyön

taustarakenteisiin eivätkä ne sisältäneet yhteistyöhön liittyvää toiminnallisuutta. Hoitotyön toiminta –alueeseen kuuluivat hoitajan (ft, pt, sh, tt,) toimintaan oleellisesti vaikuttavat elementit kuten itse tehtävän ominaisuudet, hoitajan roolit sekä tehtävään ja toimintaan liittyvät erilaiset haasteet. Esimerkki aineiston analyysistä, ilmaisujen jaottelusta alakategorioihin ja yläkategorioihin esitetään kuviossa 1.

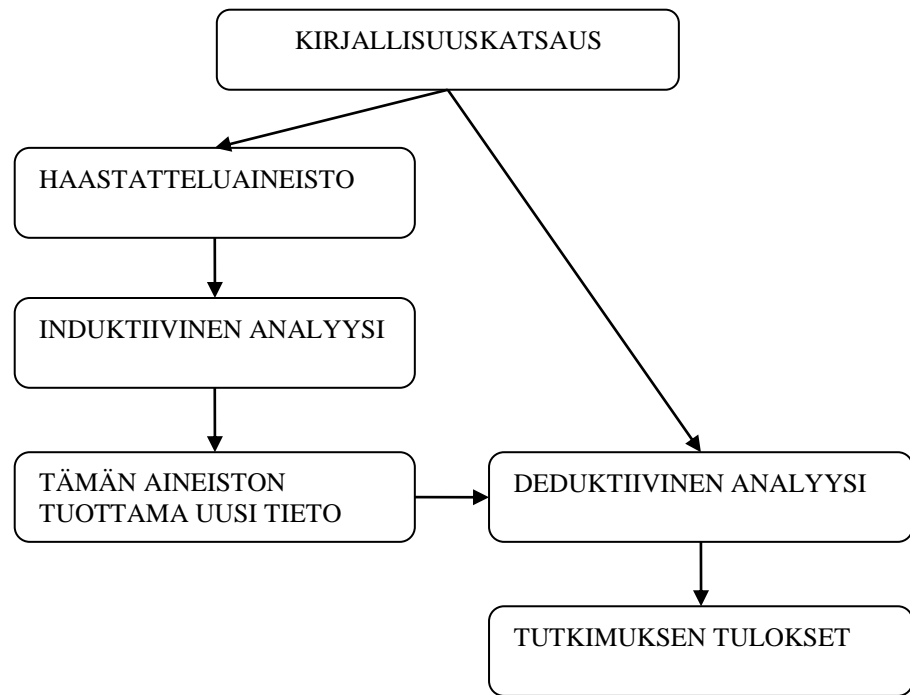


Kuvio 1. Esimerkki aineiston analyysistä, ilmaisujen jako alakategorioihin ja yläkategorioihin

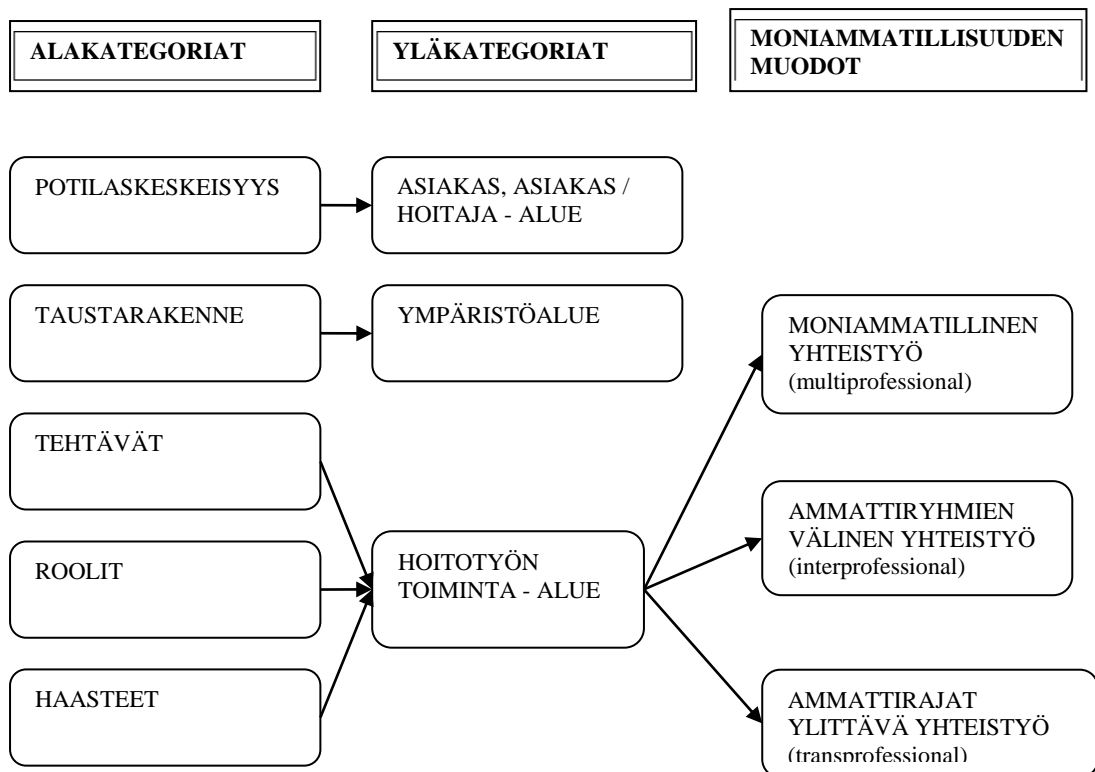
5.4.2 Deduktiivinen sisällön analyysi

Deduktiivinen päättely on prosessi, jossa tietyt ennustettavat asiat kehitetään yleisistä periaatteista. (Polit & Beck 2012). Sisällön analyysiä voidaan käyttää myös deduktiivisesti valmiista viitekehystä lähtien. Siinä tapauksessa deduktiivista sisällön analyysiä voi ohjata teema, käsittekartta tai malli, joka perustuu aikaisempaan tietoon. Aikaisemman tiedon perusteella tehdään analyysirunko, johon saadusta aineistosta etsitään sisällöllisesti sopivia asioita. (Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Hypoteeseina olivat moniammatillisesta yhteistyöstä, ammattiryhmien välisestä yhteistyöstä ja ammattirajat ylittävästä yhteistyöstä kehitetyt määritelmät niiden ominaisuuksista ja toimintaperiaatteista. Käsitteitä arvioitiin mukaellen Thyleforsin, Perssonin ja Hellströmin (2005) muotoilemia yhteistyön muotoja, jotka olivat koosteita erilaisista moniammatillisen yhteistyön, ammattiryhmien välisen ja ammattirajat ylittävän yhteistyön määritelmistä. Näistä koosteista saatiin kriteerit kuvaamaan moniammatillisuuden eri tasojen yhteistyömuotoja. (Thylefors, Persson & Hellström 2005.) Ensin tehdyn induktiivisen sisällön analyysin avulla toivottiin aineistosta ilmenevän jotain uutta haastattelijoiden kertomana. Aineistosta muodostetuilla, typologian mukaisilla kategorioilla saatiin haastateltujen ryhmien ominaispiirteet luokiteltua. Nämä alakategorioiden mukaiset ominaispiirteet, jotka muodostivat yläkategoriassa hoitotyön toiminta-alueen, ovat deduktiivisen sisällön analyysin lähtötasona. Näiden perusteella jaettiin haastatellut ryhmät ominaisuuksiensa mukaan joko moniammatilliseen (multiprofessional) yhteistyömuotoon, ammattiryhmien väliseen (interprofessional) yhteistyömuotoon tai ammattiryhmien rajat ylittävään (transprofessional) yhteistyömuotoon. Haastateltavien ryhmien toiminta ja sijoittuminen yhteistyömuotojen mukaisesti esitetään taulukossa 4. Tämän aineiston analysointiprosessi kokonaisuudessaan esitetään kuviossa 2. Ala- ja yläkategorioiden muodostuminen ja niiden avulla haastateltujen ryhmien luokittelu moniammatillisen yhteistyön eri muotoihin esitetään menetelmälliseltä osaltaan kuviossa 3.



Kuvio 2. Aineiston analyysiprosessi.



Kuvio 3. Aineiston analyysin kokonaisuus moniammatillisten yhteistyömuotojen muodostamiseksi kategorioiden avulla.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Asiakkaan rooli ja asiakas-hoitaja –toiminta

Kaikkien haastateltavien tiimien toiminnan keskeinen kohde oli potilas, joka lasten sairaanhoidon alueella määriteltiin lapsen lisäksi koko perheen käsitteellä.

Ryhmän 1 kohdalla perhettä ei hajauteta juoksemaan eri toimintojen ja palveluiden välillä vaan keskitetään kaikki tarvittava saman poliklinikan toimintaan. Vanhemmille mahdollistetaan lääkärin tai terapeutin toimintaan keskittyminen.

”Pienten vauvojen kускаaminen yhtenä päivänä yhdelle polille ja toisena toiselle olisi myös kohtuutonta. Vanhempien arkea helpotetaan.” (sh2)

Vanhempien toimintaa myös tarkkaillaan, jotta saadaan käsitys heidän kyvyistään ja pärjäämisestään lapsensa kanssa. Tarkkailun tulokset vaikuttavat myös siihen, miten vanhempia ohjeistetaan ja mitä jatkotoimenpiteitä mahdollisesti järjestetään. Vanhempien toiminta kirjataan potilaan hoitokertomukseen. Lapsen ja hänen kehityksensä tai sairautensa ongelmiin liittyviin kysymyksiin vastaaminen on mahdollista, koska kaikki tarvittavat asiantuntijat ovat paikalla samanaikaisesti.

”Lopuksi kerrataan aina käsittelyjä, jos niissä on ongelmaa ja annetaan ohjeita.” (ft1)

”Silloin on lapsen kannalta ne kaikki tärkeät henkilöt paikalla samanaikaisesti.” (ft2)

Koska kaikki eri asiantuntijat ovat paikalla samanaikaisesti, vanhempien huomioiminen on myös helpompaa. Yhteistyö on potilaan kanssa saattanut myös alkaa ennen vastaanottoa puhelinkeskustelulla.

”Yhteistyö on potilaan kanssa ja hänen asioissaan alkanut jo ennen vastaanottoa.” (ft2)

Vanhemmat osallistuvat lapsensa valmisteluun tutkimukseen pukemiseen ja riisumiseen liittyvin toimenpitein. Toisaalta sairaanhoitaja saattaa suorittaa nämä tehtävät saadakseen kuvan lapsesta ja tuntuman lapsen toiminnasta. Potilaan asioita pohditaan paljon yhteistyössä.

”mä kysyn monesti tarkoituksella, jos vanhemmat istuvat vierekkäin, että kumpi ottaa, siinä näkee kumpi kumpi on aktiivisempi” (sh2)

*”Se on vähän niin kuin kutsumus, ja ajattelee lapsen parasta”
(sh3)*

Kun kaikki asiantuntijat ovat paikalla samanaikaisesti, potilaan huomioiminen monesta suunnasta onnistuu paremmin kuin yksittäisen toimijan kohdalla. Tiimin jäsenet myös kokevat, että voivat ottaa vanhemmat paremmin huomioon.

”Vanhemmat eivät kerro kaikkea kaikille, kun eivät osaa yhdistää mistä kukin on kiinnostunut ja ketä heidän tietonsa auttaisi” (ft2)

”Potilas on paikalla ja voidaan keskustella livenä toisten kanssa heti.” (sh2)

”Potilas saa kattavan kuvan kokonaisuudesta eikä se pirstaloitu.” (ft2)

Ryhmän 2 osallistujien mielestä yhteistyö on ominaista heidän toiminnalleen. Perhe on tiiviisti mukana ja potilas, lapsi ja hänen perheensä koetaan kokonaisena. Se, miksi lapsi on sairaalassa vaikuttaa sekä lapseen että perheeseen. Yhteispalavereissa keskustellaan lapsen haasteista, perheen resursseista ongelmiin nähden sekä voimavaroista vastata ongelmiin. Yhteispalavereissa käsitellään asioita ja keinoja, joilla lasta voidaan auttaa perhelähtöisesti.

”Ilman yhteistyötä niin kovin jäisi hataraksi tämä kuva näistä lapsista.”(tt1)

”...silloin se on kaikkest hedelmällisin se yhteistyö, ett kaikki kuntouttaa sitä samaa lasta...” (sh1)

Vanhemmat ovat mukana suunnittelemassa kuntoutusta.

*”...se mikä tukee kehitystä, se sitten rohkaisee vanhempiakin.”
(sh1)*

Ryhmässä pohditaan potilaan ongelmia, niiden hoitamista ja tarpeita asiantuntijuuden viitekehyksestä lähtien. Yhteiset pohdinnan aiheet ryhmä katsoo nousevan yksilön tarpeesta. Kun perhe kokee tulleen kuulluksi ja kokee myös saaneensa tukea omaan arkeensa ja lapsen toimintoihin, koetaan se yhteistyön tulokseksi ja saavutukseksi.

*”Lapselle on ensiksi täytynyt olla aikaa, ja tehdä sen kanssa jotain, jotta voi miettiä missä lapsi oli hyvä ja miten se pärjäsi.”
(sh1)*

”Meillä on vahvaa ajatusta, kokemusta ja näkemystä siitä, että se oikeasti on hyödyllistä.” (tt1)

Ryhmä 3 kokee toimintansa suhteessa potilaaseen vaihtelevaksi ja potilaasta riippuvaiseksi. Potilaan pitäisi olla toiminnassa keskipisteenä, mutta tiimi kokee tämän vaihtelevan. Potilaan tila voi olla sellainen, ettei kommunikointi onnistu ja sen mukaisesti toimitaan. Toisinaan taas potilas on paljonkin mukana ja häneltä saa myös paljon palautetta yhteistyön aikana.

”Riippuu varmaan siitä potilaan orientaatiosta. Moni meidän potilas on desorientoitunut niin se varmaan vaikeuttaa sitä...”
(sh1)

”...sekava ja desorientoitunut potilas niin kyllä se on vähän semmosta toimenpiteiden tekemistä ehkä enemmän sitten siinä sille potilaalle...” (pt1)

Koska potilaaseen ei aina voi ryhmän mielestä perustaa toimintaansa, omaiset ja läheiset ovat mukana toiminnassa.

”joskus ne saattaa olla tosi pitkiäkin puheluita, omaisilla on hirvee tiedon tarve.” (tt1)

”...polikliinisten osalta...omainen on aina tutkimuksissa mukana... se on siltä tiiviimpää.” (pt1)

Ryhmä toimii omien asiantuntemustensa pohjalta ja tietoa yhdistellään potilaan tarpeisiin. Sairaanhoidajan rooli hoitotoimenpiteiden tekemisen lisäksi on olla potilaan asioiden eteenpäin viejä. Tärkeää on potilaan kannalta huomioida milloin on otollinen aika hänen arvioimiseensa suhteessa muihin toimenpiteisiin tai potilaan jaksamiseen. Samoin mikä on otollinen paikka arvioida ja toimia potilaan kanssa. Potilaan arvostaminen on tärkeää. Jokainen toimii parhaan kykynsä mukaan, jotta potilas hyötyy hoidosta ja kuntoutuksesta.

”...tää on niin rajallista...ku sä et edes näe sitä niinku kotijuttua niin sä joudut vaan niinku kuvittelemaan, mistä hänen pitäis selvittää siellä” (ft1)

”osaan tietysti tulee semmonen selkeä tunne että tään potilaan mä haluan nähdä vielä myöhemmin.” (ft1)

Tiimin mielestä hyvä tulos toiminnan kannalta on hyvä lopputulos potilaan kannalta. Se, että potilaan toimintakykyä on monipuolisesti arvioitu ja tutkittu, on jokaisen tavoitteena. Potilasta on myös informoitu hänelle tärkeistä asioista. Kaikkien tahojen yhteistyötä on hyödynnetty potilaan parhaaksi.

”Potilaan tarpeista lähtevää ja spontaania, osin ennakkoivaakin ja sillä lailla vähän suunnitelmallista...ja välillä ammatilliset rajatkin ylittävää.” (tt1)

Ryhmän 4 mukaan potilas on toiminnan päähenkilö. Potilas on tiimin mukaan ydinryhmässä. Tiimin toiminta perustuu siihen, että potilaan asiat kiinnostavat kokonaisuutena ja jota myös kuntoutuksellinen toimintakulttuuri tukee. Potilaan asioita hoidetaan kokonaisuutena. Tiimin mukaan heidän asiakkaansa koostuvat potilasryhmistä, joilla saattaa olla kognitiivisia ongelmia, eikä kaikkea voi hoitaa konkreettisesti yhteistyössä potilaan kanssa.

”Potilas on jokaisessa hetkessä mukana... paitsi ei nyt ihan jokaisessa.” (ft1)

Tiimin on tiedettävä potilaan taustasta kuntoutumisen kannalta oleelliset asiat. Potilaan elämään tutustuminen ja yhteistyö tekevät toiminnasta kokonaisvaltaista, jossa myös omaisten osuus korostuu.

”Ne taustat potilaalla ovat oleelliset, tutustutaan potilaan elämään, tämä on jotenkin niin kokonaisvaltaista.” (pt1)

”Muut ei niinku voi korvata kuntoutujan tai potilaan omaa kokemusta” (tt1)

Tiimin toiminta on kuntoutujalähtöinen ja työnjakoa tehdään kaikkien osallisten kesken potilaskohtaisesti. Omaisten kanssa keskusteluista saadaan vielä lisätietoa, jota sitten jaetaan tiimin muiden jäsenten kesken.

”Se kuntoutus ei oo vaan niit terapioita vaan se tärkeä asia on se kuntouttava hoitotyö tai ne mitä hän ite tekee niin...”(ft1)

”nää päivittäiset, ihan nää toimet mitä hoitajien kanssa tehdään niin ne on valmistautumista siihen olennaiseen.” (sh1)

Ryhmän 5 tiimin mielestä potilas kulkee asiantuntijoiden kuljettamana valmiin prosessin läpi. Työ koetaan organisaation strategiaan sopivaksi ja potilaslähtöiseksi. Tavoitteena on se, että potilas kokisi saaneensa hyvää hoitoa ja kokisi myös toiminnan olleen sujuvaa. Tiimin toimintakulttuuriin kuuluu, että osa käynneistä on terapeuttien ja sairaanhoitajan käyntejä, jolloin lääkäri ei tapaa potilasta.

”Yhteiskäynnit on koettu tarpeellisiksi, ne ovat antoisia terapeuteille ja myös potilaille.” (ft1)

Työ on potilaan etujen ajamista ja erityisesti sairaanhoitajan osuus on toimia linkkinä lähettävän tahon (lääkäri) ja asiantuntijoiden sekä potilaan välillä.

”Potilaan etujen ajamista...esimerkiksi tarpeesta nopeutetut ajat.” (sh1)

”Sairaanhoitaja kuljettaa kädestä pitäen potilaan prosessin läpi.” (sh1)

Ryhmän 6 toiminnassa potilasta hoidetaan yhteistyössä joko vuodeosastolla tai poliklinikalla. Potilasta pidetään koko toiminnan ytimenä. Kun sairaanhoitaja havaitsee potilasta haastatellessaan tarvetta terapeutin tapaamiselle, hän ottaa yhteyttä ja viestittää terapeutille tarpeesta. Käytännön tason asioita on hoidettava ajoittain ilman potilasta.

”harvemmin potilas sitä osaa pyytää, mutta sairaanhoitaja huomaa potilaasta lähtevän tarpeen.” (sh2)

”potilas on ykkösasia, mutta kiireessä pakkaa unohtumaan ja tiedottaminen saattaa jäädä vähemmälle.” (pt1)

Tiimin kohtaamat asiakkaat ovat pääasiassa pitkäaikaisia ja yksittäisissä tilanteissa asioita saattaa tulla esiin, jotka sitten huomioidaan yhteisissä palavereissa. Osassa palavereita on potilas mukana, mutta on myös kokouksia, joissa potilas ei ole läsnä. Yhteisenä tavoitteena on, että potilaan asiat etenevät ja hänen edellytyksensä toimia kotiympäristössä paranevat.

”Kun on ajatuksena, että saadaan mahdollisimman paljon hoidettua samalla käynnillä...” (sh1)

”kun on onnistunut jossain hoidossa ja tuloksen näkee potilaassa ja saa palautetta toiselta ammattilaiselta hyvin suoritetusta työstä, on se hyvä asia.” (ft1)

”Potilaassa näkyvä hyvä tulos on huimaa palautetta.” (sh1)

6.2 Hoitajan toiminta ja rooli moniammatillisessa yhteistyössä

6.2.1 Toiminta yhteistyössä

Ryhmä 1. Toimintakulttuuri nähdään systemaattisesti toimivana, mutta jossa joustavuus toimintatavoissa on myös sallittua. Toimintatapaa voidaan muotoilla tilanteiden mukaan tietyissä rajoissa. Toiminta on jaksotettua niin, että jokaisella on kuitenkin oma roolin mukainen aikansa.

”kaikki mitä tehdään tapahtuu saman tien.” (sh2)

”kaikki kolme toivovat, että menisi joustavasti.” (sh1)

*”tärkeää haistella etukäteen minkälainen perhe sieltä tulee.”
(sh1)*

Omat työtehtävät nousevat kullakin asiantuntijalla esiin ja niissä tapahtuvat mahdolliset virheet näkyvät heti. Oman toimintatavan on oltava joustavaa.

”Jokaiselle pyritään saamaan semmonen työrauha omaan osuuteen...” (sh2)

Viestiminen on suunniteltua ja sitä arvostetaan, koska jokainen kokee hyötyvänsä kaikkien tiedosta. Viestit kirjataan myös toisille nähtäviksi.

”koen lääkärin haastattelun tärkeäksi, koska siitä saa itsekin tietoa.”(ft1)

”mä pystyn ottamaan niistä lauseista kiinni.” (ft1)

Kokonaisuuteen vaikuttaminen ja toimintatavat ovat tiimille tärkeitä. Oma toiminta on osana kokonaisuutta, joka sitten yhteenvedossa annetaan tietona vanhemmille. Näin on saavutettu yhteinen tavoite.

”samaan aikaan kun toinen haastattelee, pidän kyllä korvat auki, teen omaa tutkimustani lapselle.”(ft1)

”joka kerta kun olen tutkinut, niin sitten vedetään yhteen ja kerrotaan ja kootaan vanhemmille se tieto, mikä sillä hetkellä on olemassa.” (ft1)

Kaikilla tiimin jäsenillä on samat toimintatavat, jokaisella on kuitenkin eri näkökulmat, jotka myös voivat olla erilaiset. Käynnin jälkeen on jälkipuintia, jota voidaan käydä pitempäänkin ja reflektoida tilanteessa käytyjä asioita tarvittaessa.

”ihanteellisinta on juuri se, että voidaan eri ammattiryhmien kanssa tehdä samanaikaisesti se tutkimus ja jokaisella on tiedonantajana eri rooli.” (ft2)

Terapeuttien keskinäisen yhteistyön koetaan lisäävän asiantuntijuutta. Toiminta kokonaisuudessaan on lääkärijohteista, ja lääkäri on myös läsnä tilanteissa. Asiantuntijuuden näkyminen on tärkeää potilaallekin ja sitä arvostetaan.

”fysioterapeuttien näkökulmasta nämä ovat kai hirveen samanlaisia, mutta sairaanhoitajan näkökulmasta hieman erilaisia, kun meidän potilasryhmä on vähän erilaista. Toiminta on kuitenkin melko samanlaista, sairaalan järjestelmän mukaista.” (sh3)

Joustavuus toiminnassa on tärkeää ja asioita mietitään yhdessä. Toimintamalli nähdään taloudellisena tapana potilaan kokonaishoidossa, vaikka aikaa menee enemmän, mutta käyntejä potilaalla/perheellä on vähemmän. Kaikki tarvittavat asiantuntijat ovat samassa paikassa samaan aikaan. Myös asioiden kokoaminen yhteenvetona tehdyistä toimenpiteistä ja suunnitelmista onnistuu samalla kertaa.

”samalla voidaan tehdä jonkinlaista työnjakoa, varsinkin hankalamman tapauksen kanssa.” (ft2)

”mä koen, että kuusi silmää näkee paremmin kuin kaksi, se on selvää.” (ft1)

Tehokkuutta on myös tuttuus toimijoiden kesken. Lisäksi monen asiantuntijan samanaikainen läsnäolo koetaan potilaan kannalta paremmaksi, erityisesti silloin kun potilas on moni ongelmainen.

”omaa näkökantaa voi peilata muiden sanomisiin.” (ft1)

”hyvää on myös se, että päästään heti kiinni asioihin lapsen parhaaksi.” (ft1)

Keskustelut ovat tasa-arvoisia eikä hierarkiaeroja ole. Ratkaisut, joita tilanteissa joudutaan tekemään, ovat joskus vaikeita, toisen tukeminen koetaan tärkeäksi ja se on mahdollista myös reaaliaikaisesti.

”saadaan toinen toisiltamme tukea heti työtilanteessa ja heti sen jälkeen.” (sh2)

”jos tulee lapseen liittyviä ongelmia, saa apua muilta.” (sh3)

Tieto, jota tarvitaan, koetaan vaativaksi samoin kuin itse toiminta. Epätietoisuutta koetaan joskus sekä omasta osaamisesta että toisen osaamisesta. Monesta näkökulmasta saa myös tukea omille ajatuksille. Toisen ammattilaisen seuranta ja samalla tutkimuksen luotettavuuden arviointi on mahdollista ja joskus konkreettistakin.

”yhteistyön vahvuutta on sekin, että kun kaikki on yhdessä ja kuulee kun vanhemmat juttelevat ammattilaisen kanssa, niistä tiedoista on kaikille muillekin hyötyä.” (ft2)

”moniammatillisessa ryhmässä pitäisi aina olla joku vanhoistakin mukana.” (ft1)

Ryhmä 2. Yhteistyö tapahtuu organisoiduissa yhteistyöpalavereissa, mutta myös spontaaneissa ja vapaammissa tilanteissa. Myös potilaan läsnä ollessa ja erilaisissa

hoitotilanteissa tehdään yhteistyötä. Yhdessä tehtävän työn tärkeys korostuu jo kun kunkin tavoitteen saavuttamisessa, jotta monimutkaisista asioista saadaan selkoa. Toimintakulttuuri ja toimintatavat koetaan joustaviksi, koska kokoonpanoja potilaskohtaiseen hoitoon muodostetaan tilanteen mukaan. Tavoitteen saavuttaminen on kiinni hyvin toimivasta tiimistä. Yhteinen tavoite ottaa huomioon potilaan, lapsen ja perheensä. Heidän kantansa asiaan kuullaan ja se toimii asiantuntijoiden näkemyksen lisänä.

”yhteisissä palavereissa lähdetään just siitä, mitkä ovat lapsen haasteet, perheen resurssit ja voimavarat.” (ft1)

”toiminta lähtee palasista, mutta nää palasetkin pitäis niinku hitsata kohdilleen...ne ei riitä yksittäisinä paloina, vaan ne jää sitte irrallisiks.” (tt1)

”...ja onks sitt siel jotakin mihin täytyy puuttua tai muuttaa tai onks se hedelmällistä tai hyvää vai minkälaista.” (ft1)

Kuntoutuksen kannalta tärkeät asiat selvitetään, tietojen ja kokonaiskäsityksen luominen on tärkeää, jotta kuntoutussuunnitelma voidaan muotoilla potilaan tilannetta kuvaavaksi.

”...ja sitt kanssa tiimiltäkin saa semmosta niinku ohjetta, että seuratkaa nyt vähän tätä asiaa ja kattokaa meneeks tää näin...” (sh1)

”...voittekste vähän tämmöstä harjottaa jossain vaikka kuntoutuksessa olevaa...kaikki niinku kuntouttaa sitä samaa lasta ja kaikki vinkit ja tiedot niinku kerätään siihen yhteen.” (sh1)

Yhteistyömuotoja on ollut erilaisia ja niitä mietitään yhdessä. Isot ja tärkeät asiat lapselle muodostavat myös yhteiset isot linjat ja näkemykset tiimissä, nämä ovat kaikille yhteisiä. Toimintakulttuuri pitää sisällään saman ammattialan asiantuntijoita, jotka voivat vaihdella tiimissä tiimin kokonaisuudon pysyessä kuitenkin samana, vaikka henkilöt tiimin sisällä vaihtuvat.

”yhtenäisyys on tärkeää, ett siin tiimissä pysyy jonkin verran niinku samoja henkilöitä...et jos kauheen tiiviisti koko aika vaihtuu niin kyl se vähän niinku vaikeuttaa...” (sh1)

”toimintakulttuuri mahdollistaa yksikön suosituslinjojen mikä on hurjan tärkeä oppimisen paikka.” (pt1)

Onnistumisen kokemuksia saa myös tiimityöstä, kun näkee potilaansa tuloksia. Kaikki tiimissä uskovat, että potilas saa parasta mahdollista hoitoa juuri yhteistyön kautta.

”...se tietty viitekehys ajatella asioita...on aika kapea kuitenkin. Siinä oppii omasta työstäkin...kun ihmiset ajattelee eri tavalla asioista” (tt1)

”yhdessä harrastetaan ääneen ajattelua kollegan kanssa...mitä mieltä sä oot tästä...” (ft1)

”usko on, että se potilas kyllä saa parast mahdollist hoitoon yhteistyön kautta.” (tt1)

Oma oppiminen kasvaa toiminnan myötä. Kun joku osallistuu koulutukseen, niin kaikki saavat palautteen. Näin saatu tieto hyödyttää jokaista tiimissä, ja näiden uusien tietojen avulla käytäntöjä voidaan päivittää.

”sit siin on semmonen dynaamisuus, mennään koko ajan eteenpäin eikä pysähdytä johonkin...vaan se ett on uutta koko ajan.” (sh1)

”ollaan erikoissairaanhoidossa ja tekemisissä vaikeiden ja monimutkaistenkin asioiden kanssa. Näitä asioita monesti myös tutkitaan ja uutta tietoa saadaan koko ajan. Siitä seuraa kouluttamisen ja kouluttautumisen velvollisuus.” (pt1)

Valmistautumista tapahtuu vaihtelevasti, lähinnä yhteisiin kokoontumisiin. Yleensä jäsenetään omia ajatuksia potilaasta. Jokaisen osuus on tärkeä, koska toisten näkemykset ovat apuna kun arvioidaan potilaan toimintaa.

”jäsentämisasia on yksi kaikkein keskeisin siin valmistautumisessa...siihen kuntoutuspalaveriin...sen oman näkemyksensä on jollain tavalla koonnut. Mutta toisaalta on valmis sitte ottamaan vielä uusia näkökulmia, jos joku tuo jotain uusia...sitte muutetaan.” (pt1)

Onnistuneen yhteistyön tavoite koetaan yhteiseksi, kaikki osalliset kokevat hyödyn.

”...oikein diagnosoitu perhe, oikein diagnosoitu lapsi...oikein suunnitellut suositukset...niin se tulos on mikä me tuotetaan? pelkkä tyytyväisyys?” (pt1)

”jos vielä lapsi saa kehitysressursinsa käyttöönsä ja sitt me ollaan onnistuttu aika hyvin.” (pt1)

Yhteistyö on osa toimintakulttuuria ja yhteistyö koetaan kokonaisvaltaiseksi toimintatavaksi jolla toimintaa määritellään. Ryhmässä koetaan hyvänä se, että saadaan jo opiskeluaikana opiskelijoille opettaa yhteistyön merkitystä kunkin ammattiryhmän viitekehystä.

”yhteistyö on itelle jo niin automaattista...ettei täällä tee mitää juttua yksin vaan se aina liittyy siihen yhteistyöhön...se on niin arkipäivää” (ft1)

”semmonen hieno asia...me saadaan kaikille erilaisille ihmisille jo opiskeluaikana niinku voidaan näyttää omaa ammattikuvaamme ja toisaalta tätä työskentelytyyliä...” (pt1)

Ryhmä 3. Tiimi tekee vaihtelevaa ja monipuolista yhteistyötä, hoitajien ja toisten terapeuttien kesken. Yhteistyö on usein tapahtuvaa, jatkuvaa ja päivittäistä. Toiminta koetaan monipuoliseksi, se on konkreettista toimintaa potilaan kanssa, puhelimen välityksellä tapahtuvaa ja silloin vähemmän konkreettisia kohtaamisia sisältävää. Tieto asioista kulkee yhdeltä toiselle ja tiedetään kenelle asioista kuuluu viestiä. Osallistutaan myös tiimin kesken kuntoutuspalavereihin, joita pidetään säännöllisesti ja silloin on läsnä koko ryhmä. Kaikki kokevat, että kaikkia kuunnellaan ja jokainen kuuntelee. Kuntoutuspalavereissa vetäjän rooli vaihtelee ja on riippuvainen sekä käsiteltävästä asiasta että paikasta, jossa toimitaan.

”tosi hyvä, kaikkien äänet tulee kuuluviin ja kaikki kuuntelee siellä.” (sh1)

”se toiminta on kehittynyt, vähän riippuu ’kuljettavasta’ lääkäristä.” (ft1)

Palavereita ei ole suunniteltu varsinaisesti tiimiä varten, vaan kaiken ohella käydään myös tiimiä koskevia asioita läpi. Asiantuntijuuden koetaan olevan alikäytössä ja asiantuntijuutta pitäisi selkeästi lisätä kohdentamalla se oikein. Muiden työntekijöiden tapaaminen koetaan kuitenkin oman oppimisen ja toiminnan sujumuuden vuoksi tärkeäksi.

”joskus se turhauttaa, kun on muutenkin vähäiset resurssit, mutta et sitä pitäis käyttää ehkä vähän paremmin...” (pt1)

Tiedon välittyminen nähdään tärkeänä. Tietoa välitetään kaikissa tapauksissa aina kirjaamisesta käytävä- ja puhelinkeskusteluihin saakka. Yhteistyö sisältää myös yhdessä asioiden pohtimista.

”yhdessä mietitään milloin potilas olisi hyvä tavata yhdessä.” (pt1)

”me luetaan siltä mitä puheterapeutin tekstis...ett tiedetään miten se potilas kommunikoi...” (tt1)

Yhteistyö on toimenpidekeskeistä ja riippuu suurelta osin siitä mikä on potilaan tilanne.

”jos potilas on sekava, desorientoitunut, oma toiminta on enemmän toimenpiteiden tekemistä...jos onnistuu, potilas on paljon mukana...” (pt1)

Yhteistyö tapahtuu virka-aikaan, mutta tarvittaessa voidaan tietyissä rajoissa laajentaa omaa toimintaa. Esimerkiksi kun omaisten läsnäolo on tarpeen ja heidän ohjeistamisestaan on kyse. Päivän rutiinit ja hoidolliset toiminnot on otettava huomioon kun eri terapiamuotoja suunnitellaan. Toisen työtehtävien ja ammattitaidon tunteminen on tärkeää kaikille.

”vaikeeta niinku näissä olosuhteissa, mutta tiukas aikataulus ja tiukas tämmöses palapelis...mistä niitten päivä koostuu, niin täytyy saada se otollinen aika ja paikka valittuu.” (tt1)

”No mä koen jotenkin sairaanhoitajan aseman siin aluks ehkä sen potilaan asioiden eteenpäin viejänä...kuka tarvii fysioterapia arviointii ja toimintaterapiaa...lääkärikin näkee niin lyhyen ajan...” (sh1)

Osa asioista joudutaan tekemään epätyytyväisissä tilanteissa. Nämä johtavat siihen, että toisen ammattiryhmän edustajan mielipide toisesta näkökulmasta, voi toimia toisen ammattilaisen tutkimuksen täydentäjänä.

”tiukas aikataulus ja tiukas tämmöses palapelis mikä...mistä niitten potilaitten päivä koostuu niin täytyy saada se otollinen aika ja otollinen paikka valittuu ja ne otolliset arviointimenetelmätki niinku...ett pystyis luotettavasti ja niinku sillälaililla pätevästi arvioimaan sitä heijän toiminnallisuutta.” (tt1)

Kun tuntee tiimin jäsenet, heidän työnsä ja tapansa, on mahdollista tietää milloin on oikea aika puuttua asiaan. Tällöin on voitava tukeutua toiseen ammattilaiseen ja hänen näkemykseensä lisätä puuttuvia palasia omaan tietämykseen. Joudutaan ajoittain ylittämään omat ammattirajat, mutta tässä koetaan varovaisuutta. Pitkään yhteistyötä tehdessä osaa esittää myös kysymyksiä niin, että toisen näkökulma tulee huomioitua ja yhteistyötä voidaan tehdä ammattirajat ylittäenkin.

”oman ammatillisuuden ylittäminen, mutt ett onneksi täytyy aina viitata kuitenkin niihin, ett näyttäis siltä...ja ...vaikuttais tältä ja ...Koska eihän niistä oo sitt taas itsellä ammatillista faktatietoa.” (ft1)

Osaston suunnitelmista potilaan suhteen on mahdollista saada etukäteen tietoa, jolloin terapeuttien suunnitelmat muototuvat sen mukaan. Tehtävien strukturointi auttaa

mahdollisten päällekkäisyyksien välttämiseksi. Terapeutilla on mahdollisuus harjoitella asiaa sairaanhoitajan ollessa mukana potilaan kanssa.

”mä usein käyn kysyynkin et onk jotain suunnitelmia, tarvii ottaa pyörätuoliin tai jos se saa tukea siin sängys ennen kuin me ruvetaan laittaa asentoa...ettei tuu sillai päällekkäisii suunnitelmii.”(sh1)

Toiminnan suunnitelmallisuus auttaa siinä, että jatkokuntoutuksen järjestäminen on mahdollista kun kaikilta ammattiryhmiltä on saatu samansuuntaista tietoa ja tieto on koottu yhteistyössä yhteen.

”akuuttisairaalassa se on sitä tutkimista ja arviointii, jatkohoidon järjestämistä...ja yrität koota ne palapelit et loksahtais niinku ne palaset... ja semmosta niinku spontaaniutta vaatii hirveesti....”
(ft1)

Ryhmä 4. Yhteistyömuotoina ovat keskustelu ja palaverit. Keskustelut voivat olla suunniteltuja tai spontaaneja käytävä ja kahvipöytäkeskusteluja työhön ja potilaiden hoitoon liittyvissä asioissa. Yhteistyö tehdään tietyn tiimin parissa suunnitteluvaiheesta toteutusvaiheeseen ja loppukeskusteluun saakka. Yhteistyötä katsotaan olevan jokaisessa vaiheessa läsnä eri muotoisena. Päätöksiä tehdään yhdessä juuri siinä hetkessä johon toiminta liittyy. Jokainen osallistuu omalla tavallaan ja kaikki ovat paikalla kuntoutuspalavereissa, joissa kaikki potilaaseen liittyvät asiat käydään kunkin osalta läpi.

”yhteistyön rikkaus nähdään myös siinä, että suunnitelmat voivat muuttua kun yhdessä puhutaan ja toimitaan.” (ft1)

”...ja sitt on vähän eri tyylejä niinku...kaikilla on oma tyylinsä työskennellä.” (tt1)

Yhdessä tiimi tekee suunnitelmia ja tavoitteita, mutta potilaalle itselleen yhteistyö jää usein näkymättömäksi. Yhteistyössä jaetaan asiantuntijuutta, määritellään ohjeistusta ja esimerkiksi sairaanhoitajan toimesta toteutetaan myös osastolla ollessa. Jokaisen ammattilaisen oma ammattiin liittyvä toiminta on päätarkoitus.

”kuntoutus ei ole vain terapioida, vaan kokonaisvaltaista toimintaa, johon kaikki osa-alueet linkittyvät.” (ft1)

Yhteydenpito koetaan luontevaksi. Tiimin jäsenet voivat kysellä toisiltaan miten yhteisen potilaan kanssa sujuu ja tietoja vaihdetaan, jolloin omaa näkemystä potilaan tilanteesta rakennettaessa saadaan tukea toisen näkemyksistä.

”mää nään sen vaan niin hirveen sillai sujuvasti... mä havainnoin tämmöstä...ett onks teillä tullu esiin tämmöstä...” (pt1)

Viestien välittäminen korostuu kun sairaanhoitaja on potilaan kanssa läsnä vuorokauden ympäri, mutta terapeuttien toiminta sijoittuu virka-aikaan. Toimintakulttuuriin kuuluu vuorovaikutuksen helppous, mikä johtuu tiimin jäsenten mielestä siitä, että toisen työn tunteminen koetaan erittäin tärkeäksi. Kuntoutustyöryhmissä työskenneltäessä ja muista keskusteluista tiimin jäsenet kokevat oppineensa paljon. Näiden kautta on saanut sellaisia oivalluksia, joita ei muuten olisi tullut.

*”on ollut sellaisia oivalluksia, joita ei tulisi yksin.” (ft1)
”kun puurtaa kuntoutujan kanssa kahdestaan, niin kuntoutustyöryhmässä voi kuulla jotain mullistavaa.” (tt1)*

Osallistujat kokevat näkökulmiensa laajenevan ja heidän hyötyvän muiden mielipiteistä ja näkökulmista. Uuden oppiminen, muista hyötyminen ja omien näkemysten muotoutuminen on mahdollista yhteistyössä tiimissä.

”...jos tuijottaa vain omaa siivuaan, hyötyy muiden näkökulmista...” (pt1)

”ensin tekee hätäisiä tulkintoja...sitt ku juttelee muiden kanssa...niin sitt se ei olekaan sitä” (ft1)

Viestiminen koetaan joissain tilanteissa hankalaksi, mutta tärkeäksi osaksi tiimin toimintaa. Kolmivuorotyö asettaa myös haasteita. Kuntoutustyöryhmiin valmistaudutaan kukin oman asiantuntijuutensa osalta.

”ja hoitajahan siin on oikeen varsinainen tämmönen tietotoimisto...just siks ku te ootte niin ajan hermolla koko aika ja niin laajasti näätte kaikki ne toiminnat...niin teijän puoleenne voi kääntyä joka välissä.” (pt1)

Työnjako ja työtehtävien jakaminen onnistuu työyhteisön kannalta hyvin. Tiimin jäsenet kokevat, ettei rajoja juurikaan ole ja jos toinen katsoo kuormittuvansa enemmän kuin toinen kuntoutuksen painopistettä voidaan siirtää. Koko ryhmän yhteistyö kiteytyy lääkärin tekemään yhteenvetoon. Yhteistyö ja asiantuntijuus korostuvat siinä, että tiimin jäsenet itse tutkivat potilaan ja sen perusteella suunnitellaan ja annetaan painoarvoa sille mitä ryhmä tiiminä sanoo.

”kuntoutus on niin erikoistunutta, ettei kenenkään taidot yksin riitä.” (tt1)

Ryhmä 5. Tiimissä viestit kulkevat sairaanhoitajan kautta terapeuteille. Lääkäri määrittää tarpeen ja sairaanhoitaja viestittää siitä eteenpäin. Viestien välittämisen ohella voidaan käydä vielä keskusteluja asiasta ja tarkentaa tietoja. Tiimillä on yhteisesti sovittuja aikoja ja akutteja tarpeita varten mahdollisuus toimia yhteistyössä. Toimintakulttuuri sallii joustavuuden ja tarkoituksenmukaisuuden.

”yhteisvastaanotot eivät poista sitä tosiasiaa, että kunkin ammattilaisen ammatti-identiteetti pysyy edelleen vahvana.” (tt1)

Jokaisella on omat tapansa ja asiantuntijuutensa, mutta kaikilla on yhteinen tavoite.

”ammattilaiset kuitenkin katsovat hieman eri näkövinkkelistä samaa asiaa, mutta jokaisella on kuitenkin oma tehtävänsä.” (ft1)

Terapeutti saattaa oman taustansa vuoksi kiinnittää huomiota johonkin sellaiseen tekijään, mihin lääkäri ei juuri sillä hetkellä tule kiinnittäneeksi huomiota. Myös sairaanhoitaja voi ohjata potilaan lääkäriltä terapeutille, joka muuten jäisi huomiotta, mutta sairaanhoitajalla on tietoa siitä mitä kukin ammattilainen omalta osaltaan tekee ja osaa näin ohjata oikeaan toimintaan.

”kun tietää kuitenkin jokaisen roolin tai mitä kukakin tekee...” (ft1)

”...helppo yhdessä suunnitella kokonaisuutta.” (sh1)

Spontaaneissa tilanteissa voidaan luottaa toisen ammattitaitoon, koska jonoja on paljon, aikaa on vähän ja tarve voi johtua akuutista tilanteesta. Toiminnan yhteinen tavoite on ohjata potilas hyvin suunnitellun hoitoprosessin läpi niin, että potilas kokee toiminnan sujuvana ja hän saa avun tarpeisiinsa.

”yhteistyötä tehdään niin, että jatkumo leikkaavan ja jatkohoitavan tahon välillä säilytetään.” (tt1)

Tiimille viestintä ja asioiden koordinointi ovat tärkeitä toiminnan sujuvuuden mahdollistajia. Sairaanhoitajan tehtävänä on viestien välittäminen ja asioiden organisointi ja koordinointi, tavoitteena kaiken sujuminen. Hoitajan on tiedettävä jokaisen tiimin jäsenen rooli ja tehtävät. Jokaisen on tiedettävä ja tunnistettava roolinsa.

”mä olen tämmönen välittäjä tässä...mä vien sitä niinku viestiä näitten välillä...yritän niinku järjestää et miten...milloin kannattais mennä kenellekin...” (sh1)

”kaikki riippuu joustavuudesta, koska kaikki vaikuttaa kaikkeen...”(sh1)

Kaikilla on tasavertainen asema, koska kaikkien osuus on tärkeä. Oppiminen koetaan tärkeäksi.

”ainakin se kokonaisuuden näkeminen... ett niinku oppii todella paljon enemmän siitä kokonaisuudesta kuin että sä vaan tekisit yksin sitä omaa pientä palastas.” (ft1)

Tiimin toiminnassa jokaisen ammattitaito on käytössä. Jokainen tietää omat vastuunsa ja jokaisella on vapaus hoitaa omaa työtään, mutta kaikki kokevat tiimin jäsenyyden olevan tarpeen. Työ koetaan vaihtelevaksi, prosessimaiseksi ja mielenkiintoiseksi.

”... mielenkiintoista, koko ajan näkee, että asiat kehittyvät ja muuttuvat ja kaikki menee eteenpäin.” (sh1)

Ryhmä 6. Tiimin käytössä on oma lähetekäytäntö, joka tarkoittaa esimerkiksi lapun jättämistä taululle, josta terapeutti näkee pyynnön potilaasta. Muitakin lähetekäytäntöjä on käytössä. Pyynnöt terapeuteille välittyvät sairaanhoitajan kautta lääkärin vastaanotolta. Tiedot kirjataan potilaan kertomukseen, mutta nopein tie toteuttaa ne, on sairaanhoitajan välityksellä. Kullakin terapeutilla on toimenkuvansa mukainen tehtävä, jonka tiimin jäsenet tietävät.

”kun saan tiedon, lappu ilmestyy taululle, tiedän siitä, että mun pitää antaa postoperatiivinen ohjaus.” (ft1)

Sairaanhoitajalla on tiedossaan potilaat, jotka tarvitsevat terapeuteilta apua, tieto lähtee siitä. Toimintatavat ovat muotoutuneet aikojen kuluessa, ja ovat muuttuneet kaikkien tiedossa olevaksi käytännöksi, josta myös lääkäri on tietoinen. Tiedot kirjataan potilaan hoitokertomukseen ja osa viestimisestä tiimin jäsenten välillä tapahtuu sen avulla.

”meillä on ...potilaiden ...levytutkimukset, joihin annetaan yhdessä ne ajat ja suunnitellaan se potilaan polku silloin tutkimuspäivänä.” (sh2)

”tiimissä on suunniteltua yhteistyötä ja suunnittelematonta yhteistyötä, joka toteutuakseen vaatii yhteensopivan ajan.” (sh1)

Kaikki mitä tehdään, kirjataan potilaan papereihin, myös tiedottaminen muille tiimin jäsenille on tärkeää. Potilaan kanssa vastaanotolla käsitellään myös asioita, jotka koskevat hoitavia terapeutteja, mutta he eivät ole paikalla.

”...silloin on kauhean tärkeää, että potilasta informoidaan sen jälkeen häntä koskevista ja keskustelluista asioista.” (pt1)

”vastaanottotilanteet ovat aika lyhyitä, eikä niissä ehditä kaikkia ongelmia kartoittaa, ...hoito on tärkein.” (sh2)

Sairaanhoidajan keskeinen tehtävä tässä tiimityössä on yleinen asioiden järjestely ja asioiden koordinointi. Toisten tehtävät ja roolit on tunnettava ja tiedettävä. Kaikilla on yhteisenä tavoitteena saada mahdollisimman paljon hoidettua potilaan asioita samalla käynnillä.

”jokaisella on oma päiväjärjestys, yhteisten aikojen löytäminen tekee kokonaisuudesta palikkapelin.”(pt1)

”Vastaanotot ovat strukturoituja, mutta toimijat eivät.” (sh2)

Sairaanhoidajan lomat ja muut poissaolot koetaan ongelmallisiksi, koska toiminta ei onnistu tiimin jäsenen puuttuessa. Sovittuja toimintoja voidaan jonkin verran suunnitella valmiiksi, mutta koko toiminta on kuitenkin haavoittuvaista.

”se semmoinen päivittäinen tekeminen ja se joustavuus niin se sitten niissä asioissa häviää ja loppuu vähäksi aikaa.” (pt1)

Oman työn kokeminen palkitsevaksi johtuu myös siitä, että on mahdollisuus olla mukana potilaan koko hoitoprosessissa.

”omassa työssä on ihanaa, kun näkee potilaan koko prosessin...saa olla potilaan koko prosessissa mukana, hyvässä ja pahassa.” (sh2)

”kun tietää, että joku asia on molempien intressinä, esimerkiksi kehittämistyötä on helpompi ja mukavampi tehdä, siitä tulee yhteinen projekti.” (ft1)

Tilanteisiin valmistautumista ei ennakolta tunnisteta, vaikka monet asiat vaativatkin valmistelua ja sitä myös tehdään.

”meillä on tosi paljon meetingejä eri asiakokonaisuuksien mukaan, ne kaikki vaatii jonkin verran etukäteisvalmisteluja.” (sh2)

Erilaiset toimintatavat ovat mahdollisia, mahdollistavat myös kehittämisen. Toimintakulttuuri koetaan kuitenkin hauraaksi ja yllättävät asiat voivat purkaa koko tiimin toiminnan.

”Ett kaikki sitte peruutetaan potilaat tai...ja sitt ku mä tuun lomalta niin ne kaikki odottaa mua ja mä puran ne yksin. (ft1)

”ei kannata odottaa, että ylhäältä tulee määräys, vaan pitää aloittaa ja tehdä itse mitä parhaaksi näkee.” (pt1)

6.2.2 Roolit yhteistyössä

Ryhmä 1. Oma osuus toiminnassa vaatii ammattitaitoa, omaa työtä arvostetaan ja tietotaitoa päivitetään. Toiset ammattilaiset huomioidaan. Jokaisella on oma työrauhansa tilanteessa, oma roolinsa ja aikansa.

”kollegoille annetaan tutkimisen rauha.” (sh1)

”jos itse pilaa tilanteen, muutkin kärsivät siitä.” (sh1)

Jokaisella on oma asiantuntijuutensa mukainen tehtävä, lisäksi toisen auttaminen ja huomioiminen merkitsee sitä, että osallistuu kokonaistilanteeseen. Asiantuntijuutta on käytössä koko ajan. Asiantuntijuuden käyttäminen vaatii toisen ammattilaisen työn tuntemista ja arvostamista sekä luottamusta toisen ammattitaitoon.

”kun otan näytteitä, fysioterapeutti auttaa.” (sh2)

”toiminta on jaksotettu niin, että vanhemmat voivat keskittyä yhden ihmisen työskentelyyn.” (sh2)

Tietoa on ryhmän yhteistyön kannalta oltava laajemmaltikin kuin vain oman ammatista.

”...on oltava ajan hermolla ja tiedettävä missä mennään.” (sh3)

Omat työt ja rooli sekä toimintatavat koetaan tärkeiksi. Toisen ammatin edustajalta saadaan tietoa omaan työhön. Asiantuntija seuraa muidenkin ammattialojen näkökulmasta asioita ja osaa informoida toista sen vuoksi. Toisen työn tunteminen on tärkeää.

”sairaanhoitaja näkee sitten muutakin asiaa toistenkin kannalta.”
(ft1)

Tiimin jäsenten samanaikainen läsnäolo tilanteessa ja toimintatavat mahdollistavat sen, että haastattelutilanteissa kaikki tieto yksittäiselle asiantuntijalle tulee eri näkökulmista ja tämä osataan hyödyntää. Samoilla asioilla voi olla eri merkitykset toisille. Jokaisen rooli ja asiantuntijuus arvostetaan korkealle ja niistä muodostetaan yhteinen asiantuntijuus.

”mä pystyn ottamaan niistä lauseista kiinni...se johdattelee omaa asiaa eteenpäin...” (ft1)

”samaan aikaan kun toinen haastattelee, pidän kyllä korvani auki ja teen siinä omaa tutkimustani lapselle.” (ft1)

Strukturoiduista toimintatavoista huolimatta joustavuutta tilanteissa sallitaan, jolloin yksilölliset toimintatavat eri asiantuntijoilla ovat mahdolliset.

”ihanteellisinta on juuri se, että voidaan eri ammattiryhmien kanssa tehdä samanaikaisesti se tutkimus ja jokaisella on tiedonantajana eri rooli.” (ft2)

”mun täytyy silloin tietää, minkälainen se lapsi oli, se on mulla sen tietämisen pohjana.” (sh2)

Kaikki ovat tasa-arvoisia tiimin toiminnassa. Kaikki arvostavat toisiaan kokonaisuuden tärkeinä osina. Jos mukaan tulee uusi jäsen, hänen on haettava oma paikkansa ja ryhmän muotoutuminen alkaa alusta.

”pääasiassa kaikki ovat tasa-arvoisia, jokaisella on tärkeä roolinsa. Itse kuitenkin on löydettävä oma paikkansa ja otettava se.” (ft2)

”jos tulee uusi hoitaja, kaikki joutuu hakemaan taas oman paikkansa uudestaan.” (ft2)

Toiminta on lääkärijohteista, muuten tasa-arvoista ja jokainen tietää roolinsa.

”arvostetaan mitä sanon, kuunnellaan ja on mahdollisuus esittää toiveita.” (ft1)

”kyllä siinä aina jutellaan ja kysellään puolin ja toisin, ei se ole niin että joku olisi alempana toista.” (sh2)

Asioiden koetaan ajoittain olevan vaikeita ja tukea saa tiimin kollegoilta. Jaettu asiantuntijuus auttaa myös asioiden läpikäymisessä ja reflektoinnissa.

”koska voimme myös heti vastaanoton jälkeen keskustella ongelmallisista tilanteista.” (sh2)

Oman ammattikunnan edustajan tai toisen tiimissä työskentelevän eri ammatin edustajan työtä tulee seurattua toisella tavalla. Saatetaan myös huolestua toisen asiantuntijan ammattitaidosta. Toisaalta ollaan huolissaan kokonaisuudesta ja tutkimisen luotettavuudesta koko käynnin suhteen.

”arviota ei voi tehdä suhteessa vanhempaan ja lapseen, jos ei voi olla luottavainen toisen ammattitaitoon.” (sh3)

”säätetään monta virhearviointia, kun paneudutaan isommalla porukalla.” (ft2)

Ryhmä 2. Ryhmän toimintaa kuvaa toimijoiden näkökulmasta jaettu asiantuntijuus. Roolit ja toisen arvostaminen koetaan tärkeänä. Jaettu asiantuntijuus on tiedostettu asia

ja tiimin jäsenet myös luottavat toistensa osaamiseen ja asiantuntijuuteen. Tulohaastatteluissa kartoitetaan perusteellisin haastatteluin kunkin ammattiryhmän näkökulmasta asiat, ja sen miten kokee oman roolinsa ja kokonaisuuteen kuuluvaksi. Päivittäinen toiminta pitää sisällään ajatusten vaihtoa kunkin tekemisistä, kuulumisia vaihdetaan jokaisen toiminnasta potilaan kanssa. Sairaanhoidajan mukana oleminen koetaan antoisana, koska yhteisen toiminnan avulla osallistujat saavat konkreettista palautetta strukturoiduille tuloksilleen potilaan arvioista. Tiimin jäsenet myös ohjeistavat toisiaan.

”omille strukturoiduille tuloksille saa käytännönläheisempää näkemystä.” (pt1)

”jokainen on oman alansa asiantuntija ja pyrkii tuomaan siihen kokonaisuuten se tiedon palan ja sitten kun ne kaikki palat on siinä se on enemmän kuin sen osiensa summa.” (ft1)

Työryhmässä koetaan, että sairaanhoitaja on omien varsinaisten töidensä ohessa se joka liittyy palasia yhteen koordinoimalla ja järjestämällä asioita niin, että toimintamallin mukainen strukturi toimii ja asiat etenevät joustavasti.

”työryhmässä hoitajaresurssi on semmoinen yhteenliittäjä.” (tt1)

Ammatissa kehittyminen ja osaamisen päivittäminen kuuluu jokaiselle ja jokainen tuo osaamisensa ryhmään, jossa asiantuntijuus jaetaan kaikkien kesken. Omat ja rajallisuudet tunnustetaan ja työskennellään eri ammattiryhmien ja asiantuntijuuden raja-alueilla, jonka kaikki tiedostavat.

”tästä oppii ihan valtavasti, toisen niinku lausunnoista palaverissa, ja kun se on sama laps ketä on tutkittu eri näkökulmist.” (sh1)

”toisaalta juuri raja-alueilla työskenteleminen...semmoisia hienoja juttuja...että mä opin jatkuvasti.” (pt1)

”hahmottuu entistä enemmän oman asiantuntijuuden niinku ne rajat.”(ft1)

Tiimityön onnistumisen ehtona pidetään ryhmän kiinteyttä. Ryhmän jäsenten tuttuus ja pitempiaikainen yhteistyö muodostaa pohjan luottamukselle ja arvostamiselle.

”...omasta työstä voi oppia seuraamalla ja tekemällä yhteistyötä toisen kanssa...se herättää ajattelemaan..ja on ehdottomasti oman ammatti-identiteetinkin kannalta erittäin tärkeää.”(tt1)

”oppii tuntemaan toisen ja miten hän sen oman työnsä hahmottaa, jolloin yhteistyö syvenee.” (pt1)

Oma oppiminen on kaikille tärkeää ja oppimista pidetään jokaisen oikeutena erikseen ja yhdessä. Toisen tekeminen saa tukea toisilta.

”työn vahvuuksia yhteistyössä on eri näkökulmien hyödyntäminen.” (ft1)

”monta ammattilaista ja ammattimaisesti siinä tilanteessa, ...karkeimmat virheet pystytään niinku kontorolloimaan, ettei niitä tule.” (pt1)

Tiimityön parhaita puolia on kaikkien huomioiminen sekä yksilöinä että ryhmän jäseninä ja kaikkia hyödyttävinä voimavaroina. Jokainen on sitoutunut työhönsä ja kunkin asiantuntijuus voidaan hyödyntää kaikkien työssä.

”moniammatillisuus ja sen tiimin sisällä oleva asiantuntijuus ja silt just se että kaikkien se semmonen oma halu ja kiinnostus siihen asiaan on korkeella.” (ft1)

”kuka tahansa menee mihin tahansa koulutukseen niin sieltä saattaa ponnahtaa semmoisia uusia asioita, jotka sitte koko tiimille tuodaan ja taas saadaan päivitettyä vähän meidän käytäntöjä ja tietoja.” (pt1)

Oman roolin merkitys ja ryhmän jäsenyys ovat kaikkien mielestä merkittäviä tekijöitä jaksamiseen ja itsensä kehittämiseen. Yhteistyössä luottamus ja arvostaminen ovat sitä, jota saa myös itse kukin ryhmässä kokea. Omassa ammatissa oppiminen ja kehittyminen sekä yhteistyön opettaminen myös eri alojen opiskelijoille koetaan ryhmän keskeisenä tehtävänä.

”keskinäistä ammatillista kouliintumista. Toinen todella tietää sen, että luottaa toisen näkemykseen, jotta se antaa ihan oikeasti diagnostista tietoa” (pt1)

”on hirveen tärkeä asia, että todella voi tuoda niitä näkemyksiä ja tietää, että muut kunnioittaa sitä yhtenä näkemyksenä.” (pt1)

Ryhmä 3. Tiimin jäsenet pitävät erittäin tärkeinä toisten tapaamista yhteisissä järjestetyissä kokouksissa. Ryhmässä kaikkia myös kuunnellaan ja jokainen kokee, että saa äänensä kuuluviin. Toista ammattilaista myös arvostetaan ja hänen toimintaansa osoitetaan luottamusta. Kaikkien toiveena on jaettu asiantuntijuus, jossa jokainen tavallaan jakaa tietotaitoaan muiden käyttöön. Toimintaan kuuluu yhteistä suunnittelua. Kukin ammattilainen kokee oman roolinsa ammattinsa asiantuntijana toimimisena ja kokee olevansa tärkeä osa kokonaisuutta.

”koen tärkeäksi kuitenkin, että tapaa muita työntekijöitä.” (pt1)

”koen erittäin tärkeäksi yhteistyön fysioterapeutin kanssa, joka auttaa potilasta asennon hallinnassa nielemistutkimuksessani.”(pt1)

”...mä aina luen jos on fysioterapeutin tai toimintaterapeutin tekstin ennen kuin mä nään sitä potilasta...se tiedon välittyminen siitä miten...on hirveän tärkeä” (pt1)

Toimintakulttuuri on kuitenkin sujuva ja toimintatavoissa on joustamisen mahdollisuus. Sairaanhoidajan rooli koetaan potilaan asioiden eteenpäin viejänä ja organisoijana sekä erilaisten asioiden välittäjänä. Jokainen ryhmän jäsen kokee, että rooleihin liittyvillä asioilla on merkitystä siihen onko työn jälki luotettavaa koko tiimin kannalta.

”ja se varmaan se tärkein rooli just teillä sairaanhoitajilla..teillä on se koko päivä...te ootte sen koko päivän sen potilaan....” (ft1)

”kuitenkin terapeuteilta saatava tieto auttaa hoitajia ilta- ja yövuoroissa.” (sh1)

Jokainen saa käyttöönsä myös toisen tietämyksen. Oman työn arvostus myös nousee, kun tunnistaa oman roolinsa ja osuutensa kokonaisuudesta. Jaetulla asiantuntijuudella haetaan myös tehokkuutta potilaan kannalta erityisesti päällekkäisyyksiä välttämällä.

”tiimin vahvuus on ajatustenvaihtomahdollisuus.” (pt1)

”vaikea kuvitella tekevänsä töitä ilman muiden ammattiryhmien tukea. Mä nään tän niinku rikkautena siinä mielessä että ne arviot muualta tukee omaa työtä.” (ft1)

Toimintojen sujuvuus vaatii ajoittain ammattiryhmien rajapinnoilla toimimisen. Kaikki tilanteet ovat erilaisia, toimijat ovat erilaisia, mutta ajoittain joutuu oman asiantuntijuutensa rajoille, koska jokainen pala on tarpeellinen yhteistyön kuviossa ja on tilanteita, joissa toinen terapeutti joutuu avustamaan toista terapeuttia tämän näkemyksen täydentäjänä.

”Sitten hiukan ehkä ylittää niitä omia ammattirajojakin joskus siinä.” (pt1)

”oman ammatillisuuden ylittäminen, mutt ett onneksi täytyy viitata niihin, että ’näyttäis siltä ja ...’...’vaikuttais tältä ja...’ ” (ft1)

Jaettu asiantuntijuus tarkoittaa ajoittain myös etukäteisvalmisteluja.

”...mä saatan soittaa fysioterapeutille ja et pääseks sä tulemaan silloin ja katotaan...mä katson ja hän hoitaa asennon...” (pt1)

Kuntoutustyöryhmiin mentäessä on kuitenkin tiedettävä oma osuutensa siinä, jotta tilanteet sujuisivat ja tiedot olisivat yhtenevät.

”Mä usein kysynkin et onk jotain suunnitelmia, tarvii ottaa pyörätuoli...ettei sitt tuu sellai päällekkäisii suunnitelmii.” (sh1)

”potilaan eteen on hyödynnetty kaikkii tahoja yhteistyötä ajatellen.” (sh1)

Ryhmä 4. Yhteistyössä tärkeitä ovat jokaisen omat roolit, erilaisia työskentelytapoja on kaikilla ja joustavia vaihtoehtoja voidaan saada aikaiseksi. Toisen rooli on tunnettava ja ymmärrettävä kunkin osa kokonaisuudesta, jotta yhteistyö voisi pelata.

”paljon pikkuporukoita, joista täytyy tietää, mitkä on missäkin porukassa kenen kuntoutujan kanssa.” (tt1)

Roolien jakaminen vaihtelee niin sisällöllisesti kuin määrällisestikin. Jako tapahtuu kuitenkin luontevasti ilman erillistä tapahtumaa.

”fysioterapeuteilla määrällisesti just iso, vaikkei vaan sen takia et me tavataan niin paljon useammin, muuten ei ole sillee isompi rooli.” (ft1)

”sairaanhoidaja on eniten potilaan kanssa, hänen roolinsa on hoidollisempi.” (sh1)

Koko ryhmän työskentelyssä asiantuntijuutta jaetaan toisille käytettäväksi ja toimintamuodossa otetaan huomioon kunkin oma asiantuntijuus esimerkiksi tilannekohtaisissa roolijaoissa. Sairaanhoidaja koetaan tietotoimistona ja koordinaattorina, jonka puoleen voi kääntyä joka tilanteessa.

”haetaan sillai aktiivisesti ehkä sitä tukee niille omillekin näkemyksille.” (ft1)

”sairaanhoidaja on varsinainen tietotoimisto, on ajan hermolla koko ajan ja laajasti” (pt1)

Jaettu asiantuntijuus oman asiantuntijuuden kehittämisessä on tukea antavaa ja ohjaavaa. Ryhmän jäsenten mielestä oma näkemys täydentyy ja muotoutuu muiden tuesta. Uuden oppiminen on myös jokaiselle mahdollista laajemman asiantuntijuuden myötä.

”...saan ihan eri kuvan siitä ihmisestä...ett se saattaa olla aikalaillakin vääristynyt joskus kun tuijottaa vaan sitä omaa siivuaan...” (pt1)

Kaikkien yhteinen tavoite on potilaan parhaaksi työskentely. Kaikkien roolit koetaan tasa-arvoisiksi keskenään eikä reviiriristiriitoja ole koettu.

”ei ole kenelläkään reviirinvahtimista, eikä mitään vastakkainasettelua.” (tt1)

”ei ole hierarkiaa asioiden hoitamisessa kenenkään kanssa, suunsa voi avata, jos jotain on huomannut.” (tt1)

Työssä jaksamisen kannalta tiimin jäsenenä toimiminen ja ryhmädynamiikka auttavat. Tuen saaminen ja tuen antaminen toisille koetaan osana jaettua asiantuntijuutta. Oman ja ryhmän työn kokeminen laadukkaana yhdistyy jaettuun asiantuntijuuteen ja sen toimivuuteen. Ryhmän työtä arvostetaan, joka auttaa oman työn arvostamisessa ja motivaation kasvaminen omaa työtä kohtaan lisääntyy. Koko ryhmän yhteistyöstä tekee lääkäri yhteenvedon.

”oman työn osuus on riippuvaista koko ryhmän toiminnasta, mä en voi onnistua jos mä en onnistu siin ryhmässä.” (pt1)

”omasta työstä tulee laadukkaampaa, jos tiimi on tukemassa kukin omalla osaamisellaan.” (tt1)

”koulutusnäkökulmakin...ett ku joku on käynyt koulutuksessa niin tuodaan tieto kaikille ammattiryhmille.” (ft1)

Ryhmä 5. Yhteistyössä nähdään tärkeänä toisen työn tunteminen, toisen roolin ymmärtäminen ja arvostaminen. Tämä osaltaan vaikuttaa myös siihen, ettei ammattien toiminnan rajapinnat ole enää ryhmän mielestä esteitä. Jokaisen rooli koetaan tärkeäksi ja jokaisen työllä ymmärretään olevan oma tavoite sen lisäksi, että tiimin yhteinen tavoite ohjaa koko toimintaa. Yksittäisellä ryhmän jäsenellä ei katsota olevan vaikutusvaltaa toiminnan rakenteisiin liittyen esimerkiksi aikataulutukseen. Koko toimintaprosessi on tarkkaan suunniteltu.

”jos pyyntö tulee vain toiselle terapeutille, niin kyseinen terapeutti voi huomioida, että myös sitä toista terapeuttia tarvitaan.”(ft1)

”terapeuttien kesken ammattien rajapinnat eivät ole enää niin selkeitä.” (tt1)

Potilas saatetaan luontevasti hoitoprosessin läpi, mutta samalla ammatillinen osuus kunkin toimijan kohdalla vaatii osaamista, kehittämistä ja yhteistyötä. Toisen ammattilaisen arvostaminen ja kunnioittaminen tarkoittaa myös ohjaamista ja opettamista.

”aina toivotaan että näitä uusiakin koulutetaan samalla tavalla ja...” (ft1)

”se oma osuus siinä niin ku sitt löytyy kans paremmin kun näkee sitä muuta ja muitten aluetta...” (ft1)

Jokaisella on oma roolinsa ja kun toiminnan tavoitteena on myös saada aikaiseksi toimiva prosessi ja jatkumo toimenpiteitä suorittavan paikan ja jatkohoitavan paikan väliin, jaetulla asiantuntijuudella on merkityksensä jokaisen roolin ja tehtävän organisoimisessa. Kaikkien on myös oltava valmiustilassa tarpeen tullen, koska isot kokonaiset ohjaavat kuitenkin toimintaa.

”terapeutti saattaa oman taustansa vuoksi kiinnittää huomiota johonkin sellaiseen, mihin lääkäri ei kiinnitä huomiota, ja ehdottaa siihen kuuluvia asioita.” (tt1)

”kaikki tietävät kenen puoleen käännetään tietyn ongelman ratkaisemiseksi.” (sh1)

Jokainen tietää, että puuttuva palanen huomataan ja, että kaikki vaikuttaa kaikkeen. Kokonaisuus kärsii ja potilaan hoidon eteneminen estyy tai hidastuu, jos tärkeä pala ketjusta on pois. Sairaanhoidajat yleensä toimivat tässä potilaan asioiden puolestapuhujana.

”joissakin akuuttitilanteissa tilanne potilaan kohdalla ei etene, jos ketju pala puuttuu.” (tt1)

”kaikki vaikuttaa kaikkeen, myöhästyminen jossain vaikuttaa muidenkin osien myöhästymiseen.” (sh1)

Ryhmä 6. Yhteistyö tapahtuu pääosin parityöskentelynä eri asiantuntijakokoonpanoissa. Työryhmä kokonaisuudessaan koostuu suuremmasta määrästä jäseniä, mutta yhteistä koko työryhmälle on vain kuntoutussuunnitelmakokouksiin osallistuminen. Sairaanhoidajan rooli on pitkälti asioiden ja tilaisuuksien koordinoivana järjestäjänä. Sairaanhoidajan on tunnettava toisten roolit ja tiedettävä kunkin osaamisalueet sekä ammattitaito. Tiimi kokee, että jonkun on ohjattava kokonaisuutta, jotta toiminta menisi suunnitellusti ja yhteinen tavoite olisi mahdollista saavuttaa. Tiedottaminen ja viestittäminen johtavat asioita eteenpäin ja saavat aikaiseksi prosessin etenemisen.

”kuntoutussuunnitelmapalaverit, joissa sairaanhoidajan roolina on järjestellä, kaikki on silloin paikalla, paikka varattu, tarpeelliset ilmoitukset on tehty ja homma etenee.” (sh1)

”kokonaisuuksia ja yhteistyön suunnittelua varten, jotta kaikki toimisi, on oltava joku, joka informoi ja pitää lankoja käsissä. Tämä on sairaanhoitajan homma.” (sh2)

Sairaanhoitaja toimii yhdyshenkilönä koko tiimin toiminnassa ja koordinoi eri asiantuntijoita yhteen kun on tarpeen. Kokonaisuuksia suunnitellaan kuitenkin koko tiimin ollessa mukana, mutta arjen kuljettaminen on pääasiassa sairaanhoitajan tehtävä. Jokaisen roolin tärkeys korostuu tiimityön toimintatavoissa, mutta tärkeimpänä ryhmän jäsenet pitävät kuitenkin oman työn osuutta potilaan hoidon kokonaisuudessa. On osattava mukautua roolinsa ja tunnettava osuutensa kokonaisuudessa.

”...on joku potilas, jonka kohdalla sairaanhoitaja havaitsee haastattelussa sen tarpeen ja ottaa yhteyttä oikeaan terapeuttiin.” (sh2)

”sovitellaan ja otetaan huomioon, hiukan arvioidaan asian vakavuuttakin, kysytään mielipidettä kun aikatauluja tehdään.” (sh1)

”on myös palavereita potilaan kanssa, ja ne ovat moniammatillisia, mutta ei kuitenkaan niin, että fysioterapeutti olisi mukana.” (sh2)

Vastaanotot on selkeästi strukturoituja, niihin osallistujat eivät kuitenkaan ole ja sijaitsevat pääasiassa hajallaan potilaaseen nähden. Sairaanhoitajan on tunnettava jokaisen työ, roolit ja osaaminen, jotta hän voi tavoittaa oikean henkilön, oikeaan paikkaan ja oikealla hetkellä.

*”k kaikkein tärkein on se oma ammattirooli, se oma työ sen potilaan kanssa kahden, se on se ydinasia omassa roolissa.” (ft1)
”mutta se ei aina riitä kuntoutuksessa, kun kehitystä tapahtuu, täytyy ymmärtää omasta roolista se, mitä muutkin tekee ja tehdä sitä yhteistyötä potilaan ympärillä.” (pt1)*

”on helpompia muutoksia ja sitten vaikeita, jotka tarvii monen ihmisen aikataulun yhteensovittamisen.” (sh1)

Yhteistyömuodot koetaan hyviksi. Toisen alan ammattilainen voi löytää toiselle potilaan. Jaettu asiantuntijuus mahdollistaa myös toisen tukemisen tilanteissa, joissa tarvitaan koko ryhmän kannanottoa tilanteeseen. Toimintamalli on haavoittuvainen, toisen poissaolo vaikuttaa heti kokonaisuuteen.

”...olen myös riippuvainen siitä, että joku huomaa tarpeen, niin potilaita tulee siten...” (ft1)

”kun joku on pois, niitä asioita sitten vaan laitetaan ylös.” (pt1)

Tiimin jäsenten mielestä osaamista on oltava laajalti, kouluttautuminen on tärkeää ja uuden oppiminen pitäisi olla jatkuvaa. Yhteistyössä oppii paljon ja siinä toinen tukee toista oppimaan ja oivaltamaan ilman erillistä koulutusta. Kaikkien työ on tärkeää ja yhteistyönä tehdään myös kehittämissuunnitelmia, koska tavoitteet ja kiinnostuksen kohteet ovat yhteneviä. Yhteinen kiinnostuksen kohde saa huomaamaan asioita yli ammattirajojenkin.

”Eihän se hyvä yhteistyö voi syntyä niinkun ilman semmosta aika laajaa tietotaitoo. ...sitä kyll pitää yllä koko aika jollain tamalla koulutusten ja muitten myötä.” (pt1)

”yhdessä myös perustellaan eteenpäin lääkärille.” (ft1)

Yhteisiin kokoontumisiin on tiimin jäsenten mielestä myös valmistauduttava, jotta kukin tietää mistä asioita on omalla kohdalla puhuttava. Jokaisen omalla vastuulla on se mitä asioita ottaa esiin. Lääkärit johtavat toimintaa kuulumatta kuitenkaan konkreettisesti yhteistyötiimiin. Heidän arvostuksensa tiimiä kohtaan oli tärkeää. Lääkäri ei kuitenkaan enää tiimin jäsenten mielestä määrää kaikesta, vaan yksittäinen työntekijä tai työntekijät yhdessä voivat olla esimerkiksi kehittämisessä alullepanijoita.

”lääkäreiltä sitten kyllä löytyy luottamusta meihin...kun ollaan sitte jo tehty sitä työtä pidempään.” (sh2)

”Tärkee omalta osalta sitte kattoo ne asiat mitä pitäis tuoda esiin ja pitäis puhua” (pt1)

Omassa työssä kokee onnistuneensa kun tavoite on saavutettu. Jaettu asiantuntijuus mahdollistaa asioista puhumisen ja niiden jakamisen. Samaan yhteisöön kuuluvan kanssa voi jakaa myös epämiellyttävät asiat, jolloin niistä pääsee paremmin eroon. Yhteistyössä parhaiksi asioiksi nähdään asioiden jakaminen, toisten tukeminen ja oma sekä yhteinen kehittyminen.

”omalta kannalta hyvä tulos on kun onnistuu omassa työssään, että ne asiat etenee.” (ft1)

”ja sitt siitä puhuminen tai sen asian jakaminen toisten kanssa jotka on siin ollu mukana, niin se on ihan kaikkein parasta kun näkee ett tää onnistu tai et asia edisty.” (pt1)

6.3 Yhteistyön haasteita

Tutkimuseettisistä syistä haastatelluissa tiimeissä esiin nousevat haasteet esitetään yhteisesti identifioimatta haasteiden esittäneitä tiimejä. Näin toivotaan yksittäisten tiimin jäsenten autonomian säilyvän. Yhteistyötä hankaloittavia ja tiimien toiminnan kannalta ongelmallisia asioita esiintyy jokaisessa haastatellussa ryhmässä. Haasteet liittyvät yleensä käytettävään aikaan, henkilöressurssien määrään, ympäristön tuottamiin haasteisiin tai toimijoiden ammattitaitoon, sen kehittämiseen tai viestintään. Yhtenä haasteena yhteistyössä nähdään moniongelmaisuus joka kohdistuu potilaaseen. Moniongelmaisuus sisältyy potilaan sairaanhoidollisiin osa-alueisiin, mutta myös ympäristöllisiin ja sosiaalisiin alueisiin, joiden vaikutus ylittää terveydenhuollon toimintoihin, mutta eivät ole terveydenhuollon keinoin ratkaistavissa.

”sitten kaikki työ kaatuu päälle, kun on kaatuakseen.” (r1sh2)

”moniongelmaisuus, myös vanhemmuusongelmat korostuvat.”
(r1sh3)

”ongelmapotilaita, joiden kanssa täytyy olla äärimmäisen sensitiivisiä. Nämä rasittavat pitemmän päälle.” (r1sh3)

Toimijoiden osaaminen, oman roolin tuntemus, toisen roolin ymmärtäminen ja arvostaminen sekä luottamus ovat tiimin jäsenten mielestä tärkeitä. Haasteina tässä kuitenkin nähdään henkilöstöressurssien vähyys, mikä tarkoittaa sitä, ettei sijaisia ole käytettävissä. Luottamusta ei saavuteta lyhytaikaisten sijaisten kanssa, jotka eivät välttämättä motivoitu vaativasta työstä lyhytaikaisen sijaisuuden vuoksi. Epätietoisuus myös siitä, mikä on osaamisen riittävä taso, nähdään haasteena, tämä korostuu vaihtuvien henkilöiden osallistuessa tiimin toimintaan.

”sijaisten sisäänajo vuosilomien ajaksi on rasittavaa puuhaa, vaihtuvat niin usein, että taas saa aloittaa alusta, aina tulee uusi ihminen.” (r1sh2)

”arvioita ei voi tehdä suhteessa vanhempaan ja lapseen, jos ei voi olla luottavainen toisen ammattitaitoon.” (r1sh2)

”haasteena on myös se, että suoritetaan väärä arvio näiden asioiden vuoksi.” (r1sh3)

Rajalliset resurssit niin henkilöstön kuin ajankin suhteen koetaan kaikissa haastatteluun osallistuneissa ryhmissä työtä vaikeuttavina tekijöinä. Toimintakulttuuri ei minkään ryhmän osalta kestä puutoksia, jokaisen jäsenen rooli koetaan tärkeäksi. Toiminnan

haavoittuvuus vaikuttaa tiimien jäsenten mielestä työn laadullisuuteen niin yksittäisen jäsenen asiantuntijuuden kuin koko tiiminkin osalta.

”jos joku puuttuu tiimistä, vaikeuttaa se toimintaa, jollei jonkun mielipidettä saada oikeaan aikaan, silloin systeemi jää ontuvaksi.” (r2ft1)

”monenlaisia potilaita on vastuulla, moniammatillisen työn osuus on vaikeampaa järjestää priorisoinnin vuoksi.”

”Niin aika pitkälle se on laskettu tää toiminta...jos tosiaan meilläkin on jotakin koulutuksia...tosi vaikeeta järjestää ett ei se niinku oikeen toimi...” (r5ft1)

Potilaslähtöisyys on painopisteenä kaikkien tiimien toiminnassa. Jokainen yksittäinen tiimin jäsen pyrkii oman roolinsa ja työsuorituksensa avulla potilaslähtöiseen työskentelyyn. Kaikilla on yhteisenä tavoitteena potilaan hyvä, tiimin toiminnan kontekstiin kuuluvalla tavalla.

”potilas on keskiössä, mutta kiireessä pakkaa unohtumaan ja tiedottaminenkin saattaa jäädä vähemmälle.” (r6pt1)

”...tiukas aikataulus ja tiukas palapelis mistä niitten potilaitten päivä koostuu niin täytyy saada se otollinen aika ja otollinen paikka valittuu...” (r3tt1)

”sä joudut vetään vähän niinku riman alta, monta kertaa.” (r3ft1)

Oman työn kehittäminen ei onnistu ajan ja henkilöressurssien vähäisyyden vuoksi. Tämä vaikuttaa oman työn sisällön laajentamiseen. Myös ympäristön sanelemat fyysiset tekijät kuten kaukainen sijainti potilaisiin ja toiminnan ytimeen nähdään esteenä toiminnan tehostamiselle.

”meijän nää tilat on esimerkiksi muualla ku osaston yhteydessä...ainaki se yhteydenotto on työläämpää...” (r3tt1)

”sitä joutuu rajoittamaan jos on vuoteen vierellä ja tehdään tutkimus...vaan että siin täytyy kattoa simmonen orientoiva arvio...vaikka kokee, että pitäis mennä vähän syvemmälle.” (r3pt1)

Jokaisen tiimin toimintamalliin kuuluvat erilaiset kokoukset ja palaverit. Osassa tiimejä näitä ei kuitenkaan ole suunniteltu nimenomaisesti tiimin työskentelyä varten. Kun kokousten toimintamallit ovat ristiriidassa tiimin toimijoiden työnkuvan kanssa, ajanpuute ja henkilöressurssien vähäisyys vaikuttavat lisäävästi jäsenten turhautumiseen kokouksissa istumiseen.

”osittain on tunne, että on tyhjänpanttina kun on muutakin tekemistä.” (r3pt1)

”jokaisella on kuitenkin oma päiväjärjestys...sieltä löytyy niitä yhteisiä aikoja ja näin niin se on se palikkapeli.” (r6pt1)

”jos paikalla ei ole hoitavat lääkärit, siltä on niinku tavallaan sille potilaalle ei-tutut-lääkärit niin sekä onkin siltä hankalaa.” (r6sh2)

Tiimityöskentelyltä tiimin jäsenten mukaan toivotaan joustavuutta. Useiden haasteiden edessä joustavuus ei aina toteudu tai sen toteutuminen ei ole mahdollista. Toisinaan joustavuudesta tingitään kun huomataan, että vähillä resursseilla selvittää tiukemmalla struktuurilla, jolloin asiat kuitenkin etenevät. Tiukemmat struktuurit ja vaatimukset vaikuttavat kuitenkin yksittäisen asiantuntijan työhön rajoittavasti, tämä taas lisää työtytymättömyyttä mistä konfliktien mahdollisuus.

”sosiaalinen kuormitus on kans tiukka...kymmenen roolia päivän aikana.” (r4pt1)

”pitäisi olla mukautuvainen ja valmis vaihtamaan suunnitelmaa.” (r3ft1)

”odotukset ovat korkealla kuntoutettavan hoitotyön suhteen, mutta ristiriitaiset resurssien kanssa.” (r3)

Monen eri ammattiryhmän edustajan toimiessa yhteistyössä aikataulujen yhteensovittaminen on haasteellista. Jokaisen työnkuvaan saattaa kuulua myös muita tehtäviä kuin tiimin jäsenyys. Kirjaaminen on monitahoista, haasteellista ja sen oikea-aikaisuus vaihtelee, jolloin sen hyödynnettävyys, silloin kun sitä tarvitaan, on epävarmaa.

”haasteita tuo käytännön toteuttamisen hankaluus ja esimerkiksi yhteistyöpalavereiden sopiminen.” (r6sh2)

”tää dokumentointi ja kirjaaminen...sen niinku se oikea-aikaisuus ja ne karikat...vältettäisiin sitä päällekkäin kirjaamista...” (r3tt1)

Potilas tuo haasteita tämän päivän terveydenhuollossa. Potilaan tai hänen läheistensä tiedot ovat laajemmat ja vaatimukset suuremmat. Vaativuus saattaa ilmetä myös väkivallan uhkana tai käyttönä, jos toimintatavat ovat eriävät eikä mielipiteet toiminnoista kohtaa. Myös terveydenhuollon ammattilaisen tekemät virheet ovat mahdollisia. Asiantuntevat ammattilaiset tiimin jäseninä toimimassa laadukkaalla tavalla sekä tukemassa tiimin muita jäseniä ovat laadukkaan työn ehtoja.

”joudutaan tekeen hirveesti semmosta ennakoivaa arviointii...ottaa kantaa potilaan kotikuntoisuuteen...vaikeeta niinku sillä tavalla näissä sairaalaolosuhteissa.” (r3tt1)

”meilläkin on jouduttu puuttumaan siihen, mitä ohjeita on annettu tiedon puutteellisuuden vuoksi.” (r1sh3)

”kerran on ollut tällainen väkivaltainen perhe ja jouduttiin tekemään suunnitelmia.” (r1sh3)

Toiminta erikoissairaanhoidossa on lääkärijohteista. Lääkäri toimii myös haastatteluun osallistuneiden tiimien johdossa. Vaikka he eivät olleet konkreettisesti osallisia tässä haastattelussa, jokaisen tiimin toimintamalli ja toimintakulttuuri sisältää lääkärin osuuden. Joidenkin tiimien jäsenten mielestä lääkäri jätti itsensä tiimin toiminnan ulkopuolelle ja lääkärin käsitys tiimien konkreettisesta toiminnasta jäi epäselväksi. Kuitenkin johdon tuki, niin hoitotyön kuin lääketieteenkin puolelta, koetaan tarpeelliseksi.

”...tiedonkulku, lääkärit ei välttämättä osaa pyytää meitä, ne ei tiedä mitä me tehdään...” (r6ft1)

”vaan sitte kun vaan saa heidät kiinni niin kyllä se sitte kaikki hoituu...” (r6ft1)

”hoitavien lääkärrien kanssa ei oo semmosia meetingejä, ett määkin sitte aina menen...sinne tutkimushuoneeseen, vaan tunkeudun.” (r6sh2)

Tiimien haastattelun tuloksissa esiin tulleet haasteet liittyivät käytettävän ajan riittämättömyyteen, henkilöresurssien vähäisyyteen, toimintaympäristön tuottamiin haasteisiin tai toimijoiden ammattitaitoon ja sen kehittämisen tai kommunikointiin ryhmässä tai sen ulkopuolelle. Kaikkien tiimien toiminnassa haastateltavat toivat esiin potilaslähtöisyyden toiminnassaan tai siihen pyrkimisen. Toimintakulttuuri ja toiminta oli järjestelmän muotoilemaa eikä oltu suunniteltu erityisesti yhteistyötä ajatellen. Haastatteluun osallistuneiden ryhmien toiminta ja sijoittuminen yhteistyömuotoihin (Thylefors ym 2005.) esitetään taulukossa 4.

Taulukko 4. Ryhmien yhteistyön muodot. (Thylefors, Persson & Hellström 2005.)

1(3)

	Roolien määrittelevyys	Tehtävəriippuvuus	Yhteen sovittaminen	Tehtävien määrittelevyys	Johtajuus	Rooliriippuvuus	Yhteistyön muoto
Ryhmä 1.	Jokaisella on oman asiantuntijuutensa mukainen tehtävä. Toisen asiantuntijuutta tuetaan, rajapinnoilla työskentely mahdollista.	Toimintakulttuurissa systemaattinen tapa, mutta joustavuus sallittua. Toimintatapaa muotoillaan tilanteen mukaan.	Jokaisella on omat tehtävänsä ja niiden koordinointi kokonaisuuteen tapahtuu kunkin omasta toimesta. Kaikki tuntevat tavat, toinen huomioidaan.	Tehtävät ja asiat koetaan tärkeiksi, niistä keskustellaan yhdessä. Jokaisen toiminta on joustavaa ja tilanteeseen muotoiltavaa.	Lääkärijohteista, mutta tasa-arvoista. Hierarkioita ei ole. Vetovastuu voi vaihdella.	Asiantuntijuuden käyttäminen vaatii toisen työn tuntemista ja huomioon ottamista.	Ammattiryhmien välinen yhteistyö (interprof.)
Ryhmä 2.	Jokaisella on oma rooli, joka on osa kokonaisuutta. Toisen roolin tuntemus ja yhdessä työskentely mahdollistavat rajapinnoilla työskentelyn.	Jokaisella on oma tehtävänsä. Kokoonpanoja muodostetaan tilanteen mukaan. Toimintatavat ovat joustavat.	Toimintojen koordinointi tapahtuu ryhmän yhteisen suunnittelun tuloksena. Myös suunniteltu toimintamalli, jota sovelletaan.	Toimintakulttuuri mahdollistaa tehtäviin mukautumisen. Ryhmä muotoilee toimintansa tehtävien mukaan.	Lääkärijohteinen suunnitelmakokouksissa. toiminnassa kuitenkin yhteistyö ja tasa-arvoisuus pääasioita.	Oman tehtävän suorittaminen on oman asiantuntijuuden mukaista, yhteistyön tukemaa ja muotoilemaa.	Ammattiryhmien välinen / ammattirajat ylittävä yhteistyö (interprof. / transprof.)
Ryhmä 3.	Jokaisella oma asiantuntijuutensa, mutta toiseen ammattilaiseen voi tukeutua. Ajoittain omat ammattirajat joudutaan ylittämään.	Tehtävissä järjestelmällisyyttä, yhteistyö osin toimenpidekeskeistä ja riippuu potilaan tilanteesta. Päivän muut rutiinit huomioidaan.	Toiminta on suunnitelmallista, muut rutiinit kuitenkin otettava huomioon ja sopeuduttava siihen. Joustavuus mahdollista.	Tehtävät ovat asiantuntijakeskeisiä, mutta tarvittaessa muotoiltavia, ja rajapinnoilla työskentely on mahdollista. Toista autetaan ja tukea saa toisilta.	Kuntoutussuunnitel makouksissa lääkärijohteista. Vetäjän rooli voi vaihdella. Muu toiminta johdetaan yhteistyölähtöisesti, mutta järjestelmän sanelemana.	Oman työn tekeminen on itsenäistä, mutta yhteistyössä muiden kanssa, toisen työ huomioiden ja tukeminen. Roolit mukautuvat tilanteisiin.	Ammattiryhmien välinen yhteistyö (interprof.)

<p>Ryhmä 4.</p>	<p>Jokaisen ammattilaisen oma ammattiin liittyvä toiminta on päätarkoitus. Toimintakulttuurin tuomat oletukset asettavat lisää tehtäviä. Oma työ on osana kokonaisuutta ja yhteistyötä.</p>	<p>Tehtävät muotoutuvat tilannekohtaisesti, vaikka perusrakenne ohjaa toimintaa.</p>	<p>Yhteistyötä on koko hoitoprosessin ajan. Työtehtävien jakaminen onnistuu työyhteisön kannalta hyvin. Rajat eivät määrittele tarkasti struktuuria. Päätökset tehdään yhdessä ja siinä hetkessä.</p>	<p>Tehtävät ovat asiantuntijakohtaisia, mutta joustavia ja toiset huomioivia. Rajapinnoilla työskentely on mahdollista.</p>	<p>Lääkäri vetää yhteen kuntoutussuunnitelmasa kaikkien tuottaman informaation, mutta päivittäisessä toiminnassa ryhmä ohjaa itseään ja toimintaansa.</p>	<p>Kukin toimii oman alansa asiantuntijana, mutta tilanteen mukaisesti toiminta sopeutetaan potilaan tarpeisiin kaikkien hyväksynnällä.</p>	<p>Ammattiryhmien välinen yhteistyö (interprof.)</p>
<p>Ryhmä 5.</p>	<p>Lääkäri määrittää tarpeen, sh viestittää sen eteenpin. Jokaisella on oma asiantuntijuutensa ja osansa kokonaisuudesta. Yhteistyötä tarvitaan. Rajapinnoilla toimiminen mahdollista.</p>	<p>Tehtäväriippuvaisuus korkea. Toimintakulttuuri sallii tietyn joustavuuden, mutta taustajärjestelmä määrää lopullisen mallin.</p>	<p>Järjestelmä on strukturoitu ja se määrää yhteistyön kehukset. Ei ole mahdollista joustaa. Järjestelmän sisällä jousto onnistuu yhteistyöllä.</p>	<p>Tehtävät on määriteltävä ammattialojen mukaan. Jokaisella on tärkeä tehtävä kokonaisuudessa. Toiminta haavoittuvainen.</p>	<p>Lääkärijohteinen, järjestelmän saneleman hoito. Ei salli poikkeamia. Struktuurien sisällä joustavuus on mahdollista tietyissä rajoissa.</p>	<p>Työn tekeminen on asiantuntijapainotteista, mutta yhteistyö ja toisen huomioiminen välttämätöntä sujumuuden vuoksi.</p>	<p>Moniammatillinen yhteistyö / ammattiryhmien välinen yhteistyö (multiprof. / interprof.)</p>

<p>Ryhmä 6.</p>	<p>Jokaisella on oma tehtävänsä asiantuntijana ja se on päätarkoitus. Kuitenkin on huomioitava oma osuus kokonaisuudessa. Yhteistyö tapahtuu viestien välittämisen avulla.</p>	<p>Tehtävä on oman asiantuntijuuden määräämä. Osittain järjestelmän luoman systeemin osoittamia, mutta myös riippuvaisia toisen alan ammattilaisen huomiokyvystä.</p>	<p>Toimintakulttuuri ohjaa tehtävien koordinoinnissa. Toiminta on riippuvaista toisista ja erittäin haavoittuvaista. Koordinointia myös yhteistyössä.</p>	<p>Tehtävät ovat asiantuntijapainotteisia ja toiminta haavoittuvaista esimerkiksi poissaolojen vuoksi.</p>	<p>Lääkärijohteinen, pyynnöt ovat pääosin lääkäriltä. Näkymätön tuki olematonta, mutta rakenteita ei ole tehty yhteistyötä ajatellen.</p>	<p>Toiminta ja tehtävät ovat kunkin omaa asiantuntijuutta ja itsenäisyyttä korostavia. Johto on ”ulkoistanut” itsensä. Yhden jäsenen poissaolo keskeyttää yhteistyötoiminnan.</p>	<p>Moniammatillinen yhteistyö (multiprof.)</p>
-----------------	--	---	---	--	---	---	--

7 POHDINTA

7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisella tutkimuksella on mahdollisuus edistää tutkittua tietoa käytännössä dogmaattisuuden vastapainona. Laadullisella tutkimuksella ei ainoastaan esitetä oikeita kysymyksiä, vaan halutaan myös oikeita vastauksia ilmiöistä silloin kun halutaan mennä syvemmälle ja tarkoituksena on oppia kokemuksen yksityiskohdista eikä ainoastaan todistaminen. (Sandelowski 2004.)

Kaikista näkökulmista katsottuna tutkijan vaikutus tutkimusprosessiin altistaa lukuisille oletuksille, jotka vaikuttavat analyysiin ja tulkintaan laadullisessa tutkimuksessa. Eri näkökantojen todellisen arvon osoittaminen, löydösten riippuvuus vaihtelevuuden keskellä, niiden soveltaminen laajempaan kontekstiin ja ennakkoluulojen vapaus tutkimusprosessissa voidaan yhdistää validiteetin arviointiin. (Whitemore, Chase & Mandle 2001.)

Tutkijan tarkoituksena on ymmärtää se kokemuksellinen ilmiö, jota hän yrittää tavoittaa ja kuvata ilmiö niin, että se säilyttää oman merkitysyhteytensä. Kokemuksen tutkimuksessa on olemassa aina esiymmärryksen taso. Tutkijalla on jonkinlainen ymmärrys asiasta, mutta sillä on myös rajansa. Kokemuksen tutkimisessa on yleensä toivottavaa, että vältetään tulkintaa ja tavoiteltavaa on kuvauksen esittäminen. Tämän deskriptiivisyyden kuitenkin ymmärretään olevan mahdotonta toteuttaa. Reduktio fenomenologisessa tutkimuksessa on menetelmä, jonka avulla pyritään epäolennaiset seikat siirtämään syrjään ja keskittämään huomio tutkittavan ilmiön olennaisuuksiin. Reduktion ensimmäistä vaihetta, luonnollisen asenteen reflektiota ja mielessä tapahtuvaa siirtämistä kutsutaan sulkeistamiseksi. (Lehtomaa 2011.)

Tutkijalla esiymmärrykseen tässä ovat vaikuttaneet hänen kokemuksensa yhteistyön eri muodoista vuosien aikana ja osallisuutensa muutamaankin tutkittavista ryhmistä. Tämä oli tutkijan tiedossa jo alkuvaiheessa ja hän pyrki aktiivisesti työstämään käsitystään neutraaliksi suhteessa eri yhteistyömuotoihin. Haastattelussa tämä otettiin myös huomioon siten, että tutkija ei haastatellut niitä ryhmiä, joihin hänellä oli osallisuus. Myös raportin kirjoittamisprosessin ajan tutkija työsti omaa näkökantaansa pyrkimällä sulkeistamaan sen sivuun ja keskittymään objektiivisesti saatuun aineistoon.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan sekä tutkimusprosessin osalta että tutkimusmenetelmien osalta. Laadullisessa tutkimuksessa yleisesti käytettävät kriteerit, esimerkiksi tutkimuksen totuudellisuus, sovellettavuus, pysyvyys ja vahvistettavuus eivät sellaisenaan välttämättä sovellu luotettavuuden arviointiin, vaan luotettavuuden arvioinnin kriteerit on suhteutettava aina kulloinkin tutkittavaan ilmiöön. (Lukkarinen 2001.)

Lincoln ja Cuban (1985) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan määritellä neljän ominaisuuden avulla. Tutkimuksen uskottavuus (credibility), merkitsee sitä, onko tutkimuksen aineiston ja tutkijan siitä tekemän tulkinnan välillä yhtenevyyttä. Tämä osoitetaan sillä, että tutkimus on toteutettu siten, että saadun informaation luotettavuus voidaan varmistaa. (Polit & Beck 2012.) Tässä tutkimuksessa on noudatettu laadullisen tutkimuksen menetelmää niin tutkimuksen teoreettisessa osuudessa kuin sen empiirisessäkin osassa. Tutkimuksen tulokset on pyritty esittämään niin selkeästi, että lukija ymmärtää miten tutkimuksen analyysi on tehty ja mitä vahvuuksia tai rajoituksia siinä mahdollisesti on.

Tutkimuksen luotettavuudella (dependability) tarkoitetaan tutkimuksen tulosten kannalta toistettavuutta. Onko siis tutkittu sitä mitä on tarkoitettu tutkittavan. Tätä on pyritty varmistamaan tutkimuksen mahdollisimman tarkalla kuvauksella koko tutkimusprosessin ajalta. Tutkimuksen vahvistettavuus (confirmability) tarkoittaa sitä, että tuotettu informaatio on haastateltavien, tässä tapauksessa ryhmien tuottamaa, eikä se ole tutkijan muokkaamaa. Tutkija on tässä pyrkinyt sulkeistamaan omat ennakkokäsityksensä taka-alalle pohtimalla ilmiötä monesta eri suunnasta. Tutkimuksen siirrettävyys (transferability) merkitsee sitä, voidaanko tutkimuksen antamia tuloksia siirtää suoraan toiseen ryhmään tai toiseen kontekstiin. (Polit & Beck 2012.) Laadullisella tutkimuksella etsitään enemmän syvyyttä kuin leveyttä, ja se nähdään kontekstuaalisena ja subjektiivisena eikä yleistettävänä ja objektiivisena. (Whitemore ym. 2001.) Tämän tutkimuksen tulokset eivät ole yleistettävissä, mutta tulokset saivat tukea kirjallisuudesta saaduista tuloksista.

Eryteisesti huomioitavia asioita laadullisen tutkimuksen arvioinnissa ovat sen ydinasiat, esimerkiksi henkilöiden, paikkojen ja tapahtumien kuvaukset. Validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen kuvauksen ja siihen liitettävien selitysten ja tulkintojen yhteensopivuutta.

Luotettavuutta myös kohentaa se miten tarkasti tutkija on selostanut tutkimuksen toteuttamista. Tämä tarkkuus koskee koko tutkimusta ja kaikkia sen vaiheita. Laadullisessa aineistossa on keskeistä luokittelujen tekeminen. Luokittelujen synnystä on kerrottava lukijalle, mitä perusteluja luokittelujen käytölle on annettu. On myös kerrottava, millä perusteella tutkija esittää tulkintoja aineistostaan ja mihin päätelmät perustuvat. Näitä tukevat erilaiset suorien lainausten esittämiset. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010.)

Tutkimuksen mukana olleet kuusi ryhmää määriteltiin luonnollisiksi ryhmiksi, niitä ei luotu tätä tutkimusta varten, vaan ne olivat käytännössä toimivia tiimejä. Kahdessa haastatteluryhmässä kuitenkin ilmoitettiin olevan kahden eri tiimin yhdistelmiä niin, että tiimien toiminta oli samankaltaista, mutta potilaat eri viitekehyksistä ja yhdistävinä tekijöinä oli joidenkin osallistujien osallisuus molemmissa tiimeissä. Tutkimuksen aineiston keruun osuudessa myös määriteltiin haastattelujen pitämiseen liittyvistä yksityiskohdista, esiintyneistä ongelmista ja haastattelupaikkojen valinnasta kuin myös osallistujienkin valintaan liittyvistä tekijöistä.

Tutkimuksen toteuttaminen kuvattiin aineiston hankintavaiheesta analyysivaiheeseen, ja tutkimuksen todenpitävyyttä toivotaan lisäävän myös tutkimuksen ajalta pidetty tutkimuspäiväkirja, josta raportointivaiheessa voitiin vielä tarkastaa yksityiskohtia. Tutkimuksen haastattelut tehtiin tutkijan lisäksi toisen henkilön toimesta. Tämä kahden tutkijan käytötapa selitettiin ja perusteltiin tutkimuksessa. Tällä pyrittiin vähentämään tutkijan oman kokemuksen vaikutusta aineiston hankinta ja analyysivaiheessa. Lisäksi itse haastattelutilanteen rakenteelliseen suorittamiseen oli kiinnitetty huomiota, jotta tilanne aineiston tuottamiselle olisi mahdollisimman neutraali.

Fokusryhmähaastattelun käytölle esitettiin perustelut ja siihen liittyviin epävarmuuksiin on otettu kantaa kertomalla yksittäisiin haastattelutilanteisiin liittyvistä tapahtumista. Tähän liittyvät tutkijan roolin, vuorovaikutuksen tukeminen ja ryhmän sitoutuminen. Myös eettisyys haastattelutilanteissa oli huomioitu, tilanteen valinnalla ja kertomalla yksityiskohdista aineiston keräämiseen liittyvistä asioista ja nauhoituksesta. (Sipilä, Kankkunen, Suominen ja Holma 2007.)

Tutkimuksen validiteetilla tarkoitetaan yleensä laadullisessa tutkimuksessa sen uskottavuutta. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan parantaa uskottavuutta

tarkastelemalla (Elo & Kyngäs 2008.) Tässä tutkimuksessa se tarkoittaa sitä, että onko tutkija tutkinut sitä mitä on halunnut tietää, eli osallistujien kokemuksia moniammatillisesta yhteistyömuodosta eri ryhmissä, jossa työskentelevät siinä yhteistyömuodossa, josta kertovat. Tarkka käsiteanalyysi on merkityksellinen kun halutaan tietää tutkitaanko sitä mitä on ajateltu tutkia (Isoherranen 2012). Tässä työssä käsitteen epämääräisyys monen eri määritelmän vuoksi tuotti vaikeuksia kirjallisuuteen tutustuttaessa. Vaikka kaikissa artikkeleissa oli pohdittu käsitteen monitahoisuutta, ei täyttä varmuutta saatu siitä, mitä kaikissa artikkeleissa oli tarkoitettu käytettäessä moniammatillisesta yhteistyöstä sen eri muotoja tarkoittavia termejä. Tällä voi olla vaikutusta tuloksiin.

Sisällön analyysin luotettavuuden arvioinnissa vaikeutena on pidetty sitä, miten tutkija kykenee pelkistämään aineistonsa ja muodostamaan siitä kategoriat, jotka kuvaavat mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Tulosten luotettavuuden kannalta taas tärkeäksi nähdään se, millä tutkija osoittaa yhteyden tutkimuksen tulosten ja aineistonsa välillä. (Kyngäs & Vanhanen 1999.) Työssä kuvattiin sekä tutkimuksen eteneminen että annettiin perustelut sille miten ja miksi käytettiin typologiaa apuna luokittelussa ja miten ensimmäinen induktiivinen vaihe johti toiseen deduktiiviseen vaiheeseen. Analysointiprosessi on selvyuden vuoksi vielä esitetty kuviolla. Asianmukaisesti tehdyllä sisällön analyysin menetelmällä voidaan tuottaa uutta tietoa ja muodostaa esimerkiksi käsitejärjestelmiä (Kyngäs & Vanhanen 1999), mikä on aiheellista esimerkiksi silloin kun ilmiötä merkitsevän käsitteen määrittelemisessä on puutteita. Tutkimuksessa käytetyt muut oleelliset käsitteet pyrittiin määrittelemään tarkasti moniammatilliseen tutkimukseen liittyvien muiden tieteiden edustajien ajatusta kunnioittaen.

7.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimus suoritettiin hyvän eettisen käytännön mukaisesti ja siinä noudatettiin tarkkuutta, huolellisuutta ja rehellisyyttä (TENK 2002). Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja tutkittavien anonymiteetti säilytettiin lukuun ottamatta haastattelutilannetta, jossa muut ryhmän jäsenet tietävät mitä toinen on kertonut. Tämä ei osoittautunut ongelmalliseksi, koska kaikki osallistujat tunsivat tai tiesivät toisensa eikä yhtään kieltäytymistä tullut. Tutkijan on myös huomioitava tilanne, joka vaatii

keskustelun ohjaamista yleisempään suuntaan, mikäli arkaluontoista asiaa alkaa nousta esiin. (Sipilä ym. 2007.)

Tutkimuslupa haettiin sairaanhoitopiiriltä, jonka alaisuudessa erikoissairaanhoidon sairaala toimii. Luvan saamisen jälkeen osallistujien rekrytointia varten lupa pyydettiin kaikkien niiden klinikoiden ylihoitajilta ja ylilääkäreiltä, joiden alaisuuteen tarkoituksenmukaisen otannan mukaan valikoituneet yhteistyöryhmät kuuluivat. Ylilääkäreiltä pyydettiin luvat, koska tutkimukseen mukaan lukeutuneet puheterapeutit olivat hallinnollisesti ylilääkäreiden alaisuudessa. Kaikki muut osallistujat olivat hallinnollisesti ylihoitajien alaisuudessa.

Demografisten tietojen osalta ainoastaan oleellinen haluttiin kerätä. Haastateltavien joukko oli niin pieni, ja ryhmät mahdollisesti tunnistettavia, ettei esimerkiksi haluttu tuoda osallistujien sukupuolta esiin. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja heille annettiin ennen tutkimusta teksti, josta ilmeni tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuksen eteneminen. Heille myös informoitiin asiasta joko suullisesti kasvotusten tai puhelimitse tutkijan itsensä toimesta. Vain tutkijalla oli tiedot haastateltavista ja kirjallisesta aineistosta sekä nauhoitetusta materiaalista. Koko materiaali oli vain tutkijan säilytettävänä ja se hävitettiin tutkimuksen päätyttyä ja raportin valmistuttua.

Tulosten osalta tutkija päätti, että potilaisiin liittyvä informaatio yhdistetään kaikkien ryhmien osalta yhteen, koska kaikilla ryhmillä oli sairaanhoitopiirin strategian mukainen tavoite potilaskeskeisen hoidon toteuttamisesta. Vastauksista ei myöskään tullut esiin uutta tietoa eikä erotellut näin osallistuneita ryhmiä. Yhdistäminen toimi myös anonymiteetin säilyttämisen kannalta yhtenä tekijänä ryhmien tunnistamisen estämisessä. Tutkijalla on velvoitteita tutkittaviaan kohtaan, siksi tutkimus on pyritty suorittamaan myös tältä osin tieteelliselle tutkimukselle annettujen ohjeiden mukaisesti. (Sipilä ym. 2007).

Tutkimus on pyritty toteuttamaan tieteellisesti hyväksytyyn käytännön mukaisesti loukkaamatta ketään. Lähdeviittaukset on tehty niin, että alkuperäinen tietolähde on löydettävissä. Tietoja on käytetty vääristelemättä tiedon alkuperää, sepittämättä havaintoja sekä välttämällä luvaton lainaamista viittaamalla lähteen alkuperään. (TENK 2002.) Tutkimuksen tuloksen toivotaan myös tieteenalan ja yhteiskunnan

kannalta antavan lisätietoa hyödynnettäväksi muun muassa jatkotutkimuksiin moniammatillisten yhteistyömuotojen optimaaliselle käytölle terveydenhuollossa.

7.3 Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata moniammatillista yhteistyötä, ammattiryhmien välistä ja ammattirajoja ylittävää yhteistyötä erikoissairaanhoidossa, fysioterapeuttien, puheterapeuttien, sairaanhoitajien ja toimintaterapeuttien kokemusten kautta. Kuusi luonnollista ryhmää erikoissairaanhoidon sairaaloista valikoitiin fokusryhmähaastatteluihin, joiden tuottama tieto analysoitiin induktiivisesti kategorioihin sekä yhdistettiin deduktiivisesti luokkiin sen mukaan toimivatko ryhmät moniammatillisen yhteistyön, ammattiryhmien välisen vai ammattirajat ylittävän yhteistyön mallien mukaisesti.

Tutkimuksen tulokset raportoitiin osallistujien osalta ryhmätasoisesti yksilöitä erittelemättä. Vaikka jokaisen osallistujan antama informaatio oli merkityksellinen, lopputuloksena hyödynnettiin saatu informaatio ryhmien kuvaamien ominaisuuksin mukaan. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata moniammatillista yhteistyötä, ammattiryhmien välistä yhteistyötä ja ammattirajat ylittävää yhteistyötä erikoissairaanhoidossa. Kukin ryhmä edustaa jotain edellä mainituista yhteistyömuodoista. Toisissa ryhmissä oli merkkejä useammasta eri yhteistyömuodon ominaisuuksista. Jokainen ryhmä on kehittänyt toimintaansa tarpeitaan vastaavasti, mutta optimaalista tasoa ei ole saavutettu. Ryhmien jäsenet kokevat olevansa työhönsä motivoituneita ja ammattitaitoaan kehittäviä yhteistyökykyisiä asiantuntijoita, joilla on edessään erilaisia haasteita potilaskeskeistä hoitoa toteuttaessaan.

Haasteita löytyy ajan, paikan ja resurssien puutteellisuuden muodossa. Kaikki puutteet liittyvät ilmiöihin, jotka ovat johdon ratkaistavissa. Toisaalta johdon toimenpiteet voivat kohdistua hoitotyön linjan osalta osaan puutteista, mutta tarvitaan myös lääketieteen puolen yhteistyötä rakenteellisten epä johdonmukaisuuksien vähentämiseksi. Tällä voisi olla merkitystä päällekkäisyyksien karsimiseksi niin toimintajärjestelmän perusrakenteiden yli kuin eri toimintaprosessienkin yhteistyössä.

Kaikki kuusi ryhmää olivat itseorganisoituvia, vaikka lääkäri oli jokaisen ryhmän osalta vetovastuussa. Lääkäri toimi konkreettisesti kaikkien paitsi kahden ryhmän osalta

”ulkopuolisena” osallistuen vain joko suunnitelmakeskusteluihin tai keräämällä muuten asiantuntijoilta saamansa tiedon yhteen. Kuitenkin yhteistyömallin rakenteet ja järjestelmät ovat rakentuneet niin, että lääketieteellinen järjestelmä rakentaa toiminnalle raamit. Kaikki ryhmät toimivat johdon seurannan alaisuudessa, mutta kaikille ryhmille yhteistä on myös se, että johdon näkyvä tuki puuttuu. Tämä näkyy erityisesti toimintaympäristön olosuhteissa. Ympäristön olosuhteiden osuus näkyy ensin toimintatavoissa ja tehtävien suorittamisessa, sitten asiakas-hoitaja-suhteessa ja lopulta potilaan hoidossa ja saamassa palvelussa. Kaikki vaikutukset yhteistyöprosessissa osuivat ryhmän jäseniin yksilöinä, esimerkiksi työtyytyväisyydessä liittyen henkilöresurssien vähyyteen. Mutta merkitykset organisaation tasolle ja toimintoihin tapahtuvat myös ryhmän toimintojen kautta.

Yksilöt tekevät parhaansa ja ovat motivoituneita, yhteistyökykyisiä ja tehtäviinsä orientoituneita ammattilaisia, jotka haluavat kehittää omaa ammattitaitoaan sekä toimintaansa. Ryhmät toimivat kuitenkin ääri rajoilla potilaansa parhaaksi. Yhteisö, organisaatio ei kuitenkaan hyödy välttämättä ryhmien toiminnasta eikä ryhmän jäsenten asiantuntijuudesta parhaalla mahdollisella tavalla.

Tutkimus suoritettiin fokusryhmähaastattelun avulla joka osoittautui hyväksi menetelmäksi yhteistyötä tutkittaessa. Ryhmän merkitys haastattelutilanteissa voi olla sekä keskustelua lisäävä että enemmän aineistoa tuottavat, kun jokainen toimii toisensa ajatusten vauhdittajana. (Burns & Grove 2009). Toisaalta haastattelut sisälsivät johdattelevia kysymyksiä, joiden avulla keskustelua pidettiin myös tietystä suunnassa halutun tiedon tuottamiseksi.

Vaikka tutkimustulokset eivät laadullisen tutkimuksen tapaan ole yleistettäviä, eikä niillä siihen pyritä, niin saadut tulokset saivat tukea aikaisemmista tutkimuksista ja kirjallisuudesta. Ryhmien toiminta muodostui sekä rakenteisiin liittyvistä ominaisuuksista että sisällöllisistä seikoista. Se, että kirjallisuudessakin osoitettu ja pohdittu asia moniammatillista yhteistyötä määrittelevän käsitteistön monitahoisuudesta ja määrittelemättömyydestä on edelleen keskustelun painopisteenä ja huolimatta jo tehdyistä määritelmistä tämän työn tekemistä häytti merkittävästi epäily käsitteen käytöstä. Artikkeleissa, joissa ei käsitettä ollut erikseen määritelty, jäi usein epäselväksi mitä moniammatillisella yhteistyöllä tarkoitettiin.

Suuri osa käytetyistä lähteistä, artikkeleista olivat ajalta 2000 - 2012. Kirjallisuushaun perusteella etsittiin tulokset 10 viimeiseltä vuodelta, mutta manuaalisella haulla etsittiin lisää ja päätettiin ottaa mukaan vielä 2000-luvun alusta julkaistuja artikkeleita. Jo tältä aikakaudelta, yli kymmenen vuoden takaa löytyneissä artikkeleissa oli muotoiltu moniammatillista yhteistyötä ja edelleen todetaan sen olevan samoilta osin keskeneräistä. Moniammatillisella yhteistyöllä on vaikutusta niin yksilötasolle yksilön ja edustamansa ammatin kautta, organisaatiotasolle ammattiryhmien ja työyhteisöjen arvohierarkioiden kautta kuin yhteiskunnankin tasolle palvelujärjestelmien toteuttajien kautta. Yhteiskunnan taas koetaan asettavan paineita organisaatioille, jotka asettavat tavoitteita yksilöille yhteisöissään. Kenen kohdalle osuu ratkaisun paikka? Tarvitaan siis lisää tutkimuksia kaikille tasoille.

Tässä työssä oli mukana myös muita terveydenhuollon ammattilaisia kuin hoitotieteen edustajia. Mikä osaltaan asetti omat vaatimuksensa tutkimuksen menetelmien valinnalle ja analyysien suorittamiselle. Jokaisen osuus huolimatta ryhmämuotoisesta tulosten esittämisestä oli tärkeä. Tarkoituksena oli menetelmiä valittaessa, että kukin tuntee kuuluvansa tämän tutkimuksen kontekstiin. Yhteinen tekijä löytyi Kimin typologian luokittelujärjestelmästä, jota voidaan käyttää myös muiden kuin hoitotieteen edustajien kontekstissa. (Kim 2000).

Vaikka tässä tutkittiin moniammatillista toimintatapaa, niin se tapahtui tietyissä rajoissa monitieteisen taustaideologian maailmassa. Tieteiden välisissä käytännön ongelmissa on käytetty lähestymistapana systeemistä ajattelua. Terveystieteiden järjestelmässä eri tieteiden edustajat toimivat yhteisen asian eteen rakentaen palasista kokonaisuutta. Kokonaisuuden sanotaan olevan enemmän kuin osiensa summan. Toisaalta systeemi kokonaisuudessaan määrittää myös merkittäväällä tavalla sen, miten sen osat toimivat. (Strijbos 2012.) Terveystieteen ajatellaan edustavan ilmiötä, joka muodostuu erilaisista alasysteemeistä, näin ollen terveystieteelle ja sen palveluille näyttää sopivan monitieteinen tutkimus.

7.4 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkotutkimusehdotuksena toivotaan lisätutkimuksia johdon mahdollisuuksista vaikuttaa työyhteisöjen toiminnan tukemiseen sekä kaksilinjaisen toimintajärjestelmän

(hoitotyö/lääketiede) mahdollisuuksista tehdä yhteistyötä terveyspalvelujen rakenteiden muokkaamiseksi moniammatilliselle yhteistyölle sopivammaksi.

Tarvitaan lisää myös laadullista tutkimusta, jotta ilmiön luonne tulisi paremmin esiin, toisaalta tarvitaan myös määrällistä tutkimusta moniammatillisten interventioiden käyttömahdollisuudesta ja hyödyistä. Tarkempaa tutkimusta ja kuvausta kaivataan erilaisista hoitotilanteista, työtehtävistä ja erilaisista konteksteista, joissa moniammatillista yhteistyötä tehdään ja siitä millaista moniammatillinen yhteistyö voisi olla eri työtehtävissä. Tutkimukset ovat tärkeitä niin potilaan hoidon laadun tarkastelussa kuin henkilöstön työtyytyväisyyden ja jaksamisen kannalta. Lisää tutkimuksia kaivataan myös, jotta saadaan uutta tietoa koulutukseen terveydenhuollon eri ammateissa kuin myös yhteistyökoulutukseen niin organisaatioiden kuin eri ammattiryhmienkin välille. Tutkimukset ovat tärkeitä myös terveyspalvelujen kustannusten hallitsemiseksi ja terveyspalvelujen kestävyuden parantamiseksi maailmanlaajuisestikin ajatellen.

8 LÄHTEET

Atwal A & Caldwell K. 2005. Do all health and social care professionals interact equally: a study of interactions in multidisciplinary teams in the United Kingdom. *Scandinavian Journal of Caring Science* 19, 268–273.

Averlid G & Axelsson SB. 2012. Health-Promoting Collaboration in Anesthesia Nursing: A Qualitative Study of Nurse Anesthetists in Norway. *AANA Journal* 80(4); S74–S80

Barbour R. 2007. *Doing Focus Groups*. The SAGE Qualitative Research Kit. London.

Burns N & Grove SK. 2009. *The Practice of Nursing Research. Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. Sixth edition. Saunders Elsevier, USA.

Collin K, Valleala UM, Herranen S, Paloniemi S & Pyhälä-Liljeström P. 2012. Moniammatillisen yhteistyön muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosessissa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 4, 31–43.

Copp GC, Caldwell K, Atwal A & Brett-Richards M. 2007. Preparation for cancer care: Perceptions of newly qualified health care professionals. *European Journal of Oncology Nursing* 11, 159–167.

D'Amour D, Goulet L, Labadie J-F, San Martín-Rodríguez L & Pineault R. 2008. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research* 8: 188. doi:10.1186/1472–6963-8-188

D'Amour D, Ferrada-Vileda M, San Martín-Rodríguez & Beaulieu M-D. 2005. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care* 1, 116–131.

D'Amour D & Oandasan I. 2005. Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care* 1, 8–20.

Davies K, Harrison K, Clouder D.L, Gilchrist M, McFarland L & Earland J. 2011. Making the transition from physiotherapy student to interprofessional team member. *Physiotherapy* 97, 139–144.

Edgley A & Avis M. 2006. Interprofessional collaboration: Sure start, uncertain futures. *Journal of Interprofessional Care* 20(4), 433–435.

Elo S & Kyngäs H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing* 62(1), 107–115.

Eloranta S & Kuusela M. 2011. Moniammatillinen yhteistyö – katsaus suomalaisiin hoitotieteellisiin opinnäytetöihin. *Tutkiva Hoitotyö* 9(3), 4–13.

Eriksson K, Isola A, Kyngäs H, Leino-Kilpi H, Lindström UA, Paavilainen E, Pietilä A-M, Salanterä S, Vehviläinen-Julkunen K & Åstedt-Kurki P. 2008. *Hoitotiede*. WSOY oppimateriaalit oy, Helsinki.

Etene 2001. = Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Etene-julkaisuja I. Etene 2001.

Freeman M, Miller C & Ross N. 2000. The impact of individual philosophies of teamwork on multi-professional practice and the implications for education. *Journal of Interprofessional Care* 14(3), 237–247.

Graneheim UH & Lundman B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105–112.

Griffin MA, Patterson MG & West MA. 2001. Job satisfaction and teamwork: the role of supervisor support. *Journal of Organizational Behavior* 22, 537–550.

Hirsjärvi S & Hurme H. 2010. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus*. Helsinki University Press.

Hirsjärvi S, Remes P. & Sajavaara P. 2010. *Tutki ja kirjoita*. Tammi, Helsinki.

Isoherranen K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – Moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2012:18. Unigrafia, Helsinki.

Isoherranen K, Rekola L & Nurminen R. 2008. *Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö*. WSOY oppimateriaalit oy, Helsinki.

Isoherranen K. 2006. *Moniammatillinen yhteistyö*. WSOY. Helsinki.

Jalonen P, Manninen P, Rautio M & Savinainen M. 2009. Moniammatillinen yhteistyö kompastuu asenteisiin. *Suomen Lääkärilehti* 49, 4236–4237.

Jansen L. 2008. Collaborative and Interdisciplinary Health Care Teams: Ready or Not? *Journal of Professional Nursing* 24(4), 218–227.

Johnson BM & Webber PB. 2010. *An Introduction to Theory and Reasoning in Nursing*. 3rd Edition. Lippincott Williams & Wilkins, China.

Jones IF. 2007. The theory of boundaries: Impact on interprofessional working. *Journal of Interprofessional Care* 21(3), 355–357.

Jones A & Jones D. 2011. Improving teamwork, trust and safety: An ethnographic study of an interprofessional initiative. *Journal of Interprofessional Care* 25, 175–181.

Kilner E & Sheppard LA. 2010. The role of teamwork and communication in the emergency department: A systematic review. *International Emergency Nursing* 18, 127–137.

Kim HS. 2000. *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*. Second Edition. Springer Publishing Company, New York.

- Koskinen L & Jokinen P. 2001. Ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä – haastattelijoiden kokemuksia. *Hoitotiede* 13(6), 301–309.
- Kuntaliitto 2007. Fysioterapianimikkeistö 2007. Suomen Kuntaliitto. Kuntatalon paino, Helsinki.
- Kuntaliitto 2003. Toimintaterapianimikkeistö 2003. Suomen Kuntaliitto. Kuntatalon paino, Helsinki.
- Kvarnström S. 2008. Difficulties in collaboration: A critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *Journal of Interprofessional Care* 22(2), 191–203.
- Kyngäs H & Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11(1), 4–12.
- Körner M. 2008. Analysis and development of multiprofessional teams in medical rehabilitation. *GMS Psycho-Social-Medicine* 5, 1–13. ISSN 1860-5214.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä L559/94.
Luettavissa www.finlex.fi Luettu: 6.3.2013
- Lammintakanen J. 2005. Health Care Prioritisation. Evolution of the Concept Research and Policy Process. Doctoral dissertation. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 116. Kuopio.
- Lauri S. & Kyngäs H. 2005. *Hoitotieteen teorian kehittäminen*. WSOY, Vantaa.
- Lehtomaa M. 2011. Fenomenologinen kokemuksen tutkimus: Haastattelu, analyysi ja ymmärtäminen. Teoksessa: Perttula J & Latomaa T (toim.) Kokemuksen tutkimus. Merkitys – tulkinta – ymmärtäminen. Juvenes Print, Tampere, 163–193.
- Lemieux-Charles L & McGuire WL. 2006. What Do We Know about Health Care Team Effectiveness? A Review of the Literature. *Medical Care Research and Review* 63(3), 263–300.
- Levine JM & Moreland RL.(toim.) 2006. *Small Groups*. Psychology Press, Hove.
- Lichtenstein R, Alexander JA, McCarthy JF & Wells R. 2004. Status Differences in Cross-Functional Teams: Effects on Individual Member Participation, Job Satisfaction and Intent to Quit. *Journal of Health and Social Behavior* 45, 322–335.
- Lockhart-Wood K. 2000. Collaboration Between Nurses and Doctors in Clinical Practice. *British Journal of Nursing* 9(5), 276–280.
- Lukkarinen H. 2001. Ihmisten kokemukset hoitotieteellisenä tutkimusilmiönä: fenomenologinen lähestymistapa. Teoksessa: Janhonen S & Nikkonen M (toim). *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. WSOY, Helsinki, 116–158.
- Macduff C. 2007. Typologies in nursing: a review of the literature. *Nurse Researcher* 14(2), 40–50.

- Marriner-Tomey A. 1994. *Hoitotieteen teoreetikot ja heidän työnsä*. Sairaanhoidtajien koulutussäätiö. Vammalan kirjapaino, Vammala.
- Massey D. 1999. Negotiating Disciplinary Boundaries. *Current Sociology* 47(4), 5–12.
- McMillan KM. 2012. The Challenge of achieving interprofessional collaboration: Should we blame Nightingale? *Journal of Interprofessional Care* 26, 410–415.
- Meads G & Ashcroft J. 2005. *The Care for Interprofessional Collaboration*. In *Health and Social Care*. Blackwell Publishing, Caiepe.
- Meleis AI. 2012. *Theoretical Nursing. Development & Progress*. 5th edition. Lippincott Williams & Wilkins, China.
- Metsämuuronen J. 2000. *Maailma muuttuu – miten muuttuu sosiaali- ja terveysala?* Oy Edita Ab, Helsinki.
- Mikkeli H & Pakkasvirta J. 2007. *Tieteiden välissä? Johdatus monitieteisyyteen, tieteidenvälisyyteen ja poikkitieteisyyteen*. WSOY oppimateriaalit Oy, Helsinki.
- Miller K-L, Reeves S, Zwarenstein M, Beales JD, Kenaszchuk C & Conn LG. 2008. Nursing emotion work and interprofessional collaboration in general internal medicine wards: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* 64(4), 332–343.
- Molyneux J. 2001. Interprofessional teamworking: what makes teams work well? *Journal of Interprofessional Care* 15(1), 29–35.
- MOT 2013. Suomen kielitoimiston sanakirja. Luettu: 25.3.2013
- Mäntynen R. 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 144.
- Mäntynen R, Vehviläinen-Julkunen K & Sivenius J. 2009. Kuntoutumista edistävä hoitotyö näkyväksi – terveydenhuollon ammattihenkilöiden näkemyksiä aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä kuntoutuksessa. *Hoitotiede* 21, 23–33.
- Nieminen H. 2006. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Helsinki, 215–221.
- Nijstad BA. 2011. *Group Performance. Social Psychology. A Modular Course*. Psychology Press, Hove.
- Nikander P. 2003. Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 40, 279–290.
- Nilsson P, Lindgren E-C & Månsson J. 2011. Lateral epicondylalgia. A quantitative and qualitative analysis of interdisciplinary cooperation and treatment choice in the Swedish health care system. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26, 28–37.

Ødegård A. 2005. Perceptions of interprofessional collaboration in relation to children with mental health problems. A pilot study. *Journal of Interprofessional Care* 19(4), 347–357.

O’Leary KJ, Ritter CD, Wheeler H, Szekendi MK, Brinton TS & Williams MV. 2010. Teamwork on inpatient medical units: assessing attitudes and barriers. *Quality Safety Health Care* 19, 117–121.

Paukkunen L, Turunen H, Taskinen H, Sinkkonen S & Tossavainen K. 2001. Koulutuksen vaikutukset sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden ja työntekijöiden yhteistyövalmiuksiin. *Hoitotiede* 13, 132–145.

Perttula J. 2011. Kokemus ja kokemuksen tutkimus: Fenomenologisen erityistieteen tieteenteoria. Teoksessa: Perttula J & Latomaa T. (toim.). *Kokemuksen tutkimus. Merkitys – tulkinta – ymmärtäminen*. Juvenes print, Tampere, 115–157.

Pethybridge J. 2004. How team working influences discharge planning from hospital: a study of four multi-disciplinary teams in an acute hospital in England. *Journal of Interprofessional Care* 18(1), 29–41.

Petri L. 2010. Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration. *Nursing Forum* 45(2), 74–82.

Polit DF & Beck CT. 2012. *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9nd edition. Lippincott, Williams & Wilkins, China.

Pound P & Ebrahim S. 2000. Rhetoric and reality in stroke patient care. *Social Science & Medicine* 51, 1437–1446.

Puheterapianimikkeistö 2010.

Luettu: 22.11.2012

Luettavissa www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/nimikkeistot-luokitukset/

Rafferty AM, Ball J & Aiken LH. 2001. Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? *Quality in Health Care* 10 (Suppl II): ii32–ii37.

Reeves S, Goldman J, Gilbert J, Tepper J, Silver I, Suter E & Zwarenstein M. 2011. A scoping review to improve conceptual clarity of interprofessional interventions. *Journal of Interprofessional Care* 25, 167–174.

Reeves S, & Lewin S. 2004. Interprofessional collaboration in the hospital strategies and meanings. *Journal of Health Services Research & Policy* 9(4), 218–225.

Reeves S, Lewin S, Espin S & Zwarenstein M. 2011. *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. Wiley-Blackwell, Caipe, Singapore.

Salanterä S & Walta L. 2005. Johdatus teoreettiseen ajatteluun hoitotieteessä. Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja A:84. Painosalama Oy, Turku.

Salhani D & Coulter I. 2009. The politics of interprofessional working and the struggle for professional autonomy in nursing. *Social Science & Medicine* 68, 1221–1228.

- Sandelowski M. 2004. Using Qualitative Research. *Qualitative Health Research* 14(10), 1366–1386.
- Santy J. 1999. Interprofessional boundaries between nursing and physiotherapy in the orthopaedic setting. *Journal of Orthopaedic Nursing* 3, 88–94.
- Seneviratne CC, Mather CM. & Then KL. 2009. Understanding nursing on an acute stroke unit: perceptions of space, time and interprofessional practice. *Journal of Advanced Nursing* 65(9), 1872–1881.
- Silen-Lipponen M. 2008. Virheet leikkaustiimityössä – suomalaisten, amerikkalaisten ja englantilaisten hoitajien kokemuksia. *Hoitotiede* 20, 138–150.
- Silén-Lipponen M, Tossavainen K, Turunen H, Smith A & Burdett K. 2004. Teamwork in operating room nursing as experienced by Finnish, British and American nurses. *Diversity in Health and Social Care* 1, 127–137.
- Sinclair LB, Lingard LA & Mohabeer RN. 2009. What’s So Great About Rehabilitation Teams? An Ethnographic Study of Interprofessional Collaboration in a Rehabilitation Unit. *Archives Physical Medicine Rehabilitation* 90, 1196–1201.
- Sipilä T, Kankkunen P, Suominen T & Holma T. 2007. Fokusryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä hoitotieteellisessä tutkimuksessa: esimerkkinä tutkimus ITE-itsearviointimenetelmän käytöstä johtamisen työvälineenä. *Hoitotiede* 19(6), 305–313.
- STM 2012. Koulutuksella osaamista asiakaskeskeisiin ja moniammatillisiin palveluihin. Ehdotukset hoitotyön toimintaohjelman pohjalta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:7.
- STM 2011. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Suomen sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:1.
- STM 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18.
- Strasser DC, Falconer JA, Herrin JS, Bowen SE, Stevens AB & Uomoto J. 2005. Team Functioning and Patient Outcomes in Stroke Rehabilitation. *Archives Physical Medicine Rehabilitation* 86, 403–409.
- Strijbos S. 2012. System thinking. Teoksessa: Frodeman R, Klein JT, Mitcham C, Holbrook JB (toim.). *The Oxford handbook of Interdisciplinarity*. Oxford University Press, Croydon, 453–468.
- Suddick KM & De Souza LH. 2007. Therapists’ experiences and perceptions of teamwork in neurological rehabilitation: Critical happenings in effective and ineffective teamwork. *Journal of Interprofessional Care* 21(6), 669–686.
- Suddick KM & De Souza L. 2006. Therapists’ experiences and perceptions of teamwork in neurological rehabilitation: reasoning behind the team approach, structure and composition of the team and teamworking processes. *Physiotherapy Research International* 11(2), 72–83.

Sumner J. 2003. Relations of Suspicion: Critical Theory and Interdisciplinary Research. *History of Intellectual Culture* 3(1), 1–12. ISSN 1492-7810
Löydettävissä osoitteesta: www.ucalgary.ca/hic/

Suter E, Arndt J, Arthur N, Parboosingh J, Taylor E & Deutschlander S. 2009. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care* 23(1), 41–51.

TENK 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. TENK.

Terveystieteiden laiton laki (1326/2010).

Luettavissa www.finlex.fi Luettu: 6.3.2013

Thylefors I, Persson O & Hellström D. 2005. Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork. *Journal of Interprofessional Care* 19(2), 102–114.

Valvira 2012 = Ammattioikeudet. Valvira.

Luettavissa <http://www.valvira.fi/luvat/ammattioikeudet> Luettu: 6.3.2013

Veijola A. 2004. Matkalla moniammatilliseen perhetyöhön – Lasten kuntoutuksen kehittäminen toimintatutkimuksen avulla. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu University Press, Oulu.

Veijola A, Isola A & Taanila A. 2006. Moniammatillinen perhetyö edellyttää keskustelua. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 43, 186–197.

Virtanen P, Suoheimo M, Lamminmäki S, Ahonen P & Suokas M. 2011. *Matkaopas asiakaslähtöiseen sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen*. Tekesin katsaus 281/2011. Tekes. Helsinki.

Weinstein SM. 2004. Strategic Partnership. Bridging the Collaboration Gap. *Journal of Infusion Nursing* 27(5), 279–301.

Whittemore R, Chase S & Mandle C. 2001. Validity in Qualitative Research. Pearls, Pith and Provocation. *Qualitative Health Research* 11(4), 522–537.

Wikipedia 2013. Luettavissa <http://fi.wikipedia.org/wiki/terapia> Luettu: 25.3.2013

Wright D. 2010. Teamwork. Teoksessa: *Relation-Based Care. A Model for Transforming Practice*. Koloroutis M (toim) Creative Health Care Management. Minneapolis, 91–116.

Yeager S. 2005. Interdisciplinary Collaboration: The Heart and Soul of Health Care. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 17, 143–148.

LIITE 1. Tutkimuksessa käytetyt moniammatilliseen, ammattiryhmien väliseen ja ammattirajat ylittävään yhteistyöhön liittyvät tutkimusartikkelit.

9 LIITTEET

LIITE 1. Tutkimuksessa käytetyt moniammatilliseen, ammattiryhmien väliseen ja ammattirajat ylittävään yhteistyöhön liittyvät tutkimusartikkelit
1(13)

Tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus	Osallistujat	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Freeman, Miller & Ross 2000 Englanti	Selvittää millä tavalla yksilöllinen käsitys tiimityöstä vaikuttaa moniammatilliseen yhteistyöhön	n = 6 tiimiä eri terveydenhuollon ammattiryhmiä	Havainnointi, haastattelu	Yksilölliset käsitykset muotoutuivat näkemyksiä ja tarvetta jaettuun visioon, tämä johti kommunikaation selkiyttämiseen ja roolien ymmärtämiseen sekä arvotamiseen.
Pond P. & Ebrahim S. 2000 Iso Britannia	Selvitettiin ja identifioitiin niitä tekijöitä hoitoprosessissa, jotka saattoivat selittää parantuneet tulokset halvausosastolla.	3 eri yksikköä samassa sairaalassa	Non-participant toimijoiden havainnointi	Kuntoutuksellinen ote hoitotyöstä puuttui. Paremmat tulokset halvausosastolta on saavutettu potilaan emotionaalisen hyvinvoinnin kustannuksella. Potilaiden tulokset osastolta ovat paremmat huolimatta hoitojen laadusta.
Griffin M.A., Patterson M.G. & West M.A. 2001 Iso Britannia	Tutkittiin mahdollista yhteyttä tiimityön ja työtyytyväisyyden välillä. Oletuksina oli, että merkittävyyttä olisi ohjaajan tuella ja tiimityön laajuudella.	Valmistajia/tuottajia n=48 joista osallistujia n = 4708	Survey-tutkimus	Ohjaajien tuella oli vaikutusta työtyytyväisyyteen. Ohjaajien tuki liittyi tiimityöhön. Tiimityö ja työn rikastuttaminen olivat yhteydessä työn autonomiaan ja työtyytyväisyyteen.

Molyneux J. 2001 Iso Britannia	Määritellä ja arvioida positiivisia piirteitä tiimityössä.	toimintaterapeutit n = 2 fysioterapeutit n = 2 puheterapeutit n = 1 sosiaalityöntekijät n = 1	yksilöhaastattelut fokus ryhmä -haastattelut	Positiivisista piirteistä nousi kolme teemaa: 1. Henkilökohtaiset ominaisuudet ja sitoutuminen 2. Ryhmän kommunikointikeinot 3. Mahdollisuus tiimissä kehittää luovia toimintatapoja
Rafferty, Ball & Aiken 2001 Englanti	Selvittää mitä moniammatillinen yhteistyö merkitsee sairaanhoitajalle ammatillisen autonomian ja potilaan hoidon laadun suhteen	n = 10022 sairaanhoitajaa	Kyselytutkimus	Hyvällä tiimityöllä on vaikutusta hoidon laatuun sekä vahva yhteys löytyi tiimin ja sairaanhoitajan kokeman ammatin autonomian välillä.
Lichtenstein, Alexander, McCarthy & Wells 2004 USA	Selvittää miten jyrkkä terveydenhuollon ammattien luonteen mukainen hierarkia todistaa moniammatillisen yhteistyön toimimattomuutta.	n = 1025 terveydenhuollon ammattilaisia	Kyselytutkimus	Moniammatillisissa tiimeissä esiintyvillä statushierarkioilla on asenteellisia ja käytöksellisiä vaikutuksia tiimien yksilöjäseniin.
Pethybridge J. 2004 Iso Britannia	Tutkittiin mitkä tekijät ammattiryhmien välisessä yhteistyössä olivat estäviä tai edistäviä päätöksenteossa potilaan hoitosuunnitelman prosessissa kotiutustilanteessa akuuttisairaalassa.	Tiimit n=3 (sairaanhoitajia ja terapeutteja, kolmelta osastolta)	Työskentelyn havainnointi, haastattelut, fokusryhmä haastattelu	Tiimityö on tärkeää päätöksenteolle hoitosuunnitelmaa tehtäessä. Kolmen tutkimukseen osallistuneen tiimin välillä suuria eroja.

Reeves S. & Lewin S. 2004 Iso Britannia	Tutkia miten ammattilaiset tekevät yhteistyötä ja asioita, joita he kohtaavat yhteistyössään. Syvempi tarkastelu interprofessionaaliseen yhteistyöhön opetussairaalassa.	Terveydenhuollon ja sosiaalityön ammattilaisia (lääkärit, sairaanhoitajat, terapeutit ja sosiaalityöntekijät) n = 49	Etnografia yksilö- ja ryhmähaastattelut sekä työnteon havainnointi	Sairaalaorganisaatiot, joissa ryhmät toimivat ja tehtäväkeskeinen lääketieteellinen työ rajoittaa mahdollisuutta yhteistyöhön muiden ammattilaisten kanssa osastotasolla.
Silén-Lipponen, Tossavainen, Turunen, Smith & Burdett 2004 Suomi, Englanti, USA	Selvitettiin leikkaussalihoitajien tiimityötä ja niitä tekijöitä, jotka parantavat tai estävät yhteistyötä. Suomalaisten, englantilaisten ja amerikkalaisten sairaanhoitajien kokemana.	Leikkaussalihoitajia n=30 (suomalaisia n=10, englantilaisia n=10, amerikkalaisia n=10)	Haastattelututkimus	Tutkimuksessa ilmeni neljä merkitysaluetta: 1. Ammatillinen osaaminen 2. Työn levottomuus 3. Työn järjestelmällisyys 4. Fyysinen ympäristö
Atwall & Caldwell 2005 Englanti	Analysoitiin moniammatillisen tiimin toimintaa tarkoituksena parantaa tiimin suunnitelmallisuutta.	n = 48 terveydenhuollon ammattilaisia	Haastattelu, havainnointi, kysely (Delphi)	Sosioemotionaalista vuorovaikutusta ilmeni vähemmän kuin tehtäväkohtaista vuorovaikutusta. Osallistujat kokivat olevansa tyytyväisempiä kun olivat tasavertaisemmassa asemassa.
D'Amour D., Ferrada-Vileda M., San Martín-Rodriguez L. & Beaulieu M-D. 2005 Kanada	Tarkoituksena oli monimutkaisen moniammatillisuuden käsitteen tarkentaminen ja identifiointi.	Kirjallisuus aiheesta vuosilta 1990 – 2003	Kirjallisuuskatsaus	Dynaaminen vakiintunut asema ammattilaisten välillä on yhtä tärkeä kuin yhteistyön konteksti. Yhteistyö pitää ymmärtää sekä ammatillisena ponnisteluna että myös inhimillisenä prosessina.

Ødegård A. 2005 Norja	Interprofessionaalisen yhteistyö alustavan mallin pilotointi. Tarkoituksena reflektoida päätutkimuksen asetelmaa, joka tehdään psyykkisesti sairaiden lasten hoidon kontekstissa.	Osallistujat n=7 (opettajia 2, psykologeja 2, erityisopettajia 2, lääkäreitä 1)	Kysely (The Sentence Completion Technique – menetelmä) Haastattelu (vignette)	Tulokset luokiteltiin kolmeen luokkaan: 1) moniammatillisen ryhmän eroavaisuudet, 2) keskeisten tekijöiden esittäminen ja 3) yhteistyö työmenetelmänä.
Strasser D.C., Falconer J.A., Herrin J.S., Bowen S.E., Stevens A.B. & Uomoto J. 2005 USA	Arvioitiin kuntoutustiimin toimintaa ja halvauspotilaiden tuloksia.	kuntoutustiimit n = 46 osallistujat n = 530	survey	Tiimin toimintaan liittyvät tekijät ovat tulosten kannalta tärkeitä. Kuntoutuksen vaikuttavuutta lisääviä tekijöitä ovat tiimin toiminnan ja suhteiden parantaminen; yhteistyön suunnittelun, ongelman ratkaisun ja informatiivisen palautteen muodossa.
Thylefors I., Persson O. & Hellström D. 2005 Ruotsi	Identifioida vallitsevat tiimityypit ruotsalaisessa moniammatillisessa yhteistyössä terveydenhuollossa. Tutkia tiimityyppien, saavutetun tehokkuuden ja tiimiläisten suhdetta.	1)terveydenhuollon eri ammattiryhmien edustajia n = 206 tiimejä n= 30 2) toimijoita terveydenhuollosta n=31, klinikoita n = 29	Kyselytutkimus	Eniten interprofessionaalista yhteistyötä, toiseksi eniten transprofessionaalista. Yksilön tärkeyttä ryhmässä korostetaan. Toisaalta häntä tuetaan ja kunnioitetaan, toisaalta hän antaa apunsa tiimille.
Edgley A. & Avis M. 2006 Iso Britannia	Tutkia menestyneiden ammattiryhmien välisen yhteistyörakenteiden rajoitteita, kun palvelun henki eri ammattiryhmien välillä eroaa.	terveydenhuollon ja muun alan ammattilaisia n = 18	haastattelututkimus puolistrukturoitu	Resurssien puute, filosofisten ja tarkoituksellisten periaatteiden vastakkaisuus aiheuttaa rajoituksia menestykselliselle yhteistyölle.

Lemieux-Charles L, McGuire W.L. 2006 Kanada	Verrattiin 1) interventiotutkimuksia tiimi/ei tiimi hoitotyössä 2) interventioiden vaikuttavuutta 3) kenttätutkimuksia, jotka selvittelivät tiimin kontekstin, rakenteen, prosessin ja tulosten suhdetta.	Yhteistyötä käsittelevä kirjallisuus vuosilta 1985 – 2004 n = 33	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Löytyi kolmen tyyppin tuloksia: Objektiiiset tulokset; toimintaan ja käyttäytymiseen vaikuttavat. Subjektiiivinen tulos; asenteisiin liittyvät. Organisaatiokulttuuri ja rakenteet sekä suoraan, että epäsuorasti vaikuttavat tiimien tuloksiin.
Suddick K.M. & De Souza L.H. 2006 Iso Britannia	Tutkittiin terapeuttien kokemuksia ja käsityksiä tiimityöstä neurologisessa kuntoutuksessa: sen rakenne, tiimin kokoonpano, tiimityön prosessi.	Tiimit n = 3 (toimintaterapeutteja n = 5 fysioterapeutit n = 5)	Yksilöhaastattelut	Eri tiimit voivat valita erilaisia strategioita tehtävässään ja kontekstissään. Ammattiryhmien välinen ja potilaskeskeinen toimintatapa eivät aina johdonmukaisesti olleet käytössä.
Copp G., Caldwell K., Atwal A., Brett-Richards M. & Coleman K. 2007 Iso Britannia	Tutkittiin uusien terveydenhuollon toimijoiden käsityksiä ja kokemuksia tutkittuun tietoon perustuvasta käytännöstä, tiimityöstä ja syöpähoidosta. Suhteessa kunkin koulutuksessa saamaan tietoon.	vastavalmistuneet n = 200 (sh = 50, ft = 50, tt = 50, st = 50)	survey poikittaistutkimus	Toivottiin lisää koulutuksen ja käytännön yhteistyötä. Eniten hyötyä koettiin olevan ohjaajan avustamisesta reflektoinnissa.

Jones I.F. 2007 Iso Britannia	Kartoitettiin yksittäisen ammattilaisen asenteita ammattien stereotyyppioita kohtaan, tarvittavaa ammatti-identiteettiä tehokasta yhteistyötä ajatellen. Rajojen käsityksen mallin kehittäminen moniammatilliseen työhön.	Ammattilaisia eri aloilta: laki, ympäristöhallinto, sosiologia, tanssi, sosiaalityö, sairaanhoidon koulutus, vähittäiskauppa ja hallinto.	Avoin haastattelu pilottitutkimus	Ammatilliset rajat ovat perustana ammattien väliseen yhteistyöhön. Pääpainotus oli oman alueen kontrolloinnilla, mahdollisuudella keskinäisyyteen ja rajoista neuvotteluun sekä henkilökohtaisesta ja ammatillisesta painotuksesta.
Suddick K.M. & De Souza L.H. 2007 Iso Britannia	Tarkoituksena selvittää fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien käsityksiä ja kokemuksia tiimityöstä neurologisessa kuntoutuksessa.	fysioterapeutit n = 5 toimintaterapeutit n = 5	Critical incident – tekniikka	Vaikuttavalla ja ei-vaikuttavalla tiimityöllä oli merkitystä monelle tasolle. Sillä oli vaikutusta tiimiin, potilaaseen, tiimin yksittäisiin jäseniin ja neurologisesta kuntouksesta saataviin palveluihin.
D'Amour D., Goulet L., Labadie J-F., San Martín-Rodríguez L. & Pineault R. 2008 Kanada	Perustui D'Amourin malliin: 1. Validoida strukturoidun yhteistyön malli 2. Arvioida interprofessionaalista ja interorganisaationaalista yhteistyötä neljällä alueella 3. Esittää yhteistyön typologia	Terveysalueita Quebecissa n=4 Terveysjohtajia ja terveydenhuollon ammattilaisia n=33	Monimuotoinen case-tutkimus puolistrukturoitu haastattelu	Yhteistyön mittari todettiin validiksi kolmen osatekijän vaihdoksen jälkeen. Tulokset tukivat kolmetasoista yhteistyön typologiaa, jossa on kymmenen osatekijää. Kolme tasoa: 1. aktiivinen yhteistyö 2. kehittyvä yhteistyö 3. mahdollinen yhteistyö

Kvarnström S. 2008 Ruotsi	Kuvattiin ja identifioitiin terveydenhuollon ammattiryhmien välisessä yhteistyössä koettuja vaikeuksia.	terveydenhuollon ammattilaisia n = 18	Yksilöhaastattelut	Vaikeuksia kuvattiin tiimidynamiikan alueella, tiimin jäsenten välillä oman ammattinsa edustajina, jäsenten erilaisen tietopanoksen vastavuoroisuutena ja vaikeuksina koko organisaation tasolla.
Körner M. 2008 Saksa	Tutkittiin tiimianalyysin avulla tiimin voimakkuutta ja sen heikkouksien arviointia.	Kuntoutustiimit n= 12 Ylilääkäreitä n=12 Osallistujia n=556	puolistrukturoidut puhelinhaastattelut (ylilääkärit) survey –tutkimus	Tulokset suosivat tiimianalyysin käyttöä tiimin kehityksen mittaamiseksi. Luotiin 5 tiimin kehittämisen moduulia: <ol style="list-style-type: none"> 1. Johtotason valmennus 2. Kommunikaation harjoittelu 3. Asenteen muutos tiimityötä kohtaan 4. Tehtäväperusteinen tiimin kehittäminen 5. Sosiaalisesti yhdistävät näkökulmat.

Miller, Reeves, Zwarenstein, Beales, Kenaszchuk & Conn 2008 Kanada	Selvittää sairaanhoitajien tuntemuksia interprofessionaalisessa yhteistyössä, yhteistyön ymmärtämiseksi ja parantamiseksi sairaanhoitajan käytännön työssä.	n = 3 sairaalaa n = 50 terveydenhuollon ammattilaista	Haastattelut, havainnointi ja tarkkailu	Ongelmakohtia yhteistyössä oli kolmella alueella: 1) hoitajien ammattien sisäiset suhteet, 2) käytävällä tapahtuvat konsultaatiot ja 3) järjestetyt meetingit. Hoitajien roolinmuokkaus vaatii panostamista.
Kilner E. & Sheppard L.A. 2009 Australia	Tutkittiin tiimityön ja kommunikoinnin roolia ensiapuasemalla ja tiimityön tarkoituksenmukaisuutta fysioterapian harjoittelulle ensiavussa.	Tutkimusartikkeleita n=14 vuosilta 2002 - 2008 Cinahl, Academic Search Premier, Scopus, Cochrane, PEDro, Medline, Embase, Amed ja PubMed tietokannoista	Kirjallisuuskatsaus	Henkilöstön tyytyväisyys koettiin tiimityöhön ja tiimityön harjoitteluinterventioihin, sekä positiivinen henkilöstön asenne tiimityötä kohtaan ja kommunikointiin. Suurin osa harjoittelusta käytettiin yksilön taitojen harjoitteluun mieluummin kuin tiimityöhön.
Mäntynen R., Vehviläinen-Julkunen & Sivenius 2009 Suomi	Tutkittiin kuntoutumista edistävää hoitotyötä sairaanhoitajan toiminnan näkökulmasta aivohalvauspotilaiden moniammatillisessa kuntoutuksessa erilaisissa toimintaympäristöissä.	Terveydenhuollon ammattilaisia n = 43	Haastattelututkimus	Toimintakulttuurit olivat määrääviä tekijöitä tiimityön toteuttamistavoissa. Henkilöstöresursseilla oli vaikutusta. Yhteinen tietämys kuntoutuksen perustasta antoi pohjan vaikuttavalle kuntoutukselle ja roolirajojen rikkomiselle.

Salhani D. & Coulter I. 2009 USA	Tutkia ammatin autonomian haasteita ja valta-asemaa ammattien välisessä yhteistyössä.	eri ammattiryhmiä n= 14 osallistujia n= 48	etnografia yksilöhaastattelut tiimien havainnointi	Sairaanhoitajat sitoutuivat merkittävästi kollegoiden kanssa eri tasoilla saavuttaakseen valtaa organisoida asioita. Muutosvoima (power to) ja yhteistyövoima (power with).
Seneviratne C.C., Mather C.M. & Then K.L. 2009 Kanada	Tutkittiin sairaanhoitajien näkökulmasta heidän käsityksiään halvausyksikössä työskentelystä tiimityössä.	Eri terveydenhuollon ammattiryhmiä n = 9 ammattiryhmiä n = 20	Haastattelut Havainnoitiin hoitojen ja kokousten aikana.	Hoitajat kokivat olevansa alikäytettyjä ja aliarvostettuja kuntoutuksessa. Hoitajat eivät työskentele eristyneinä, vaan heillä on kapasiteettia työskennellä muiden ammattilaisten kanssa perinteisten alueiden rajoillakin.
Sinclair L.B., Lingard L.A. & Mohabeer R.N. 2009 Kanada	Tutkittiin tiimin rakenteita ja tiimiläisten suhteita sekä organisaatiokulttuuria, jotka muodostavat ammattiryhmien välisen yhteistyön yhdessä kuntoutuskeskuksessa.	Osallistujia terveydenhuollon eri ammattiryhmistä n = 40 – 45	Havainnointi Haastattelut	Löydettiin kaksi dominoivaa teemaa: Tiimikulttuuri (johtajuus, toimitafilosofia, suhteet ja konteksti) Kommunikaatorakenteet (virallinen ja epävirallinen)

Suter, Arndt, Arthur, Parboosingh, Taylor & Deutschlander 2009 Kanada	Selvittää , mitä kykyjä yhteistyössä pidetään oleellisimpina terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa.	n = 60 terveydenhuollon ammattilaista	Haastattelut	Roolien ymmärrys ja muiden roolien arvostus lisäsi yhteistyön voimaa ja potilaiden saamaa hyötyä hoidosta. Ryhmän jäsenten välisen hyvän kommunikaation ymmärtäminen tärkeäksi antaa mahdollisuuden yhteistyölle.
O'Leary K.J., Ritter C.D., Wheeler H., Szekendi M.K., Brinton T.S. & Williams M.V. 2010 USA	Arvioitiin terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyön jaottelua sairaalan osastolla ja yhteistyön rajoituksia.	sairaanhoitajia ja eri tason lääkäreitä n = 230	survey poikittaistutkimus	Lääkärit olivat tyytyväisempiä kuin sairaanhoitajat. Yhteistyössä oli eri näkökulmat. Ajan puute oli yhteistyön rajoituksena, samoin kommunikaatio-ongelmat.
Petri L. 2010 USA	Tutkittiin interdisciplinaarisen yhteistyön tarkoitusta terveydenhuollon kontekstissa Rodgersin evolutionaarisen käsiteanalyysin avulla.	englanninkielinen kirjallisuus vuosilta 1996 – 2007. Cinahl, Medline ja PsycINFO tietokannoista	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Jotta interdisciplinaarinen voi menestyä on oltava ammattiryhmien välistä koulutusta, roolien ymmärtämistä, ihmissuhdetaitoja, harkittuja toimintoja ja toisen tukemista.

<p>Davies K., Harrison K., Clouder D.L., Gilchrist M., McFarland L. & Earland J. 2011 Iso Britannia</p>	<p>Tutkia viimeisen vuoden fysioterapiaopiskelijoiden käsityksiä ja kokemuksia ammattiryhmien välisestä oppimisesta yliopistossa ja sijoituspaikassa.</p>	<p>Kolmannen vuoden fysioterapiaopiskelijat n=100 osallistujia n=8</p>	<p>Kysely (avoimet ja suljetut kysymykset) fokusryhmä –haastattelu</p>	<p>Opiskelijat tiedostivat lisääntyvän henkilökohtaisen ja ammatillisen luottamuksen, mikä kannusti heitä fysioterapeutin ammatti-identiteetin kasvattamiseen. He tunnistivat myös keinoja parantaa yhteistyösuhteita sekä tukeutua potilasta auttavaan sopivampaan ammattialueeseen.</p>
<p>Eloranta S. & Kuusela M. 2011 Suomi</p>	<p>Kuvattiin suomalaisten hoitotieteellisten opinnäytetöiden avulla moniammatillisen yhteistyön toteutumisen edellytyksiä.</p>	<p>Moniammatillisuutta käsittelevät opinnäytetyöt vuosilta 2000 – 2010 n = 63</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus</p>	<p>Saatujen tulosten mukaan moniammatillisen yhteistyön toteutumisen edellytykset voidaan jakaa yhteistyörakenteisiin ja yhteistyöprosesseihin. Johtamiskulttuuri, työntekijöiltä saatavat uudenlaiset taidot, valmiudet ja selkeä työnjako todettiin merkittäviksi onnistuneelle yhteistyölle.</p>

<p>Jones A. & Jones D. 2011 Iso Britannia</p>	<p>Tutkittiin vanhusten kuntoutusosastolla henkilöstön käsityksiä interprofessionalisesta tiimityöstä, seuraamalla palvelun parantamisen ohjelmaa, jolla tavoitellaan parempaa tiimityötä.</p>	<p>terveydenhuollon ammattilaisia n=12 (koko tiimi) (sairaanhoitajat, lääkärit, fysioterapeutit, toimintaterapeutit, sosiaalityöntekijät)</p>	<p>Etnografia Kokousten ja kiertojen havainnointi. Haastattelut.</p>	<p>Ammattiryhmien välinen yhteistyö parani 12 kk:n aikana. 4 teemaa nousi esiin:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. tiimin jäsenten kollegiaalinen luottamus 2. tiimikokousten tärkeys ja osallisuuden turvallisuus 3. konfliktien hallinnassa jaetut roolit 4. autonomian arvo tiimin sisällä.
<p>Reeves S., Goldman J., Gilbert J., Tepper J., Silver I., Suter E. & Zwarenstein M. 2011 Kanada</p>	<p>Ammattiryhmien välisen yhteistyön tarkastelu avainkäsitteiden, teorioiden ja todistelähteiden identifioimiseksi. Tarkoituksena luoda teoriapohjainen ja empiirisesti testattu ymmärrys IPE-koulutuksesta ja IPC-yhteistyöstä.</p>	<p>Tutkimusartikkeleita n=104</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus</p>	<p>Kolme päätyyppiä interprofessionaalisuuden interventioista:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. IPE (koulutus) 2. Interprofessionaalinen käytäntö 3. Interprofessionaalinen organisaatio.

Averlid G. & Axelsson S.B. 2012 Norja	Tutkittiin mitkä eri asiat vaikuttivat positiivisesti tai negatiivisesti työympäristöön anestesiahoitajien kuvaamana. Terveyttä edistävän työn merkitys työympäristön kontekstissa.	anestesiahoitajat n = 14 sairaaloita n = 6	Haastattelut	Yhteistyö tiimissä katsottiin olevan suurin tekijä työympäristöön vaikuttamassa. Hallinnointi katsottiin tärkeäksi työympäristön luomisessa. Negatiivisesti vaikuttivat työpaine ja kommunikointivaikeudet.
Nilsson P., Lindgren E-C. & Månsson J. 2012 Ruotsi	Kuvattiin terveydenhuollon ammattilaisten hoidon valintoja, heidän yhteistyötään toisten ammattilaisten kanssa ja heidän käsityksiään mahdollisista hoidon riskeistä akuutissa kivussa (lateral epicondylalgia LE)	Kaikki kunnan ortopedit, apulaislääkärit, fysioterapeutit, toimintaterapeutit n = 391	määrällinen kuvaileva tutkimus ja summatiivinen laadullinen analyysi Kysely-tutkimus	Interdisciplinaarisella yhteistyöllä on etua ja hyötyä potilaan kuntoutusajan lyhentämiseksi ja terveydenhuollon ammattilaisille mahdollisuuden parempaan oppimiseen ja vaihtuviin kokemuksiin. Nämä perusasiat ovat myös parantamassa hoidon laatua.

LIITE 2. Saatekirje tutkimukseen osallistujille

Turun yliopisto
Hoitotieteen laitos
20014 Turun yliopisto

SAATEKIRJE

Hyvä terveydenhuollon ammattilainen,

Pyydän Sinua ystävällisesti osallistumaan ryhmähaastattelututkimukseen, jonka tarkoituksena on saada ymmärrystä sairaanhoitajien, fysioterapeuttien, toimintaterapeuttien ja puheterapeuttien yhteistyön eri muodoista. Tarkoituksena on määritellä yhteistyön käsitettä erikoissairaanhoidon kontekstissa.

Tutkimuksessa Sinua haastatellaan 4-5 hengen ryhmässä, jossa on yhteistyökumppaneitasi eri ammattiryhmistä. Kukin ryhmä osallistuu yhteen haastattelukertaan, jonka pituus on arvioitu olevan noin 1 – 1,5 tuntia. Ajankohta haastattelulle tullaan sopimaan osallistujien kanssa. Haastattelutilanne on vapaamuotoinen, mutta yhteistyötä käsittelevien teemojen ohjaama. Lisäksi jokaiselle osallistujalle annetaan haastattelun päätteeksi lomake taustatietojen kysymiseksi. Kaikki tutkimuksessa saatu tieto on luottamuksellista ja tutkimuksen tuloksista ei voida tunnistaa osallistujia.

Tulokset raportoidaan Turun hoitotieteen laitoksen pro gradu -tutkielmana keväällä 2013 ja mahdollisena alan artikkelina. Tutkielman ohjaajana toimii professori Sanna Salanterä ja TtM, yliopisto-opettaja ma. Marja-Liisa Gustafsson Turun yliopiston hoitotieteen laitokselta.

Tutkimuksen avulla saamme uutta tietoa yhteistyön eri muodoista erikoissairaanhoidossa.

Yhteistyöstä lämpimästi kiittäen!

Kirsi Markkola
TtM-opiskelija, TtK, ft
kikamar@utu.fi

Tutkimuksen ohjaajat:

Marja-Liisa Gustafsson, TtM, yliopisto-opett.
marja.gustafsson@utu.fi
p. (02) 3338661

Sanna Salanterä, professori
sanna.salantera@utu.fi
p.(02) 3338414

LIITE 3. Haastattelurunko

MONIAMMATILLINEN, AMMATTIEN VÄLINEN JA AMMATTIRAJAT YLITTÄVÄ YHTEISTYÖ ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA

HAASTATTELUTEEMOJA

1. Kertokaa yhteistyöstänne...
2. Miten potilas on mukana yhteistyössä?
3. Mitä on Sinun roolisi yhteistyössä?
4. Mitä ovat yhteistyönne vahvuuksia?
5. Mitä haasteita yhteistyössänne on?
6. Miten valmistaudut yhteistyöhön?
7. Mikä on yhteistyönne tulos?

Tämän lisäksi haastattelija käyttää tarvittaessa tukikysymyksiä haastattelun edetessä.

Kirsi Markkola© Haastattelun kyselyteemat 2012.