Tampereen yliopisto

Helena Laakso

MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

suun terveydenhuollon ja vastaanoton hoitohenkilöstön välillä

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Pro gradu -tutkielma
Huhtikuu 2021

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

LAAKSO, HELENA: Moniammatillinen yhteistyö suun terveydenhuollon ja kiire- ja kiireettömän hoidon vastaanoton hoitohenkilöstön kokemana
Pro gradu -tutkielma, 44 sivua, 6 liitettä
Terveystieteet, Hoitotiede
Ohjaajat: Professori, THT Päivi Åstedt-Kurki, yliopisto-opettaja, TtT Mira Palonen ja yliopisto-opettaja TtT Anja Rantanen.
Huhtikuu 2021

Tutkielman tarkoituksena oli kuvata suun terveydenhuollon ja vastaanoton hoitohenkilöstön välistä moniammatillista yhteistyötä. Yhteistyötä on aiemmin tutkittu paljon sosiaali- ja terveydenhuollossa, mutta suun terveydenhuollon ja vastaanoton hoitohenkilöstön välisestä yhteistyöstä ei löydy kotimaisia tai ulkomaisia tutkimuksia. Yhteiskunnan muuttuessa moniammatillisen yhteistyön tutkiminen on edelleen tärkeää. Tutkiminen on tärkeää rakenteellisesti kestävän sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän ja potilaskeskeisen hoidon toteuttamiseksi, ihmisten välisen terveyden ja hyvinvointi erojen pienentämiseksi sekä kustannusten kasvun ehkäisemiseksi.

Tutkimus toteutettiin laadullisesti analysoiden hoitohenkilöstön tuottamia kuvauksia siitä, millaista moniammatillinen yhteistyö on näiden ammattiryhmien välillä. Aineistonkeruumenetelmänä oli teemahaastattelu. Haastattelut toteutettiin kuuden kunnan kuntayhtymässä ja niitä tehtiin 13. Analyysimenetelmänä käytettiin induktiivis-deduktiivista sisällönanalyysiä. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää hoitotyöntekijöiden välistä yhteistyötä.

Suun terveydenhuollon ja vastaanoton hoitohenkilöstön välillä ilmeni vähäistä kommunikointia ja yhteistyötä. Yhteistyö ammattiryhmien välillä oli hyödyksi asiakkaille, henkilöstölle ja organisaatiolle. Yhteistyön onnistuminen edellytti ammattien välistä kohtaamista, tietoa omasta ja toisten ammatillisesta roolista, vastuista ja ammatillisuudesta. Henkilöstö kykeni tunnistamaan yhteistyökohteita ja kehittämistarpeita. Työntekijät saivat tukea yhteistyöhön tasa-arvoisuuden, arvostuksen sekä johdon oman esimerkin ja läsnäolon kautta.

Ristiriitaista oli, että yhteistyö nähtiin hyödyllisenä ja tärkeänä asiakkaan, henkilöstön sekä organisaation kannalta, mutta yhteistyötä oli vähän. Tätä ristiriitaa tulisi tutkia tarkemmin. Voidaan pohtia, onko arjen käytännöt muotoutuneet niin omiin aloihin eriytyneiksi, ettei nähdä yhteistyötä mahdolliseksi, koetaanko esimerkiksi asiakkaan siirtäminen toisaalle ainoana vaihtoehtona.

Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää yhteistyön suunnittelussa ja kehittämisessä. Yhteistyön suunnittelussa kannattaa käyttää käytännön henkilöstön ammattitaitoa.

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin Originality Check -ohjelmalla Tampereen yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti.

Avainsanat: moniammatillinen yhteistyö, hoitohenkilöstö, hammashoitaja, lähihoitaja, sairaanhoitaja, suuhygienisti, sisällönanalyysi.

ABSTRACT

TAMPERE UNIVERSITY
Faculty of Social Sciences

LAAKSO, HELENA: Multi-professional cooperation in oral health care and urgent and non-urgent care between reception nursing staff.
Master's Thesis, 44 pages., 6 appendices
Health Sciences, Nursing Science
Supervisors: Päivi Åstedt-Kurki PhD, Professor, Mira Palonen PhD, University Instructor and Anja Rantanen PhD, University Instructor.
April 2021

This master's thesis examines multi-professional co-operation between oral health care and medical reception staff. Co-operation has been studied extensively in social and health care in the past, but there are no domestic or foreign studies done on the co-operation between oral health care and medical reception staff. As society changes, researching multi-professional co-operation remains important. Research is important to implement a structurally sustainable social and health care system, patient-centered care and to reduce disparities in health and welfare between people, while preventing cost increases.

The research was conducted qualitatively and it analyzed descriptions given by the nursing staff about the nature of interprofessional co-operation between these professional groups. The data collection method was a thematic interview. In total 13 interviews were implemented in a joint municipal authority of six municipalities. Inductive-deductive content analysis was used as the analysis method. The goal of the research was to produce information that can be used to develop co-operation between nursing staff.

The research revealed a lack of co-operation and communication between oral health care and reception care staff. The co-operation was beneficial to clients, staff and the organization. The success of the co-operation required interprofessional encounters, knowledge of one's own and others' professional roles, responsibilities and professionalism. The staff was able to identify areas for co-operation and development needs. Employees received support for co-operation through equality, valuation, and management's example and presence.

Contradictory, the co-operation was seen as beneficial and important for the client, staff, and organization, but there was little of it. This should be researched in more detail. It's worth considering whether everyday practices have become so differentiated into their own sectors, that co-operation is not considered possible or is relocating a client perceived as the only option.

The data obtained from the research can be used in the planning and development of co-operation. It's recommended to use practical staff's professionalism when planning co-operation.

The originality of this thesis has been checked using the Turnitin Originality Check service in accordance with the quality management system of the University of Tampere.

Keywords: multi-professional co-operation, nursing staff, dental assistants, practical nurse, nurse, dental hygienist, content analysis.

SISÄLLYS

1. JOHDANTO 5
2. TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT 7
2.1 Moniammatillisuus yleisterveyden- ja suun terveydenhuollossa 7
2.2 Moniammatillisen yhteistyön mahdollistaminen terveydenhuollossa 8
3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS 10
4. TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS 10
4.1 Tutkimukseen osallistujat ja aineiston keruu 10
4.2 Aineiston analysointi 12
5. HOITOHENKILÖSTÖN KOKEMUKSET MONIAMMATILLISESTA YHTEISTYÖSTÄ 14
5.1 Yhteistyöprosessi 16
5.2 Henkinen tuki 19
5.3 Ammattienvälinen tuntemus 20
5.4 Kommunikointi 22
5.5 Johtaminen 23
5.6 Kehittäminen 24
6. POHDINTA 25
6.1 Tulosten tarkastelu 25
6.2 Tutkimuksen luotettavuus 28
6.3 Tutkimusetiikka 30
7. JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEITA 32
7.1 Johtopäätökset 32
7.2 Jatkotutkimusaiheita 32
LÄHTEET 34
LIITEET 38
Liite 1. Tietokantahaku 38
Liite 2. Saatekirje esimiehille 39
Liite 3. Saatekirje tutkimukseen osallistujalle 40
Liite 4. Suostumus tutkimukseen 42
Liite 5. Teemahaastattelun teemat ja haastattelijan apukysymykset 43
Liite 6. Hoitohenkilöstön kokemukset moniammatillisesta yhteistyöstä, analyysintulokset 44

1. JOHDANTO

Moniammatillisen yhteistyön tarve lisääntyy sekä kansallisesti, että kansainvälisesti. Moniammatillisen yhteistyön merkitys on välttämätön edellytys rakenteellisesti kestävälle sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmälle potilaskeskeisen hoidon toteuttamiseksi (Tuomela & ym. 2017, 37–55). Elämme aikaa, jossa työelämän rakennemuutokset vaativat työtapojen uudistusta ja asiantuntijuuden jakamista, sekä työidentiteetin uudelleen rakentamista (Mönkkönen & ym. 2019).

Terveydenhuoltolaki edellyttää terveydenhuollon johtamisessa moniammatillista asiantuntemusta, joka tukee laadukkaan ja turvallisen hoidon kokonaisuutta, eri ammattiryhmien yhteistyötä, sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä. Hoito on toteutettava tarkoituksenmukaisella tavalla ja yhteistyöllä. Laki edellyttää kunnallisen suun terveydenhuollon yhteistyötä erikoissairaanhoidon, muun terveydenhuollon, sekä sosiaalihuollon henkilöstön välillä. (Finlex 1326/2010.) Hallitusohjelmassa tavoitteena on yhteensovittaa sosiaalipalveluiden- ja terveydenhuollon, sekä perus- ja erityistason palveluiden eri ammattiryhmien välinen yhteistyö. Tällä pyritään estämään palveluiden hajautuneisuus ja luodaan mahdollisuudet kokonaisvaltaisten palveluiden tuottamiseen. Palveluja yhteensovittamalla tavoitellaan yhtenäisiä palveluketjuja erityisesti paljon palveluja tarvitsevien henkilöiden hoidon ja hoivan kehittämiseen. (Valtioneuvosto 2019.) Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksella ja maakuntauudistuksella on tarkoitus nykyaikaistaa palveluja, sekä parantaa julkisen talouden kestävyyttä. Uusissa maakunnissa otetaan käyttöön tehokkaimmat ja vaikuttavimmat toimintatavat, jotta palvelut voidaan tuottaa vaikuttavasti ja kustannustehokkaasti. Palvelut integroidaan asiakaskeskeisesti asukkaiden tarpeiden mukaisesti. Tavoitteena on pienentää eroja ihmisten hyvinvoinnissa ja taittaa kustannusten kasvua. (Valvira 2018.)

Pelkkä palvelujen integrointi ei vielä tee palveluista toimivia, vaan tarvitaan taitoa tuottaa ne asiakaslähtöisiksi. Palvelujen tuottaminen asiakaslähtöisiksi kokonaisuuksiksi edellyttää toimivaa, turvallista ja myönteisiin asenteisiin perustuvaa moniammatillista yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimijoiden kesken. Moniammatillinen yhteistyötä tekevä tiimi, joka on jatkuvassa vuorovaikutuksessa ja jossa tuodaan esille erilaisia näkemyksiä potilaan terveysongelmien ratkaisuun, vahvistaa ja edistää potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Moniammatillisen yhteistyön edellytys on eri ammattien välinen koulutus, joka alkaa jo opiskelun ja harjoittelun aikana. Tarvitaan roolitietoisuutta, tietoa omasta ja toisten ammatillisesta roolista, vastuista ja ammatillisuudesta. (Isoherranen 2012, Tuomela & ym. 2017, 37–55, Laatikainen 2019, 65–72.)

Kansalaisten pääsyä palveluiden piiriin on vaikeuttanut sosiaali- ja terveyspalvelujen hajanaisuus, sekä palvelujen tuottajien ja palveluissa työskentelevien yhteistyön vähyys. Kehittämisen ongelmia

ovat palvelujärjestelmän pirstaleisuus ja asiakkaiden juoksuttaminen luukulta toiselle. Asiakasta on hoidettu ja palveltu ilman kokonaisuuden koordinointia. (Helminen 2017, 14.) On tärkeää, että terveydenhuollon ammattilaiset tunnistavat terveyteen ja sairauteen liittyvät moninaiset riskit. Moniammatillisella yhteistyöllä saadaan jaettua tietotaitoa eri ammattiryhmien välillä asiakkaan hyväksi.

Iensairauksia on lähes kahdella kolmasosalla miehistä ja yli puolella naisista (Nordblad & Vehkalahti 2002, 55–59, Koskinen ym. 2012, 211–218.) Tutkimukset osoittavat suun infektioiden ja erityisesti parodontiitin (hampaan kiinnityskudossairaus) yhteyden sydän- ja verisuonisairauksiin, diabetekseen (Heikkinen & Laine 2016, Virtanen 2018), alzheimeriin, syöpään, keskosuuteen ja pieneen syntymäpainoon (Virtanen 2018). Useat yleissairaudet kuten diabetes, reuma ja nivelreuma voivat muokata suun bakteeristoa ja vaikuttaa suun terveyteen, erityisesti iensairauksiin. (Graves & ym. 2019). Esimerkiksi diabeteksen hoidon tarjoajien suurimpia esteitä ovat riittämätön tieto suun terveyden ja diabeteksen välisestä kaksisuuntaisesta suhteesta. Lisäksi heiltä puuttui arvioinnin välineet ja ohjeet, sekä tietoa terveyden edistämisen hoitopolusta. (Poudel & ym. 2018.) Palvelujen integraatioissa on asiakkaan kannalta tärkeää sujuva hoitoprosessi ja tiedonkulku eri hoitoon osallistuvien organisaatioiden välillä (Virtanen & ym. 2017). Asiakkaan ensimmäinen kontakti terveydenhuollon palveluihin tulee hoitohenkilöstölle. Asiakkaan sujuvan hoitoprosessin ja tiedonkulun onnistumiseksi, henkilöstöllä on oltava ymmärrys yhteistyöstä ja sen mahdollisuuksista eri ammattilaisten välillä. Näistä syistä on tärkeä selvittää terveyskeskuksen suun terveydenhuollon ja kiire- ja kiireettömän vastaanoton hoitotyöntekijöiden moniammatillisen yhteistyön kokemuksia. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata suun terveydenhuollon ja vastaanoton hoitotyöntekijöiden välistä moniammatillinen yhteistyötä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää hoitotyöntekijöiden välistä yhteistyötä.

2. TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Moniammatillisuus- käsitettä käytetään Suomessa väljästi, sillä tarkoitetaan erilaisia asiakas- ja potilastyön vuorovaikutustilanteita. Englannin kielessä yhteistyötä kuvataan sanoilla multi-, joka viittaa perinteiseen yhteistyöhön, sekä inter- ja cross-, jotka puolestaan viittaavat intensiivisempään yhteistoimintaan. Transprofessionaalisuudella / transprofessional tarkoitetaan totutun ammattiroolin tarkoituksenmukaista rikkomista, joka sallii muiden ammattilaisten siirtyä toisten asiantuntemuksen alueille. Puhuttaessa moniammatillisuudesta, tarkastellaan sitä usein käsittein yhteistoiminta, dialogisuus, moniäänisyys, yhteinen tiedonmuodostus ja diversiteetti. (Mönkkönen ym. 2019.) On myös viitattu monialaisuuteen eli koulutustaustaltaan erilaisten henkilöiden yhteistyöhön ja moniammatillisuuteen, jolloin yhteistyötä tekevät saman koulutustaustan, mutta ammattiryhmätaustaltaan erilaiset henkilöt. Pyrkimys on tuoda oman ammattinsa erityisosaaminen ja tieto yhteiseen käyttöön, sekä kohtaamaan joustavasti asiakkaat ja toisten ammattiryhmien edustajat. (Pärnä 2012, Helminen 2017.)

2.1 Moniammatillisuus yleisterveyden- ja suun terveydenhuollossa

Moniammatillisesta yhteistyöstä on tehty tutkimuksia sekä yleisterveyden- että suun terveydenhuollon puolella, joista jälkimmäisestä selkeästi vähemmän. Suomessa tehtyjen tutkimusten mukaan yleislääketieteessä moniammatillisen yhteistyön merkitys on osoittautunut tärkeäksi erityisesti ikääntyvien henkilöiden hoidossa, kuten muun muassa suun terveydenhuollon ja muiden hoitotyöntekijöiden välillä. Tutkimus korostaa koulutuksen ja yhteistyön lisäämistä. (Saarela 2014.) Koulutusta puoltavat myös terveyskeskuksen vastaanottopalvelujen lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö tutkimus (Peltonen 2009), sekä ulkomailla tehty tutkimus, jossa ongelmia yhteistyölle oli havaittu tuovan henkilöstön osaamattomuus aloittaa, edistää tai harjoittaa ammattien välistä yhteistyötä. Lisäksi epäselvää oli, kuinka sitoutuneita työntekijät olivat ammattien väliseen yhteistyöhön parantaakseen potilaan tuloksia, sekä potilaan osallistumista. (Schweizera & ym. 2017.) Esiin oli nousseet tehokkaan yhteistyön suunnittelun ja jatkuva arvioinnin, työnjaon käsitteen selkeyttämisen ja ammattilaisten välisen konsultoinnin tärkeys. (Peltonen 2009). Tutkimus moniammatillisen yhteistyön haasteista akuuttihoitoa antavassa sairaalassa osoittaa, ettei todellinen moniammatillinen tiimityö toteudu hallinnollisella määräyksellä, on myös osoitettu että sosiaali- ja terveysalalla usein jatkuva henkilöstön vaihtuvuus, vaikeuttaa tiimin kehitysprosessia. Kehittyäkseen hyviksi moniammatillisiksi tiimeiksi tarvitaan yhteistä ajattelutapaa ja käsitystä yhteistyöstä, kehitysprosessin ohjausta tai koulutusta, yhteistyöorientoitunutta johtajuutta, kommunikaatioharjoituksia, asenteiden muutosta tiimityötä kohtaan, harjoitusta tiimin sosiaalisuuteen ja organisaation tukea. (Isoherranen 2012.) Kansanterveystyön

moniammatillisen yhteistyö tutkimuksessa tärkeimmiksi vaikuttaviksi yhteistyön piirteiksi on noussut luottamus, kunnioitus ja yhteistyöosaaminen. Vähemmän tärkeiksi oli koettu viralliset rakenteet, talous ja johtaminen. (Clancy & ym. 2013.) Osittain samoja asioita kuin Clancy osoitti Matthys & ym. (2017) ammattilaisten välisten hyvien suhteiden edellytyksenä olevan luottamus, kunnioitus, avoin viestintä, jaettu johtaminen, ainutlaatuisen panoksen tunnustaminen ja kollegiaalisuus.

Suun terveydenhuollossa tehdyissä yhteistyöhön liittyvissä tutkimuksissa oli havaittu tarvetta kehittämiselle. Palautteen antaminen ja yhteistyönkehittäminen työparien välillä oli vähäistä (Perhoniemi & Hakanen 2012, Hakanen & Seppälä 2015). Tutkimuksessa työroolien selventämisestä, sosiaalisten taitojen ja viestinnän parantamisesta katsottiin olevan hyötyä yhteistyölle. (Hakanen & ym. 2014.) Sekä Norjassa että Ruotsissa tehdyt tutkimukset osoittivat, että hammaslääkärien ja suuhygienistien tehtävänkuvien roolien välillä on ristiriitoja (Abelsen & Olse 2008, Franzen 2012). Lisäksi tutkimuksessa suositeltiin yhteistyö koulutuksen ja viestinnän kehittämistä. (Franzen 2012.)

2.2 Moniammatillisen yhteistyön mahdollistaminen terveydenhuollossa

Moniammatillisia yhteistyötiimejä luodessa tulee huomioida johtamislinjojen selkeys ja yhdenmukaisuus. Tulee myös tunnistaa työhön vaikuttavat paikalliset estävät ja tiimiä tukevat tekijät, sekä huolehdittava tarvittavasta tuesta. (Burke & O`Neill 2010.) Moniammatilliseen yhteistyöhön tarvitaan organisaation tukea, sekä vahvaa strategiaa ammattilaisten välille, joilla vältetään roolien päällekkäisyydet, sekä henkilöiden ja ammattien väliset konfliktit. Strategia vähentää vahingollista uhkaa tai stressiä, joka liittyy epävirallisiin tai tilapäisiin ammatinharjoittamista koskeviin sääntöihin ja tilanteeseen, joissa ammattilaiset kokevat olevansa erilaisia. Tutkimuksessa on löytynyt kolme toisiinsa liittyvää teemaa tukemaan yhteistyötä, 1. ammatillisten roolien institutionaalinen ymmärtäminen, joka tarkoittaa työntekijän roolia organisaatiossa mukaan luettuna taloudellisen näkökulman, joka vaikuttaa työntekijän työhön. 2. Pätevyys / osaaminen, tämän teeman merkitys tarkoittaa kykyä tunnistaa ammattihenkilön arvoihin, tietoon ja taitoihin liittyvät alueelliset rajat. 3. Ammattilaisten eri roolien tunnistamisella tarkoitetaan sitä, että ammattilainen ymmärtää toisen ammattiryhmän työnpanoksen hyödyn kaikille ja työntekijät saavat myös tunnustusta taidoistaan. **(**Dahla & Crawfordb 2018.)

Ammattilaisten roolien institutionaalinen ymmärtäminen on tärkeää, jotta jokaiselle moniammatillista yhteistyötä tekevälle selkeytyy kunkin työntekijän rooli asiakasprosessissa. Tämä ei vielä riitä hyvään yhteistyöhön, vaan on ymmärrettävä mikä merkitys kullakin toimijalla on prosesseissa ja

tunnistaa sen merkitys prosessin lopputulokselle. Yhteistyön onnistumiseksi tarvitaan roolitietoisuutta, tietoa omasta ja toisten ammatillisesta roolista, vastuista ja ammatillisuudesta. (Isoherranen 2012, Tuomela & ym. 2017, 37–55, Laatikainen 2019, 65–72).

Pätevyys / osaaminen ja niiden tunnustamista tukee Matthys & ym. (2017) tekemä tutkimus, jossa todetaan avoimen viestinnän olevan tärkeä osa yhteistyötä. Lisäksi tutkijat toteavat luottamuksen, kunnioituksen, jaetun johtamisen, ainutlaatuisen panoksen tunnustamisen ja kollegiaalisuuden mahdollistaviksi tekijöiksi hyville ammattilaisten välisille suhteille.

Ammatillisten roolien tunnistamisen merkitystä tukee tieto, että moniammatillisissa tiimeissä dynaamiset olosuhteet ja iso joukko ammattilaisia voivat aiheuttaa varautumista ja tarvetta joustamiselle. Vastuiden jakamiset ja keskinäinen riippuvuus, sekä hajanaiset ja päällekkäiset roolit antavat henkilöstölle mahdollisuuden vetäytyä muihin henkilöstöryhmiin ja toisaalta haitata tiimin suoriutumista, sekä luoda epävarmuutta. (Bjurling-Sjöberg & ym 2017.) Ammatillisten roolien välillä on todettu olevan ristiriitoja (Abelsen & Olse 2008, Franzen 2012), mutta mikä positiivista työroolien selventämisestä katsotaan olevan hyötyä yhteistyölle (Hakanen & ym. 2014).
Kun mennään yhteistyössä lähemmäksi käytännön tasoa, on strategian lisäksi sairaanhoitajien ja lääkärien yhteistyön onnistumiseksi ja yhteisen päämäärän saavuttamiseksi johdettu empiirisesti teoria. Teorian avulla ohjataan koulutusta ja käytäntöjä potilaan tulosten parantamiseksi, säästäen samalla rahaa ja elämää. Teoria koostuu seitsemän vaiheen prosessista.1. tiedä kenen kanssa puhut 2. löydä oikea henkilö 3. saavuta päämäärä yhdessä 4. ideoi ja 5. jaa tietoa 6. laita se tapahtumaan 7. seuraa edistymistä. (Fewster-Thuente 2015.)

Kuten edeltä näemme yhteistyötä ja moniammatillista yhteistyötä on tutkittu paljon. Vaikka tutkimuksen kohteena olevat ammattiryhmät kiire- ja kiireettömän vastaanoton lähihoitajat ja sairaanhoitajat, sekä suun terveydenhuollon hammashoitajat ja suuhygienistit osittain opiskelevat ja työskentelevät samoissa organisaatioissa ja työpisteissä, heidän välisestänsä yhteistyöstä ei löydy tutkimuksia (Liite1). Suomen hallitusohjelmaan Sosiaali- ja terveysministeriön rakenneuudistukseen on kirjattu toiminnan painopisteen siirtäminen perustason palveluihin ja ennaltaehkäisevään toimintaan. Palvelut ovat yhteensovitettuja, hoitoketjut ovat sujuvia ja ihmiset saavat tarpeenmukaiset ja vaikuttavat palvelut oikea-aikaisesti. Hallitusohjelman keinoja tähän ovat ammattihenkilöiden työnjaon ja toimintatapojen uudistaminen, sekä tehtävien jakaminen nykyistä laajemmin eri ammattiryhmien välillä. Toimintaa kehittämällä taataan hoidon jatkuvuus ja vaikuttavuus, palvelujen sujuvuus ja kustannusten hallinta. (Hallitusohjelma 2019.) Jotta hallitusohjelman lupaus palvelujen toteutumisesta

saadaan toteutumaan myös käytännössä, on syytä tutkia, kuinka moniammatillinen yhteistyö toimii tämän tutkimuksen kohteena olevien ammattiryhmien välillä.

3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata suun terveydenhuollon ja vastaanoton hoitotyöntekijöiden välistä moniammatillinen yhteistyötä.
Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää hoitotyöntekijöiden välistä yhteistyötä.
Tutkimuskysymys on, millaisia kokemuksia suun terveydenhuollon ja vastaanoton kiire- ja kiireettömän hoidon hoitotyöntekijöillä on moniammatillisesta yhteistyöstä?

4. TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimukseen osallistujat ja aineiston keruu

Tutkimuksen tutkimusasetelma oli deduktiivis-induktiivinen. Aineistonkeruumenetelmänä oli deduktiivisesti toteutettu teemahaastattelu. Tutkimukseen osallistuvien haastateltavien valintaperusteena oli kokemus terveyskeskuksen moniammatillisesta hoitotyöstä kuntayhtymässä. Tutkimukseen osallistujiksi valittiin henkilöt, joilla on paras kokemuksellinen tieto tutkittavasta kohteena olevasta ilmiöstä ja joilla on kyky sekä halu tuottaa ilmiöstä tietoa (Kylmä & Juvakka 2012).
Tutkimus toteutettiin organisaatiolähtöisesti kuuden kunnan kuntayhtymässä. Tutkimuslupa anottiin kuntayhtymän virallisella tutkimuslupahakemuksella ohjeiden mukaan. Hakemus ja pyydetyt liitteet toimitettiin sähköisessä muodossa organisaation järjestelmään. Tutkimusluvan myönsi Kuntayhtymän johtaja. Kaikille suun terveydenhuollon sekä kiire- ja kiireettömän vastaanoton hoitotyön esimiehille ja koordinoivalle hoitotyön esimiehelle lähetettiin sähköpostitse rekrytointikirje kesäkuussa ja muistutuskirje elo- ja syyskuussa. Kirjeessä (liite 2) pyydetiin esimiehiä rekrytoimaan sopivia haastateltavia ja ilmoittamaan tutkimukseen suostuvan henkilön tiedot tutkijalle, joka otti yhteyttä osallistujaan. Tutkimukseen osallistujat olivat hammashoitajia, lähihoitajia, sairaanhoitajia ja suuhygienistejä ja heitä oli yhteensä 13. Näistä kaksitoista haastateltavaa löytyi esimiesten avulla ja yksi haastateltava yhden tutkimukseen osallistujan toimesta. Tämä haastateltava kuului vaadittavaan ammattiryhmään ja organisaatioon, mutta hän ei ollut reagoinut saamaansa esimiehen rekrytointiin. Tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden hoitotyökokemukset vaihtelivat 2–40 vuoden välillä.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavaa ilmiötä lähestyttiin mahdollisimman avoimesti (Kylmä & Juvakka 2012). Teemahaastattelu oli ominaisuuksiltaan strukturoidun ja avoimen haastattelun välimuoto. Sen aihepiirit ja teemat olivat tiedossa etukäteen. Haastattelutilanteessa ei ollut valmiita ennalta suunniteltuja kysymyksiä, vaan tutkija oli laatinut teemat, joiden järjestys muotoutui haastattelun aikana. Teemahaastattelussa korostuivat haastateltavien asioille antamat tulkinnat ja merkitykset. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015.) Teemahaastattelun runko oli johdettu kymmenestä yleisterveyden- ja suun terveydenhuollon aiemmista yhteistyötä käsitteleistä tutkimuksista tutkimuskysymyksen pohjalta (taulukko1). Tutkimusrunko rakennettiin siten, että tutkimusartikkeleista nousseet moniammatillisiin yhteistyön kokemuksiin vaikuttavat merkitykselliset tekijät oli jaoteltu ryhmiin sisällön mukaan ja samansisältöisille ryhmille oli annettu sisältöä kuvaava nimi. Haastattelun teemat pohjautuivat tähän tietoon ja ne on esitelty liitteessä 3.

Haastattelut perustuivat tietoon perustuvaan suostumukseen (liite 4), tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Jokaisen haastattelun alussa tarkistettiin, että haastateltava oli ymmärtänyt suostumuksen sisällön ja allekirjoittanut sen. Kaikki haastattelut toteutettiin haastateltavan työaikana kasvotusten ja haastateltavalle sopivassa paikassa, kuten työntekijän työhuoneessa tai työpaikan palaveritiloissa. Kaikki haastattelut äänitetiin mobiililaitteella, josta ne tallennettiin Tampereen yliopiston verkkopalvelimelle, nauhoitukset litteroitiin kahden päivän sisällä haastattelusta. Lisäksi tutkija piti koko tutkimuksen ajan päiväkirjaa, jota hyödynnettiin tutkimuksen analyysi ja raportointivaiheessa. Havaintojen kirjoittamisen lisäksi päiväkirjaan merkittiin mieleen tulevia asioita, ideoita, ajatuksia, vaikutelmia, tuntemuksia sekä selvitettäviä asioita. (Kylmä & Juvakka 2012). Haastattelujen kestot olivat 20–46 minuutin välillä ja näistä syntyi yhteensä 85 sivua tekstiaineistoa.

Taulukko 1. aiempaan tutkimuskirjallisuuteen perustuva tutkimusrunko

AMMATTIEN VÄLINEN TUNTEMUS	
Roolitietoisuus, tietoa omasta ja toisten ammatillisesta roolista, vastuista ja ammatillisuudesta.	**Isoherranen 2012** **Tuomela & ym. 2017, 37–55** **Hakanen & ym. 2014** **Laatikainen 2019, 65–72**
KEHITTÄMINEN	
Koulutuksen lisääminen	**Peltonen 2009, Franzen 2012, Saarela 2014**
Kehittymisprosessi ohjaus	**Isoherranen 2012**
Kommunikaatioharjoitukset	**Isoherranen 2012**
Harjoitusta tiimin sosiaalisuuteen	**Isoherranen 2012**
Yhteistyöosaamisen lisääminen	**Clancy & ym. 2013**
YHTEISTYÖ PROSESSI	
Yhteistyön lisääminen	**Saarela 2014**
Yhteistyön suunnittelu	**Peltonen 2009**
Yhteistyön jatkuvaa arviointia	**Peltonen 2009**
Konsultointi ammattilaisten välillä	**Peltonen 2009**
Työnjaon käsitteen selkeyttäminen	**Peltonen 2009**
Yhteinen ajattelutapa ja käsitys yhteistyöstä	**Isoherranen 2012**
Asenteiden muutos tiimityötä kohtaan	**Isoherranen 2012**
HENKINEN TUKI	
Luottamus	**Clancy & ym. 2013, Matthys & ym. 2017**
Ainutlaatuisen panoksen tunnustaminen	**Matthys & ym. 2017**
Kunnioitus	**Clancy & ym. 2013, Matthys & ym. 2017**
Kollegiaalisuus	**Matthys & ym. 2017**
INHIMILLISYYS	
Emotionaalisuus	**Hakanen & ym. 2014**
KOMMUNIKOINTI	
Viestintä	**Franzen 2012, Hakanen & ym. 2014**
Sosiaaliset taidot	**Hakanen & ym. 2014**
JOHTAMINEN	
Organisaation tuki	**Isoherranen 2012, Dahla & Crawfordb 2018**
Yhteistyöorientoitunut johtajuus	**Isoherranen 2012**
Jaettu johtajuus	**Isoherranen 2012, Matthys & ym. 2017**

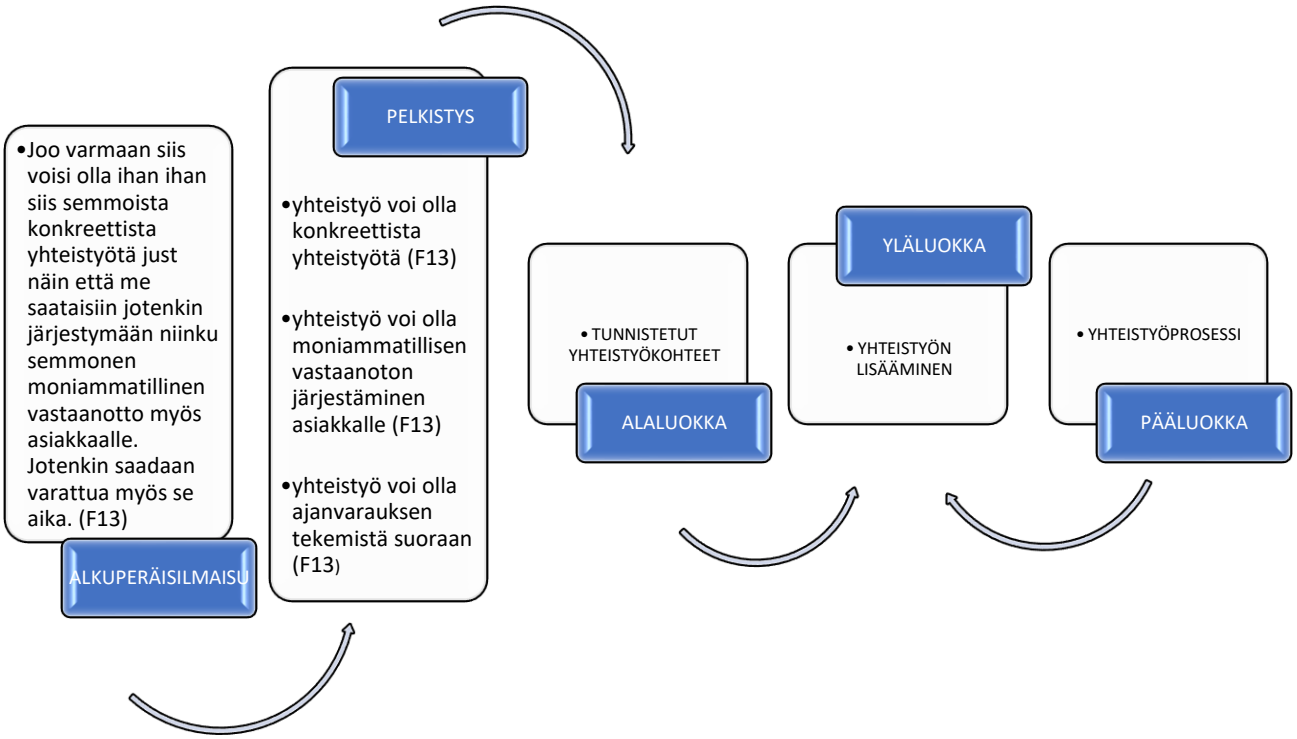
4.2 Aineiston analysointi

Aineistoa lähdettiin analysoimaan induktiivisella sisällönanalyysilla, mutta analysoinnin edetessä tutkija havaitsi selvän yhtäläisyyden tutkimusrunkoon, jolloin analyysiin yhdistyi deduktio, jossa haastatteluteemat ohjasivat analyysia. Aineiston keruu, käsittely ja analysointi kulkivat lomittain koko tutkimuksen ajan (Kylmä & Juvakka 2012, Assarroudi & ym. 2018). Haastattelut analysoitiin neljän samanaikaisesti toteutettavan vaiheen kautta; 1. Aineiston tekstualisointi, 2. uudelleen tekstualisointi, 3 luokittelu ja 4. tulosten koonti (Bengtsson 2016). *1. Aineiston tekstualisoinnissa* kerätty aineisto

kirjoitetiin sanasta sanaan puhtaaksi eli litteroitiin (Hirsijärvi & ym. 2015). Litteroinnin aikana tutkija teki aineiston alustavaa analysointia (Kylmä & Juvakka 2012). Aineiston tekstualisointi auttoi tutkijaa kokonaiskuvan muodostamisessa ja tunnistamaan merkitykselliset asiat ilmiöstä, sekä laatimaan niistä luettelon. *2. Uudelleen tekstualisointi,* tarkoitti tässä työssä jo tuotetun tekstin, haastattelujen ja alkuperäisilmaisujen välisen yhtäläisyyden varmistamista.

3. Luokittelu-vaiheessa (kuvio 1) löydetyt alkuperäisilmaisut eli havaintoyksiköt, koodattiin tarkasti ja pelkistettiin. Kaikkiaan haastatteluista syntyi tutkimuskysymykseen vastaavia pelkistyksiä 1026 kpl. Aineiston pelkistämis- ja ryhmittelyvaiheessa tehtiin aineiston abstrahointia eli tutkitusta tiedosta etsittiin tutkimuksen kannalta oleellista tietoa. Pelkistyksistä muodostui lopulta saman sisältöisiä ryhmiä, joille annettiin yhteinen sisältöä kuvaava nimi, ja jotka muodostivat lopulta 34 alaluokkaa. Alaluokat ryhmiteltiin saman sisältöisiin ryhmiin ja sijoitettiin sopiviin yläluokkiin. Ne ryhmät, jotka eivät sopineet valmiisiin yläluokkiin muodostivat uudet sisällön mukaan nimetyt yläluokat. Luokittelu valmistui, kun kaikki valitut havaintoyksiköt saatiin ryhmiteltyä niitä kuvaaviin yläluokkiin.

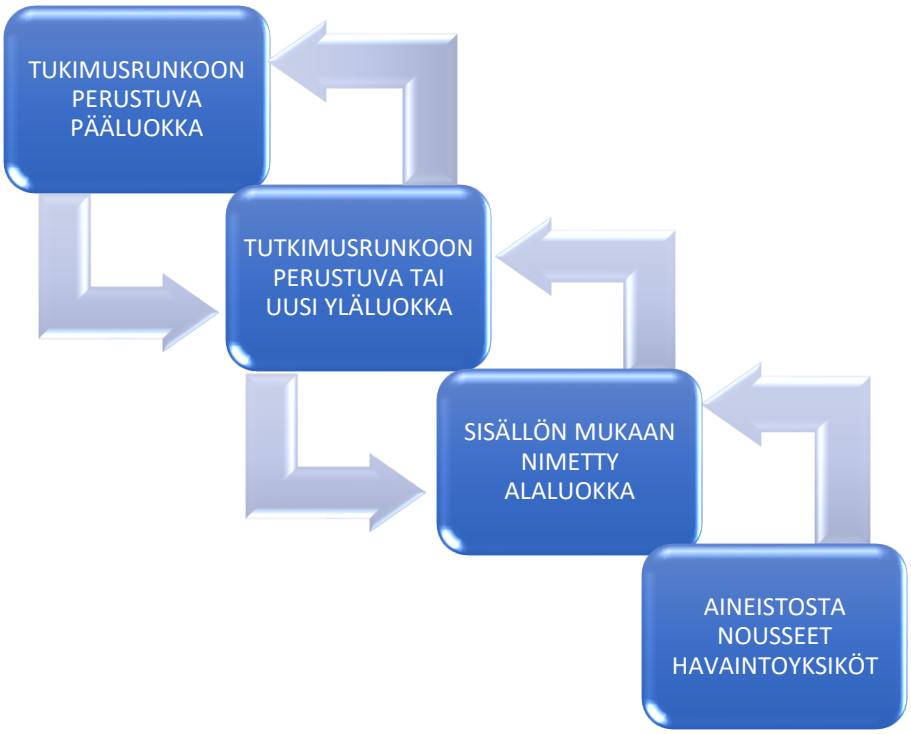
4. Tulosten koonti on analyysi ja kirjoitusprosessi, jonka tarkoituksena on löytää tutkittavan ilmiön ydin. Tässä vaiheessa tuloksista tehtiin taulukkona yhteenveto (liite 6), jonka analyysistä esitetiin realistiset tulokset (luku 5), joita verrattiin aiempiin tutkimuksiin (luku 6.1). (Bengtsson 2016.)



Kuvio 1. Esimerkki luokittelusta alkuperäisilmaisusta pääluokkaan.

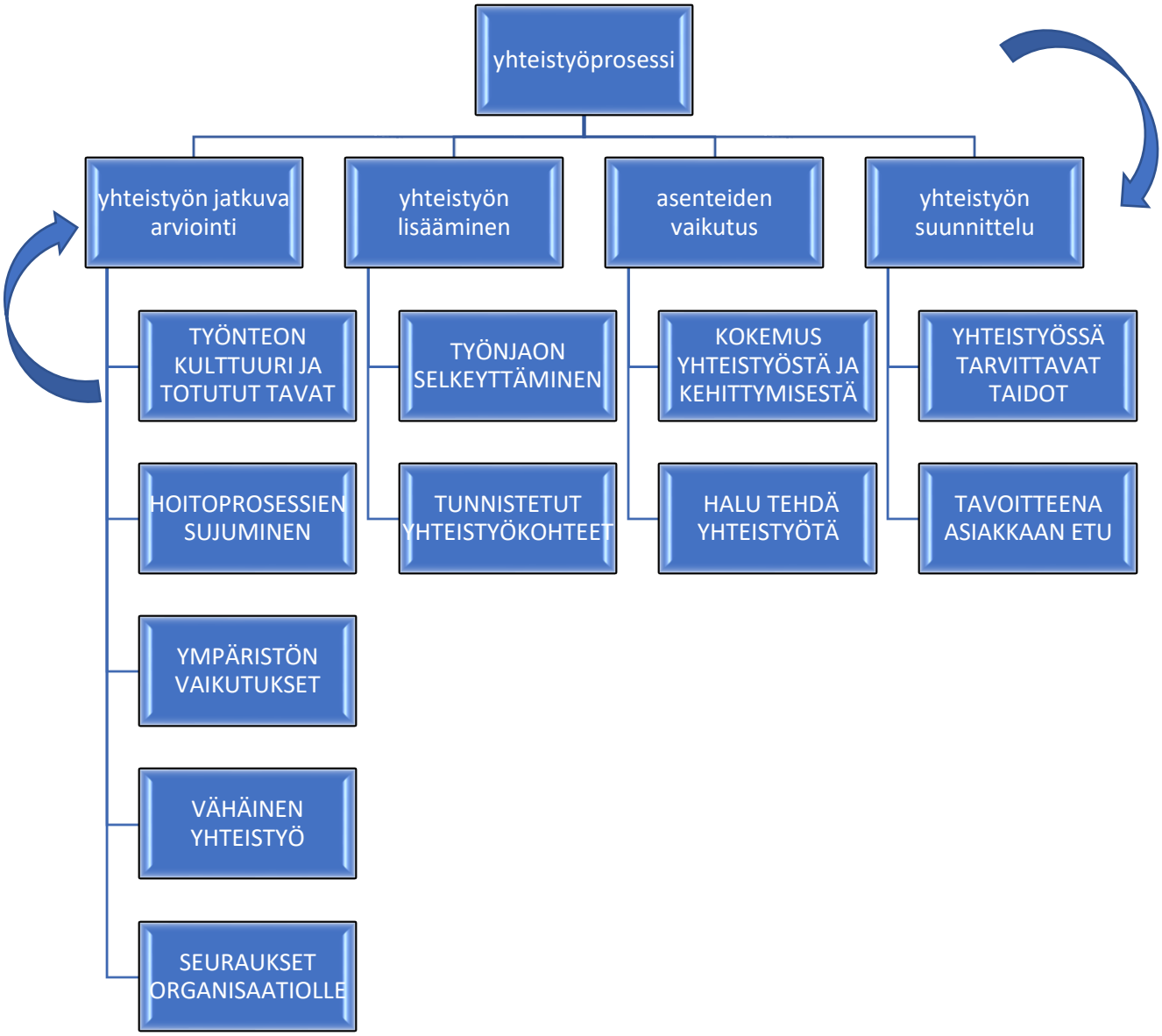
5. HOITOHENKILÖSTÖN KOKEMUKSET MONIAMMATILLISESTA YHTEISTYÖSTÄ

Tässä tutkielmassa merkitykselliseksi muodostuivat alaluokat, joiden kautta analyysin tulokset esitellään. Kuvio 2 havainnollistaa kuinka induktiivinen ja deduktiivinen sisällön analyysi yhdistyivät analyysissä.



Kuvio 2. Esimerkki induktiivisen ja deduktiivisen sisällön analyysin yhdistymisestä.

5.1 Yhteistyöprosessi



Kuvio 3. Suun terveydenhuollon ja vastaanoton hoitotyöntekijöiden kokemukset yhteistyöprosessista.

Hoitotyöntekijöiden kokemukset *yhteistyön jatkuvasta arvioinnista* sisälsi yhteistyön tarkastelua omasta, asiakkaan, ympäristön ja organisaation näkökulmasta. **Työnteon kulttuuri ja totutut tavat** ilmenivät vähäisinä yhteistyökokemuksina henkilöstöryhmien välillä. Yhteistyöstä ei enää puhuta, ja sen sijasta on totuttu työskentelemään itsenäisesti. Asiakkaille yhteistyö ei näkynyt, vaan ilmeni ryhmien välisenä erillisyytenä. Yhteistyön hyötynä oli **hoitoprosessien sujuminen**, joka ilmeni eri

asiakasryhmien laadukkaana ja suoraviivaisena palveluna, asiakkaan terveyden kohentumisena sekä asiakkaan resurssien säästämisenä.

> *”asiakaskin saa semmoisen monipuolisemman hoidon, että siinä on eri näkökulma ja ehkä löytyy helpommin se asiakkaalle sopiva hoito. (D6)”*

Ympäristöllä oli vaikutusta yhteistyössä. Tiiviimpi fyysinen läsnäolo yhteistyössä helpotti työskentelyä ja lähensi ammattiryhmiä. Erilläänolo vaikeutti yhteistyötä ja eriytti henkilöstöä. Ajan puute ja kiire ilmenivät siten, ettei jaksanut tai ehtinyt huomioida toisia eikä yhteistyölle jäänyt aikaa tai siihen käytetty aika oli asiakkaalta pois. Yhteistyötä hankaloittivat potilasasiakirjojen näkemisen, että hoitohenkilöstön yhteydenoton vaikeus toiselle osastolle. Ristiriitatilanteita ennakoitiin syntyvän, mikäli henkilöstön välillä annettaisiin esimerkiksi virheellisiä aikoja toisen ajanvarauskirjoille. Myös yhteistyössä syntyvät erilaiset näkemykset, ohjeiden riittämättömyys tai esimerkiksi virheellinen toiminta voivat herättää keskustelua.

Vähäinen yhteistyö henkilöstöjen välillä johtui siitä, ettei työssä ollut tullut eteen tilanteita, joissa yhteistyötä olisi tarvinnut tai niitä tuli eteen harvoin. Työssä ei esimerkiksi ollut tullut tunnetta, että asiakas olisi hyötynyt yhteistyöstä. Yhteistyö saatettiin myös kokea tarpeettomana tai se ei ollut tullut mieleen työskennellessä.

Seuraukset organisaatiolle olivat henkilöstön yhteistyössä laajentuva tieto ja osaaminen, sekä työn tehokkuus. Yhteistyö toi organisaatiolle rahallista ja ajallista säästöä, joka jäi muuhun työhön. Organisaatio hyötyi henkilöstön yhteistyössä kasvavan tiedon myötä tulevasta henkilöstön helpommasta siirrettävyydestä eri tehtävien välillä. Vaikeutta toi, ettei henkilöstö pysty tai halua muuttaa työtehtäviä. Haittana yhteistyön toimimattomuudesta oli rahallinen menetys, johtuen useista asiakaskäynneistä.

Yhteistyön lisäämistä edistivät **työnjaon selkeyttäminen**. Toisten ammattiryhmien työn tunteminen auttaa jäsentämään miten toista ammattiryhmää voidaan hyödyntää yhteistyössä ja kehen voi olla yhteydessä. Henkilöstö **tunnisti** konkreettisia **yhteistyökohteita** runsaasti, kuten monisairaiden asiakkaiden asiakaspolut ja rinnakkain työskentely moniammatillisesti sekä muut asiakasprosessit.

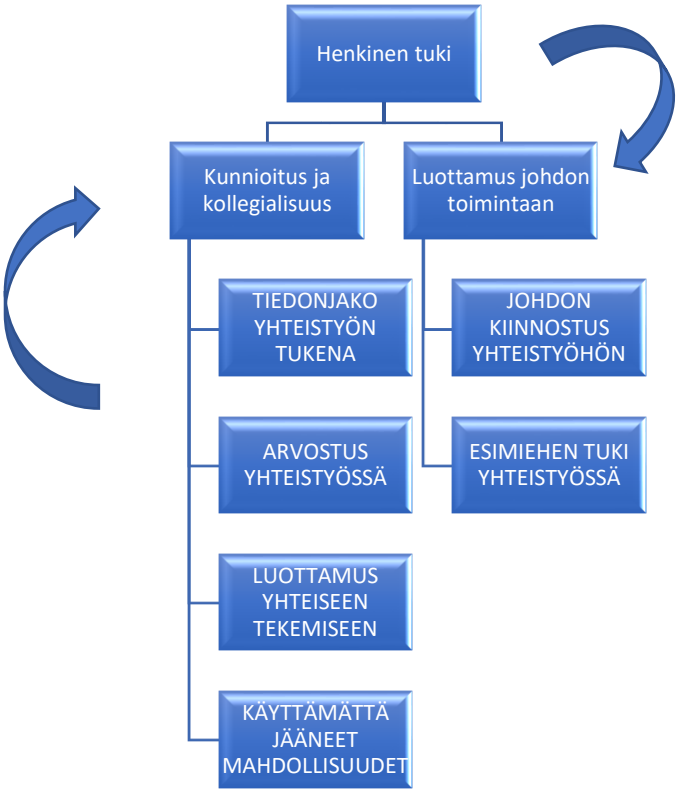
> *”Yhdistää hammastarkastuksen ja kuin jonkun pitkäaikaissairauden kontrollin esimerkiksi diabeetikoiden. Olisi varmaan ihmisille helpompaa sillon kun vois yhdellä kerralla hoitaa kaikki. (M11)”*

Asenteiden vaikutus yhteistyössä ilmeni **yhteistyökokemuksina** ja **kehittymisenä** ja **haluna tehdä yhteistyötä**. Ammattiryhmien välillä oli myönteisiä kokemuksia yhteistyöstä, jotka ilmenivät tuntemuksina mielekkäästä yhteistyöstä ja molemmin puolisena haluna auttaa toista. Yhteistyössä kehittyminen ilmeni henkilöstöjen välisenä lisääntyneenä tiedonjakona. Asenteet ammattienvälistä yhteistyötä kohtaan olivat muuttuneet myönteisemmiksi. Lisäksi asenteet vaikuttivat, kuinka henkilöstö suhtautui yhteistyöhön ja toisilleen antamaan tukeen.

Yhteistyön suunnittelussa nousi esiin henkilöstön **yhteistyöhön tarvittavat taidot** ja **asiakkaan saama etu**. Yhteistyötä tekevien henkilöiden tulee suhtautua yhteistyöhön myönteisesti. Heidän on oltava joustavia ja hallittava hyvät itseilmaisutaidot. Tarvitaan myös empatiakykyä ja aito halu jakaa tietotaitoa, sekä tehdä muutakin kuin oma työ. **Asiakkaan etu** on henkilöstön yhteistyön tavoite, yhteinen päämäärä, josta asiakas hyötyy.

> *”sitten arvioidaan yhdessä, että minkälaista hoitosuunnitelmaa… asiakas ehkä tässä tilanteessa vaatii. (F32)”*

5.2 Henkinen tuki



Kuvio 4. Suun terveydenhuollon ja vastaanoton hoitotyöntekijöiden kokemukset henkisestä tuesta.

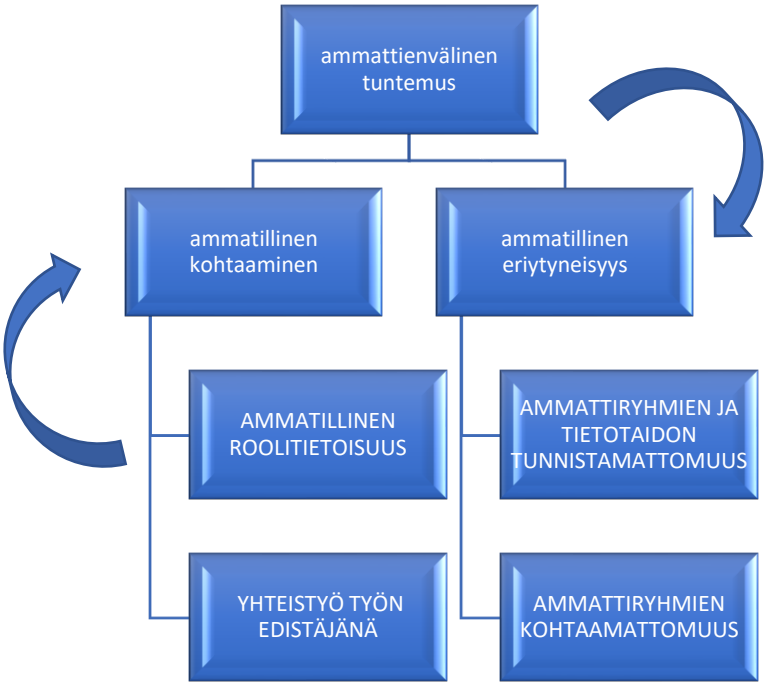
Hoitohenkilöstön kokemukset yhteistyön *kunnioituksesta ja kollegiaalisuudesta* (kuvio 4) ilmeni käytännön työssä **tiedonjakona** henkilöstöjen välillä. Tiedonjaosta, kuten potilastietojen kirjaamisesta, toisen työntekijän tukemisesta ja tiedon syventämisestä saatiin apua omaan työhön ja yhteistyöhön. **Arvostus yhteistyössä** heräsi henkilöstöjen välillä yhteistyön kautta. Se ilmeni toisen ammattiryhmän tietotaidon tunnistamisena yhteistyön aikana. Arvostus näkyi henkilöstön välisenä tasaarvoisuutena, kokemuksena tasavertaisuudesta ammattiryhmää katsomatta. **Luottamus yhteiseen tekemiseen** syntyi henkilöstöjen välisen oppimisen kautta, jonka myötä ymmärrys yhteistyön hyödyllisyydestä kasvoi. **Käyttämättä jääneet mahdollisuudet,** jotka oli jääneet hyödyntämättä, olivat yhteistyöstä syntyvä tietotaito ja hyvän olon tunne, joka välittyi työyhteisöön.

> *”yhteistyötä tehtiin siinä todella hienosti ja tuota ihan käytännön asioissaki saatiin heiltä erittäin hyviä vinkkejä ja sitten tota … kun tulee niin kun yhtäkkiä uusia ihmisiä iso määrä omaan työyhteisöön niin se sillä lailla terveellisellä tavalla niin tuota muuttaa sitä omaakin työn tekemistä…se kantaa sitä sen hetkistäkin työyhteisöö niinku eteenpäin, opittiin toinen toisiltamme. (A40)”*

Hoitohenkilöstön *luottamus johdon toimintaan* syntyi **johdon oman yhteistyökiinnostuksen** näkymisenä henkilöstölle. Se ilmeni johdon kiinnostuksena yhteistyön kehittämiseen, yhteistyön alkuun saattamisena ja esimiesten välisenä yhteistyönä. **Esimiehen antama tuki** henkilöstölle oli esimiehen läsnäoloa, henkilöstön huomioimista, yhteistyötä ja henkilöstön näkökulmien arvostamista.

> *" johtajan pitää olla kanssa sillä tavalla niin kiinnostunut siitä asiasta ja … ehkä se johtaja vois olla kans se, että hän ois myös ollut ottanut sinne toiseen johtajaan niinku yhteyttä tavallaan niinku heilläki se yhteinen yhteistyö olisi niinku sujuvaa (I45)"*

5.3 Ammattienvälinen tuntemus



Kuvio 5. Suun terveydenhuollon ja vastaanoton hoitotyöntekijöiden kokemukset ammattienvälisestä tuntemuksesta.

Hoitohenkilöstön kokemukset yhteistyön *ammatillisesta kohtaamisesta* (kuvio 5) ilmeni **ammatillisena roolitietoisuutena** ja **yhteistyö työn edistäjänä.** Roolitietoisuus on välttämätöntä yhteistyölle, se ilmeni oman ja toisen ammattiryhmän tiedon ja osaamisen sekä ammatillisen roolin tunnistamisen tarpeena. Roolitietoisuus auttaa henkilöstöä ymmärtämään toista ammattiryhmää paremmin ja auttaa työn kehittämisessä.

Yhteistyö työn edistäjänä, yhteistyössä tekijöiden tiedot ja taidot sekä niiden jakaminen on merkityksellistä. Ammattiryhmien kohtaamiset työssä ja yhteistyön tekeminen edistivät työntekoa ja yhteistyötä. Käytännössä se näkyy esimerkiksi konsultointina, tietona keneltä tai mistä saa apua ja tietoa. Yhteistyö toi mukanaan positiivisuutta ja herätti toivoa toisen auttamisen onnistumisessa.

> *”kyllä koska tietoisuus siitä että mitä toiset tekee ja missä ne voi niinku edistää asiakkaan terveyttä ja mistä mistä he voi niinku auttaa huolehtimaan niin tuota, koska tätä työtaakkaa niin kuitenkin pitää jakaa. (G18)”*

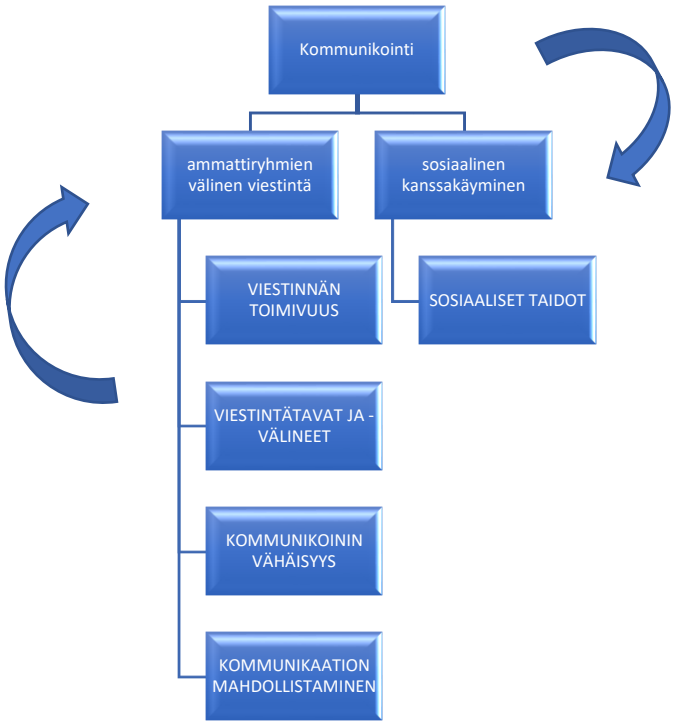
Hoitohenkilöstön kokemukset *ammattiryhmien eriytyneisyydestä* muodostuivat **ammattiryhmien ja tietotaidon tunnistamattomuudesta ja ammattiryhmien kohtaamattomuudesta**, jotka ovat osaltaan vaikuttaneet ammattiryhmien yhteistyön vähyyteen. Käytännössä ammattiryhmät eivät tunnistaneet toistensa työnkuvia tai mitä toisen ammatillisiin työtehtäviin konkreettisesti kuului työpäivän aikana.

> *”En voi sanoa, että tiedän mitä ”hoitaja” tekee muuta kuin se mitä olen kuullut, varsinkaan tänä päivänä en tiedä mitä he tekevät. (D29)”*

Ammattiryhmät eivät aina tunnistaneet toisiaan tai kohdanneet työskennellessään esimerkiksi samassa rakennuksessa. He olivat organisaation erillisiä toimijoita.

> *”tää muutos on nyt menossa jotenkin jotenkin tulee on vähän niin ku silleen niinku että mitenkäs niinku tehdä yhteistyötä, kun kaikki on niin luukutettu. (E42)”*

5.4 Kommunikointi



Kuvio 6. Suun terveydenhuollon ja vastaanoton hoitotyöntekijöiden kokemukset kommunikoinnista.

Hoitohenkilöstön kokemukset yhteistyön *ammattiryhmien välisestä viestinnästä* (kuvio 6) ilmenivät **viestinnän toimivuutena, viestintä tapoina ja välineinä, kommunikoinnin vähäisyytenä ja kommunikaation mahdollistamisena.**

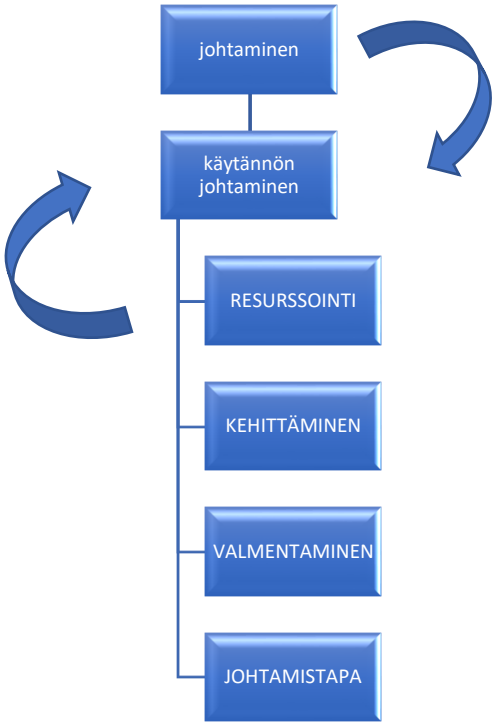
Viestinnän toimivuus ilmeni, toisen ammattiryhmän helppona lähestymisenä ja hyvinä viestintätaitoina. Viestinnän saumattomuus oli merkityksellistä, eikä viestijälle saanut tulla kokemusta ammatillisesta väheksymisestä. **Viestintätavat** olivat avointa vuoropuhelua, jossa kasvokkain kommunikointi koettiin hyvänä. **Viestintävälineitä** olivat puhelin, fyysinen käynti yhteistyötahon luona, Teams, sähköposti ja potilastietojärjestelmä. Erilaiset viestintäkanavat koettiin tärkeinä. **Kommunikointi oli vähäistä**, se oli lyhytkestoista ja liittyi yleensä vapaa-aikaan. Työasiaan liittyvä keskustelu koski asiakasta, esimerkiksi asiakkaan eksymistä väärälle osastolle, jolloin henkilöstö oli yhteydessä toisiinsa. **Kommunikoinnin mahdollistaminen** syntyy henkilöstön avoimesta ja vastaanottavaisesta ilmapiiristä, rohkeudesta ilmaista omia näkemyksiä toisilleen ja ammattitaidosta. Se syntyy, kun annetaan henkilöstölle mahdollisuus kokoontua yhdessä miettimään keinoja yhteistyön muodostamiseen.

> *”joo se viestintä oli moninainen elikkä sillä juuri nimenomaan sellaista suullista keskustelua oli käyty ja sitten käytetty erilaisia viestintäkanavia. (H17)”*

Sosiaalinen kanssakäyminen hoitohenkilöstön yhteistyössä ilmeni sosiaalisina taitoina tai niiden puuttumisena. **Sosiaalisia taitoja** olivat muiden työntekijöiden huomioonottaminen ja joukkoon sopeutuminen, jotka näkyivät työssä toisen ymmärtämisenä ja kykynä olla erilaisten ihmisten kanssa, sekä olemalla miellyttävä. Sosiaalisia taitoja pidettiin ammattitaitoon kuuluvana ja ne koettiin tasavertaisiksi ammattiryhmien välillä. Henkilöstön sosiaalisten taitojen puute koettiin puolestaan esteenä yhteistyölle.

> *”aika hyvin kuitenkin ollaan valmiita ottamaan kaikkia vastaan ja sitten sopeutuvaisia ollaan sitten eri porukkaan (H22)”*

5.5 Johtaminen



Kuvio 7. Suun terveydenhuollon ja vastaanoton hoitotyöntekijöiden kokemukset johtamisesta.

Hoitohenkilöstön kokemus yhteistyön *käytännön johtamisesta* (kuvio 7) ilmeni **resurssointina, kehittämisenä, valmentamisena ja johtamistapana. Resurssointi** tarkoittaa määrittelyä minkä puitteissa henkilöstö voi toimia tehdessä yhteistyötä. Tarvitaan aikaa ja yhteisiä tiloja, sekä tukea ammattiryhmien väliseen viestintään. Lisäksi tiedon tulee kulkea avoimesti sekä henkilöstöltä johdolle, että johdolta henkilöstölle. Yhteistyön tulee lähteä organisaatiosta ja siltä odotetaan tukea **yhteistyön kehittämiseen** asettamalla yhteistyö selkeäksi tavoitteeksi. Organisaatiolta tukea yhteistyön

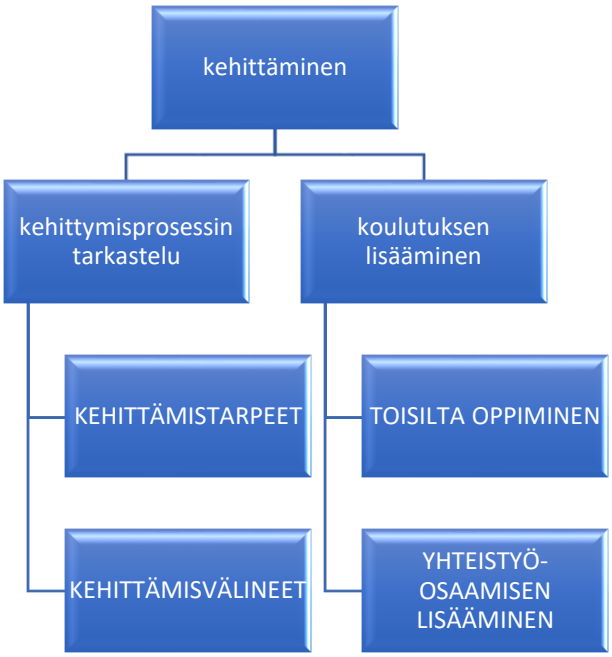
kehittämiseen saadaan järjestämällä henkilöstölle yhteisiä tapahtumia, avaamalla henkilöstölle miten yhteistyötä voidaan hyödyntää ja edistämällä koulutusta. Johtamisella tuetaan myös henkilöstön tutustumista toisiinsa, tuetaan toisen ammattiin tutustumista ja häivytetään osastojen välille syntyneitä rajoja. Johtamisen tuki oli myös **valmentamista**, joka ilmeni henkilöstön tarpeena saada esimieheltä tukea kuten neuvoja, opastusta, asioiden selventämistä, yhteistyön seuraamista ja tarvittaessa asioihin puuttumista.

> *”se tarvis semmoista … kannustavaa johtamista mikä ehkä niinku avaa niit ovia ja tosiaan sitten just se et kattoo että se yhteistyö oikeasti pelaa ja että siellä tapahtuu sitä vuorovaikutusta. (L33)”*

Johtamistavalta odotettiin avointa, henkilöstöä kannustavaa johtamista, joka antaa henkilöstön tiedolle mahdollisuuden näkyä, sekä laajakatseista yli oman alan näkevää johtamista. Johdon poissaololla oli vaikutusta yhteistyöhön, ja yhteistyön jättäminen yksittäisten työntekijöiden varaan ei edistänyt yhteistyötä.

> *” annetaan työntekijöiden, ne todennäköisesti tietää kuitenkin mikä toimii kaikkein parhaiten siellä kentällä että niinku tuetaan semmosen niinku itse ja yhteisön ohjautuuvuteen (F28)”*

5.6 Kehittäminen



Kuvio 8. Suun terveydenhuollon ja vastaanoton hoitotyöntekijöiden kokemukset kehittämisestä.

Hoitohenkilöstön kokemukset yhteistyön *kehittymisprosessin tarkastelusta* (kuvio 8) ilmeni **kehittämistarpeena** ja **kehittämisvälineinä**. Ammattiryhmien välistä yhteistyötä tulee kehittää ja yhteistyökynnystä madaltaa. Yhteistyöosaaminen ammattiryhmien välillä tulee lähteä jo varhaisessa vaiheessa ammatillisesta koulutuksesta. Yhteistyöprosesseihin tarvitaan palavereita, joissa sovitaan yhteiset pelisäännöt ja jaetaan työtehtävät ammattiryhmien välillä. Kehittämisen välineitä olivat ammattiryhmien välille järjestettävät pajatyyppiset koulutukset, ammattiryhmien tekemät osastojen työtä esittelevät videot ja esittelylinkit. *Koulutuksen lisäämistä* pidettiin hyödyllisenä, **toisilta oppiminen** nähtiin molempien osapuolten työtä kehittävänä. Toisen ammattilaisen jakamaa tietoa arvostettiin ja pidettiin mahdollisena, että ammattiryhmät jakavat tulevaisuudessa tietoaan kouluttamalla toisiaan. **Yhteistyöosaamisen lisääminen** oli tarpeellista. Yhteistyöosaamista voidaan kehittää ottamalla mallia muilta työyhteisöiltä tai vertailemalla omaa yhteistyötoimintaa muihin toimijoihin. Lisäksi voidaan hyödyntää oman henkilöstön mahdollista erityisosaamista yhteistyöstä, harjoittelemalla ja tulemalla tietoiseksi yhteistyöstä.

6. POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Suun terveydenhuollon ja vastaanoton hoitotyöntekijöiden yhteistyöprosessissa nousivat vahvasti esiin kokemukset työnteon kulttuurista ja totutuista tavoista, joka ilmeni tutkimukseen osallistuneiden ammattiryhmien välisenä vähäisenä yhteistyönä. Yhteistyön hyötynä oli asiakasprosessien sujuminen, joka tuotettiin asiakkaan terveys ja resurssit huomiovana laadukkaana suoraviivaisena palveluna. Aiemman tutkimuksen (Thistlethwaiten 2012) perusteella tiedetään, että yhteistyön edistämiseksi työ tulee organisoida siten, että henkilöstöllä on riittävästi aikaa sekä yhteistyön mahdollistavia tiloja ja menetelmiä. Myös tässä tutkimuksessa ympäristön vaikutukset kuten ajan puute, kiire ja fyysinen sijainti koettiin merkitykselliseksi. Yhteistyötä koettiin syntyvän enemmän, kun henkilöstön fyysinen paikka sijaitsi lähellä toisiaan ja yhteistyölle annettiin aikaa. Yhteistyötä vaikeuttavana tekijänä koettiin yhteydenoton vaikeus, tulee miettiä mikä vaikutus tällä on ammattienväliselle yhteistyölle. Vähäiseen yhteistyöhön vaikutti, ettei arjessa ollut tullut eteen tilanteita, joissa siitä olisi koettu olevan hyötyä tai yhteistyö koettiin tarpeettomaksi.

Ristiriitaista oli, että yhteistyö nähtiin hyödyllisenä ja tärkeänä asiakkaan, henkilöstön että organisaation kannalta, mutta yhteistyötä koettiin olevan kuitenkin hyvin vähän. Toisaalta yhteistyö koettiin myös tarpeettomana, vaikka yhteistyölle koettiin tarvetta ja henkilöstö löysi yhteistyökohteita. Tulee miettiä, onko arjen käytännöt muotoutuneet niin omiin aloihin eriytyneiksi, ettei ole nähty yhteistyötä mahdolliseksi, koetaanko asiakkaan siirtäminen toisaalle ainoana vaihtoehtona. Lisäksi herää ajatus onko tarpeen muuttaa totuttuja työtapoja, työkulttuuria, mitä se vaatii organisaatiolta, johtamiselta ja työyhteisöltä.

Aiempi tutkimustieto (Hakanen & ym. 2014) osoittaa, että työroolien selventämisestä katsotaan olevan hyötyä yhteistyölle, myös tässä tutkimuksessa henkilöstö koki yhteistyötä lisäävänä ja helpottavana tekijänä toistensa ammatillisen tuntemisen. He tunnistivat myös työssään runsaasti asiakasprosesseja, joissa yhteistyö ammattien välillä voi linkkiytyä helpottamaan konkreettista työtä, ja sitä kautta tarjota asiakkaalle parempaa palvelua ja terveyttä. Peltonen (2009) on tutkimuksessaan todennut, että yhteistyön lisäämistä auttaa työnjaon selkeyttäminen. Tässä tutkimuksessa organisaatiolle hyötyä toi yhteistyössä tehokkuus, laajentuva tieto ja osaaminen. Tulisikin selvittää miten toista ammattiryhmä voidaan hyödyntää ja miten tunnistetaan potentiaalisia yhteistyökohteita kaiken hyödyn saavuttamiseksi. Henkilöstöllä oli yhteistyöstä myönteisiä kokemuksia ja siinä oli huomattu kehittymistä. Oli myös molemmin puolin mielekästä auttaa toista osapuolta. Suhtautuminen yhteistyötä kohtaan koettiin olevan jokseenkin asenteista kiinni ja niiden koettiin muuttuneen vuosien aikana myönteisimmiksi. Supper & ym. (2015) tutkimus osoittaa, että yhteistyötä edistävät työntekijöiden myönteinen asenne, kiinnostus ja yhteistyön hyötyjen tunnistaminen.

Tämän tutkimuksen mukaan yhteistyön suunnittelussa tulisi ottaa huomioon henkilöstön asenteiden vaikutus, yhteistyöhön tarvittavat taidot ja yhteinen päämäärä, joka tässä tutkimuksessa oli asiakkaan etu. Myös Isoherranen (2012) korostaa yhteistä päämäärää, sekä asenteiden ja tuen merkitystä yhteistyössä. Tässä tutkimuksessa yhteistyöhön tarvitaan joustavuutta, itseilmaisutaitoa, empatiakykyä, halua jakaa tietotaitoa ja ahkeruutta. Samoin kuin aiempien tutkimusten mukaan ammatillisten roolien välillä on todettu olevan ristiriitoja (Abelsen & Olse 2008, Franzen 2012), myös tämä tutkimus osoittaa ristiriitatilanteiden mahdollisuuden.

Henkinen tuki yhteistyössä koettiin syntyvän tasa-arvoisuudesta ja kollegoiden välisestä kunnioituksesta ja arvostuksesta. Kunnioitus (Clancy & ym. 2013, Matthys & ym. 2017) ja kollegiaalisuus (Matthys & ym. 2017) nousivat esiin myös aiemmissa tutkimuksissa. Tulee miettiä millä keinoin voimme lisätä tämän henkisen voimavaran määrää käytännössä ja saada siitä hyötyä yhteistyöhön.

Hoitohenkilöstön yhteistyöstä saatiin apua omaan työhön ja siinä jaettu tieto tuki yhteistyötä. Yhteistyön itsessään koettiin tukevan myös työhyvinvointia. Johdolta saatu henkinen tuki muodostui johdon oman yhteistyötäkohtaan osoittaman kiinnostuksen ja läsnäolon kautta, myös Matthys & ym. (2017) tukee näitä näkökulmia. Huomioitavaa oli, että yhteistyöstä syntyvä hyvinvointi ja tietotaito koetaan jäävän hyödyntämättä.

Ammatinvälinen tuntemus, niin tämä kuin aiemmat tutkimukset osoittavat, että yhteistyön onnistumiseksi tarvitaan roolitietoisuutta, tietoa omasta ja toisten ammatillisesta roolista, vastuista ja ammatillisuudesta. (Isoherranen 2012, Tuomela & ym. 2017, 37–55, Dahla & Crawfordb 2018, Laatikainen 2019, 65–72). Henkilöstö koki, että ammattienvälinen kohtaaminen ja roolien tuntemus on merkityksellistä, lisäksi henkilöstön tiedot, taidot ja niiden jakaminen edistävät yhteistyötä. Onkin hyvä pohtia missä määrin eriytyneisyys toisista ammattiryhmistä toimii esteenä yhteistyölle, joka voi osaltaan heikentää toisen ammattiryhmän työnkuvan ja työn tunnistamista. On vaikea tehdä yhteistyötä ja jakaa tietotaitoa, jos henkilöstö ei tunne toistensa työnkuvia, työtehtäviä tai kohtaa työssään.

Tässä tutkimuksessa *kommunikointi* koettiin ammattienvälisenä viestintänä ja sosiaalisena kanssa käymisenä. Sosiaaliset taidot kuuluivat ammattitaitoon ja niiden puuttuminen koettiin esteenä yhteistyölle. Ammattiryhmien välillä koettiin olevan vähän viestintää ja kommunikointia, mutta tämän koettiin olevan hyvää. Lisäksi korostui viestinnän saumattomuuden ja viestintävälineiden tärkeys. Tuloksia tarkastellessa on huomioitavaa, että viestinnän vähyyteen voi osaltaan vaikuttaa yhteistyön ja kohtaamisen vähyys, sekä se että yhteydenotto koettiin vaikeaksi. Jos tulosta peilataan aiempaan tutkimustietoon, joiden mukaan sosiaalisten taitojen ja viestinnän parantaminen on todettu olevan hyödyllistä yhteistyölle (Hakanen & ym. 2014), sekä yhteistyössä tarvitaan harjoitusta tiimin sosiaalisuuteen (Isoherranen 2012), on hyvä miettiä, onko kommunikoinnissa kehitettävää yhteistyön parantamiseksi.

Johtamiselta odotettiin tukea yhteistyöprosessin eteenpäin viemisessä ja siinä koettiin johtamistavalla olevan merkitystä. Burke & O`Neill (2010) ovat tuoneet esiin johtamislinjojen selkeyden ja yhdenmukaisuuden tärkeyden. Tässä ja aiemmissa tutkimuksissa (Isoherranen 2012, Matthys & ym. 2017) tätä näkemystä edustaa henkilöstön kokemus siitä, että yhteistyö lähtee johdosta ja organisaatiosta. Lisäksi tässä tutkimuksessa henkilöstö koki, että organisaation tulee asettaa selkeät tavoitteet yhteistyötoiminnalle. Tässä tutkimuksessa ei ilmennyt kuten aiemmissa tutkimuksissa (Isoherranen 2012, Matthys & ym. 2017) kokemusta jaetusta johtamisesta Henkilöstön kuvaukset, avoin, henkilöstöä

kannustava ja laajakatseinen - yli oman alan näkevä johtaminen on enemmän Ciporen (2015) kuvaamaa valmentavaa johtamista, kumppanuutta ja prosessi, joka opastaa työntekijää kehityksessään.

Kehittämisessä pidettiin kehittymisprosessi tarkastelua ja koulutuksen lisäämistä tarpeellisena yhteistyön kehittämisessä. Koulutuksen lisäämistä tukevat myös aiemmat tutkimukset (Peltonen 2009, Franzen 2012, Thistlethwaite 2012, Saarela 2014.) Tässä tutkimuksessa koettiin toisilta oppimisen kehittävän työtä ja kuten Clancy & ym. (2013) esittävät, myös tarvetta yhteistyöosaamisen lisäämiselle. Tässä tutkimuksessa yhteistyöosaamisen lisäämisen välineitä olivat vertailu muihin toimijoihin, oman henkilöstön mahdollisten erityisosaamisen hyödyntäminen ja harjoittelu. Aiempi tutkimus Thistlethwaite (2012) osoittaa että moniammatillinen koulutus lisää toisten työn tuntemusta ja mahdollistaa kehittymisen yhdessä. Tässä tutkimuksessa henkilöstö löysi kehittämisen välineinä erilaisia yhteiskohtaamisia, kuten koulutukset ja ammattiryhmien esittelyt tukemaan ammatillista toisiinsa tutustumista.

Tutkimukset osoittavat, että moniammatillinen yhteistyö on välttämätön edellytys rakenteellisesti kestävälle sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmälle potilaskeskeisen hoidon toteuttamiseksi (Tuomela & ym. 2017, 37–55). Tutkimuksessa ilmenneet seikat herättävät mielenkiintoa ajatellen Valtioneuvoston (2019) tavoitetta palvelujen yhteensovittamisesta, jolla tavoitellaan yhtenäisiä palveluketjuja erityisesti paljon palveluja tarvitsevien henkilöiden hoidon ja hoivan kehittämiseen.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Luotettavuus laadullisen tutkimuksen arvioinnissa perustuu uskottavuuteen, vahvistettavuuteen, varmistettavuuteen, siirrettävyyteen ja autenttisuuteen (Elo & ym. 2014, Graneheim & ym. 2017). Tutkimukseen osallistujien rekrytoinnissa ilmeni heti keväällä 2020 vaikeuksia, jotka juonsivat koronaviruksen aiheuttamista muutoksista kuten työntekijöiden riittävyydessä, työtehtävissä ja fyysisessä sijainnissa. Näistä syistä haastattelut päästiin tekemään vasta syyskuun lopussa. Haastattelujen viivästyminen ei sinällään heikentänyt tutkimuksen luotettavuutta, mutta se on voinut rikastuttaa ko. ammattiryhmien välisiä yhteistyöstä saatuja kokemuksia. On syytä huomioida, ettei osa haastateltavista ole ennen koronaviruksen aiheuttamia muutoksia työtehtävissään tehnyt lainkaan, tai juuri lainkaan yhteistyötä toisen ammattiryhmän kanssa.

Tutkimuksen haastattelun teemojen luominen aiempiin tutkimuksiin perehtymällä lisäsi tutkimuksen uskottavuutta, sen lisäksi että tutkija itse toteutti kaikki haastattelut. Uskottavuutta heikentävinä

tekijöinä on huomioitava tutkijan kokemattomuus tutkijana ja englanninkielisten lähteiden kääntäjänä. Uskottavuudella osoitetaan, voidaanko tutkimuksen löytöihin luottaa (Moon & ym. 2013, Tong & Craig 2014). Uskottavuutta vahvistettiin valitsemalla tutkimukseen sekä kiire- ja kiireettömän vastaanoton että suun terveydenhuollon hoitohenkilöitä, joilla oli tietoa ja kykyä kertoa tutkittavasta ilmiöstä sekä moniammatillisesta yhteistyöstä. Tällä mahdollistettiin mahdollisimman rikas aineiston synty. Tutkimuksessa käytetiin apuna hoitohenkilöstön esimiesten asiantuntemusta varmistamaan, että haastatteluun osallistujilla on edellä mainittuja taitoja. Yksi haastateltava osallistui tutkimukseen toisen haastatteluun osallistuvan työntekijän rekrytoinnin avulla, jota voidaan pitää heikentävänä tekijänä. Tutkija varmisti ennen haastattelua, että henkilö kuului ennalta määritettyyn ammattiryhmään ja organisaatioon, hänellä oli työkokemusta hoitoalalta sekä yhteistyöstä. Lisäksi varmennettiin suullisesti, että hän oli saanut tietoonsa saatekirjeen sisältämät tiedot ja allekirjoittanut tutkimussuostumuksen.

Luotettavuutta lisäsi, että aineistosta nostetut ilmiöitä kuvaavat asiat pyrittiin säilyttämään mahdollisimman lähellä haastateltavan kuvaamaa alkuperäistä merkitystä. Tutkimuksessa kerätty aineisto nauhoitettiin. Nauhoitteet kirjoitetiin sanatarkasti ylös ja tutkimuspäiväkirjaan merkittiin esiin nousevia ajatuksia ja havaintoja. Haastattelut koodattiin siten että missä tahansa tutkimuksenvaiheessa tutkija pääsi palaamaan tarvittaessa alkuperäiseen tekstiin, esimerkiksi luokittelu vaiheessa alaluokkaan valitusta analyysiyksiköstä ko. haastatteluun. Näin tutkija pääsi palauttamaan mieleensä mahdollisimman tarkasti haastateltavan aidon sanoman. Ratkaisevaa on, kuinka haastattelija tulkitsee haastateltavan vastauksia. Tässä tulee muistaa, että haastatteluaineisto on konteksti- ja tilannesidonnaista (Hirsijärvi ym. 2015). Havainnot ja tulkinnat tulee linkkiytyä kerättyyn aineistoon (Tong & Craig 2014, Vilkka 2015).

Tutkijan ymmärrys tutkimuksen kohteesta kasvoi tutkijan ollessa välillä kohteen keskiössä, josta hän irrottautuu välillä etäämmälle tutkimaan muita tutkimuksia peilatakseen näitä kohteesta saatuun tietoon. Tutkijan pyrki olemaan koko ajan tutkimuskohteen erillinen osa, ei osa tutkimusta (Vilkka 2015.) Tutkija pyrki ottamaan etäisyyttä organisaation työympäristöstä pitämällä opintovapaata. Vertaisarviota tapahtui läpi tutkielman teon keskustelemalla tutkimuksesta yliopiston tarjoaman tukiryhmän kanssa, johon kuuluivat yliopiston professori, tohtori ja opinnäytetyön opiskelijat. Tutkimuksen uskottavuutta lisäsi tutkijan asiantuntijuus yli 30 vuoden kokemuksesta suun terveydenhuollon eri ammattiroolien kautta, tämä auttoi tutkijaa ymmärtämään tutkimuskohdetta perusteellisesti. Reflektiivisyydellä tarkoitetaan tutkijan tietoisuutta omista lähtökohdista tutkijana (Kylmä & Juvakka 2012).

Tutkimusprosessi kuvattiin tarkasti ja avoimesti, varmistaen osallistujien anonymiteetin säilyminen. Tutkimusraportissa kerrottiin, kuinka tieto hankittiin ja mitkä olivat sen vaiheet, perusteltiin tutkijan tekemät valinnat, sekä millä menetelmillä aineisto kuvattiin ja kuinka aineisto analysoitiin. (Hirsijärvi ym. 2015, Vilkka 2015). Tutkimuksessa luotettavuutta vahvistettiin tuomalla tutkimuksen tuloksissa esiin haastateltavien suoria lainauksia eri haastatteluista, lainaukset valittiin sen mukaan mikä parhaiten kuvasi haastateltavien kokemuksia. Laadullisessa tutkimuksessa autenttisuus tarkoittaa aineiston analyysissä tehtävän luokittelun tarkkaa kuvaamista. Tutkimuksen vaikeutena on luokkien tai teemojen tulkinnan asteen ja abstrahointitason vaihtelu. (Elo & ym. 2014, Graneheim & ym. 2017.) Luokkaan inhimillisyys ei aineistosta tullut sisältöä.
Tutkimusraportissa kuvattiin osallistujat ja ympäristö mahdollisimman tarkasti, jolla vahvistettiin sen siirrettävyyttä muihin konteksteihin. (Kylmä & Juvakka 2012, Moon & ym. 2013, Graneheim & ym. 2017). Tutkimus on siirrettävissä mihin tahansa organisaation sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisöön joka täyttä tutkimusraportissa mainitut kriteerit.

6.3 Tutkimusetiikka

Tässä tutkimuksessa noudatettiin yleisiä eettisiä periaatteita koko tutkimusprosessin ajan ideointivaiheesta tuloksista tiedottamiseen asti (Vilkka 2015). Tutkimus toteutettiin Tampereen yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunnassa, pro gradu -opinnäytetyönä. Ohjaajina toimivat professori Päivi Åstedt-Kurki, terveystieteiden tohtori Mira Palonen ja terveystieteiden tohtori Anja Rantanen. Tieteen avoimuus on edellytys kriittiselle arvioinnille ja samalla tieteen edistymiselle (TENK 2019). Hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta vastaa ensisijaisesti jokainen tutkija ja tutkimusryhmän jäsen itse. Vastuu kuuluu kuitenkin myös koko tiedeyhteisölle: tutkimusryhmille ja niiden vastuullisille tutkijoille, tutkimusyksiköiden johtajille, sekä tutkimusta harjoittavien organisaatioiden johdolle. (TENK 2012.) Ennen tutkimuksen aloittamista tutkija informoi organisaatiota tutkimuksesta anomalla heiltä tutkimusluvan. Tämä tutkimus kohdistui aikuisiin työssäkäyviin henkilöihin, joten eettisen toimikunnan lupaa ei tarvittu (Finlex 488/1999). Kaikki tutkimuksessa käytetyt aiemmat tutkimukset ovat vertaisarvioitu ja ne valittiin hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Tutkija on toiminut vilpittömästi ja rehellisesti toisia tutkijoita kohtaan (TENK 2012, Vilkka 2015). Tässä tutkimuksessa käytetyistä tutkimus-, opetus- ja muusta aineistosta merkittiin tarkasti lähdeviitteet, sekä ilmoitettiin varsinaisen tekstin lisäksi täsmällinen tieto siitä, mihin lähteeseen teksti perustuu tai mistä se on lainattu.

Tutkimusluvan saatuaan, tutkija informoi osallistujia tutkimuksesta saatekirjeellä (liite 3) ja pyysi heiltä asiaan perehtyneesti annetun kirjallisen suostumuksen (liite 4). Jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa huomioitiin tutkimuksen haastatteluun osallistujien oikeudet. Nämä oikeudet oli huomioitu saatekirjeessä (liite 3) ja niitä ovat vapaaehtoisuus, oikeus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen ilman seuraamuksia milloin tahansa tutkimuksen aikana, sekä peruuttaa osallistuminen tutkimukseen. (Bengtson 2016, TENK 2019). Osallistujia informoitiin tutkimuksen sisällöstä, henkilötietojen käsittelystä ja tutkimuksen käytännön toteutuksesta. Tällä annettiin osallistujille ymmärrettävä ja totuudenmukainen kuva tutkimuksen tavoitteista, sekä osallistumisesta mahdollisesti koituvista haitoista ja riskeistä. Haastateltaville tuotiin myös esiin, että tutkija työskenteli samassa organisaatiossa, jotta vältyttiin tilanteelta, että tutkija olisi tutkittavaan nähden myös jossain muussa kuin tutkijan roolissa, esimerkiksi tutkittavan esimiehenä. (TENK 2019.) Osallistujien valinnassa hyödynnetiin palvelualueen hoitotyön koordinoivaa hoitotyön esimiestä ja haastatteluihin osallistuvien ammattiryhmien hoitotyön esimiehiä. Esimiesten ja haastateltavien avulla varmistuttiin, etteivät osallistujat kuulu tutkijan omaan henkilöstöön tai etteivät he kuuluneet lähelle työympäristöä, jossa tutkija työskenteli.

Tutkimussuunnitelmassa ja tutkimuksen saatekirjeessä (liite 3) kuvattiin yksityiskohtaisesti, rehellisesti ja avoimesti tutkijan velvollisuudet, tutkimukseen osallistujat, tutkimuksen vaiheet, menetelmät, rahoitus, aikataulu, raportointi, tietojen talletus ja säilyttäminen. Tutkimuksessa noudatettiin tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, joihin kuuluu rehellisyys, yleinen huolellisuus, tarkkuus ja tulosten tallentaminen, esittäminen ja arviointi (TENK 2012). Tutkimus toteutettiin siten, että tutkimuksesta ei aiheutunut tutkittavina oleville ihmisille, yhteisöille tai muille tutkimuskohteille merkittäviä riskejä, vahinkoja tai haittoja (TENK 2019). Tämä tarkoitti sitä, ettei henkilöä voida tunnistaa tutkimuksesta missään tutkimuksen vaiheessa. Haastateltavien henkilötiedot salattiin litteroinnin jälkeen koodaamalla. Haastattelut koodattiin siten että tarvittaessa missä tahansa tutkimuksen vaiheessa voidaan luotettavasti palata henkilöä tunnistamatta alkuperäiseen haastatteluun. Lisäksi kaikki haastateltavien antamat tiedot esitetiin raportissa siten, ettei yksilöitä voida tunnistaa / tietoja voida yhdistää yksittäiseen tiedon antajaan.

Tutkimuksen eettisenä tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää hoitotyöntekijöiden välistä yhteistyötä, joka edistää ammatinharjoittamista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015) Tutkimuksen kohteesta ei löytynyt aiempaa tutkittua tietoa (liite 1), joten tutkimuksen toteutus on eettisesti perusteltua, koska se rakentaa terveystieteiden tietoperustaa (Kylmä & Juvakka 2012).

7. JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEITA

7.1 Johtopäätökset

Tämä tutkimus tarkasteli millaisia kokemuksia suun terveydenhuollon ja vastaanoton hoitohenkilöstöllä on moniammatillisesta yhteistyöstä.
Johtopäätöksenä voidaan päätellä, että tutkimukseen osallistuvien suun terveydenhuollon ja vastaanoton hoitohenkilöiden välistä yhteistyötä on vähän. Yhteistyöstä on hyötyä asiakkaille, työntekijöille sekä organisaatiolle ja koetut haitat olivat vähäisiä. Yhteistyön hyötynä saadaan sujuvia asiakasprosesseja. Henkilöstö kykenee tunnistamaan yhteistyökohteita ja kehittämistarpeita. Työntekijät saavat tukea yhteistyöhön henkilöstön välisen tasa-arvoisuuden ja arvostuksen, sekä johdon oman esimerkin ja läsnäolon kautta. Yhteistyön onnistumiseksi tarvitaan ammattien välistä kohtaamista, sekä tietoa omasta ja toisten ammatillisesta roolista, vastuista ja ammatillisuudesta. Yhteistyön onnistuessa henkilöstön tiedot, taidot ja niiden jakaminen edistävät yhteistyötä. Yhteistyön tulee olla organisaatiolähtöistä ja henkilöstö tarvitsee toistensa ja johdon tukea sen eteenpäin viemisessä.
Kommunikointi ammattiryhmien välillä on vähäistä, mutta tämän koetaan olevan hyvää. Tuloksissa korostui viestinnän saumattomuuden ja viestintävälineiden tärkeys. Henkilöstö koki toisilta oppimisen kehittävän työtä ja koulutuksen lisäämisen hyödyllisenä. He tunnistivat yhteistyövälineitä ja tarvetta yhteistyöosaamisen lisäämiselle. Yhteistyön tulee olla organisaatiolähtöistä ja sen tulee asettaa selkeät tavoitteet yhteistyötoiminnalle. Johtamiselta odotetaan tukea yhteistyöprosessin eteenpäin viemisessä.

7.2 Jatkotutkimusaiheita

Tämä tutkimus oli kohdennettu vastaanottotyötä tekevään hoitohenkilöstöön, jatkossa tutkimusta on tärkeää laajentaa asiakasnäkökulmaan, johtamiseen sekä mahdollisiin muihin yhteistyötahoihin ja tutkia ja verrata heidän kokemuksiaan keskenään.

Tutkimuksessa ilmeni ristiriita, jossa yhteistyö nähtiin hyödyllisenä ja tärkeänä asiakkaan, henkilöstön sekä organisaation kannalta. Yhteistyötä koettiin olevan kuitenkin hyvin vähän, johtuen muun muassa työnteon kulttuurista ja totutuista tavoista. On hyvä tutkia taustat syvemmin ja selvittää mitä voidaan tehdä asetelman muuttamiseksi.

Henkilöstön tunnistamia yhteistyökohteita tulisi tarkastella tarkemmin ja pohtia missä määrin on mahdollista yhteensovittaa palveluja ja kehittää palveluketjuja.

Yhteistyön onnistuminen edellytti ammattien välistä kohtaamista, tietoa omasta ja toisten ammatillisesta roolista, vastuista ja ammatillisuudesta. Jatkossa on hyvä tutkia, onko näiden edellä mainittujen seikkojen edistämisellä vaikutusta yhteistyön kehittymiseen ammattiryhmien välillä. Olisi myös kiinnostava tieto, onko ammattien ja ammattiroolien tunnistamattomuus laajempi ongelma eri ammattiryhmissä.

LÄHTEET

Abelsen B. & Olsen JA. (2008) Task division between dentists and dental hygienists in Norway. *Community dentistry ja oral Epidemiology* 36 (6) 558–565.

Assarroudi A., Nabavi F., Armant M., Ebadi A & Vaismoradi M. (2018) Directed qualitative content analysis: the discrption and elaboration of its underpinning methods and data analysis process. *Journal pf research in nursing* **23**(1), 42–55.

Bengtsson M. (2016) How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *Nursing Plus Open* **2**, 8–14.

Burke T. & O' Neill C. (2010) Community nurses working in piloted primary care teams: Irish Republic. *British Journal of Community Nursing* **15**(8), 398–404.

Bjurling-Sjöberg P., Wadenstena B., Pöder U., Janssonc I., & Nordgren L. (2017) Balancing intertwined responsibilities: A grounded theory study of teamwork in everyday intensive care unit practice. *Journal of Interprofessional Care* **31**(2), 233–244.

Ciporen Rachel 2015. The emerging field of executive and organizational coaching: an Overview. *New Directions for adult and continuing Education*s nro **148**, 5–16.

Clancy A., Gressnes T. & Svensson T. (2013) Public health nursing and interprofessional collaboration in Norwegian municipalities: a questionnaire study. Scandinavian journal of Caring Sciences **27**(3), 695–668.

Dahla B. M. & Crawfordb P. (2018) Perceptions of experiences with interprofessional collaboration in public health nursing: A qualitative analysis. *Journal of interprofessional care* **32**(2), 178–184

Elo S., Kääriäinen M., Kanste O., Pölkki T., Utriainen K., & Kyngäs H. (2014) *Qualitative content analysisi. A focus on trustworthiness* SAGE Open 4, DOI 10.1177/2158244014522633. https://doi.org/10.1177/2158244014522633 (18.2.2020)

Fewster-Thuente L. (2015) Working Together Toward a Common Goal: A Grounded Theory of Nurse-Physician Collaboration**.** *Medsurg Nursing* **24**(5), 356–362.

Finlex 488/1999. *Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta.* https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990488#L2aP10d (8.2.2020)

Finlex 1326/2010. *Terveydenhuoltolaki* https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L3P26 (9.12.2019)

Franzen C. (2012) Boundary work of dentists in everyday work. *Community dentistry and oral epidemiology* 40 (4) 377–384.

Graneheim U., Lingren B-M., & Lundman B. (2017) Methodological challengens in qualitative content analysis. A discussion paper. *Nurse Education Today* **56**, 29–34.

Graves D., Corrëa J. & Silva T. (2019) The oral microbiota is modified by systemic diseases. *Journal of dental research*. **98**(2), 148–156.

Hakanen J., Riku P. & Baker A. (2014) Crossover of exhaustion between dentist and dental nurses. Stress & health. *Journal of the international society for the investigation of stress*. **30** (2), 110–121.

Hakanen J & Seppälä P. (2015). Hammaslääkärien työhyvinvointi Suomessa –11 vuoden seuranta. *suomen hammaslääkärilehti* XXII (1), 20–31

Hallitusohjelma (2019) https://valtioneuvosto.fi/marinin-hallitus/hallitusohjelma/sosiaali-ja-terveyspalveluiden-rakenneuudistus. 23.2.2020.

Heikkinen AM. & Laine M. (2016) Suun terveysongelmien vaikutus yleisterveyteen, diabetekseen ja valtimotautiin. *Diabetes ja lääkäri*. Suomen diabetesliitto. **3**(45), 15–19.

Helminen J, (2017) Yhdessä tekeminen monialaisuuden ja moniammatillisuuden syventäjänä. *Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa* (toim.) Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Hirsijärvi S, Remes P & Sajavaara P. (2015) *Tutki ja kirjoita*. Porvoo: Tammi.

Isoherranen K. (2012) *Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä.* Väitöskirja. Helsinki https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf?sequence=1&isAllowed=y (19.1.2020)

Kankkunen P. & Vehviläinen-Julkunen K. (2015) *Tutkimus hoitotieteessä.* Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Koskinen S., Lundqvist A. & Ristiluoma N. (2012) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. toim. Koskinen S., Aromaa A., Heliövaara., Koponen P., Martelin T., Mäkinen T. ja Sainio P. *Yhteenveto ja päätelmät. THL- raportti 68/2012.* Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1 218–211. (22.2.2020.)

Kylmä J & Juvakka T. (2012) *Laadullinen terveystutkimus* Helsinki: Edita

Laatikainen T. (2019) toim. Pietilä A-M & Terkamo-Moisio A. *Näkökulmia terveyteen ja sen edistämiseen.* Puplications of the university of estern Finland Genral series No. 26. Kuopio. 65–72.

Matthys E., Remmen R. & Van Bogaer P. (2017) An overview of systematic reviews on the collaboration between physicians and nurses and the impact on patient outcomes: what can we learn in primary care. *BMC Family Practice* **18**(10), 1–22.

Moon M., Wolf L., Baker K., Carman M., Clark P., Henderson D., Manton A. & Zavotsky K. (2013) Evaluating Qualitative Research Studies for Use in the Clinical Setting. *Journal of emergency nursing* **39**(5), 508–510.

Mönkkönen K., Kekoni T. & Pehkonen A. (2019) *Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla.* Tallinna: Gaudeamus Oy.

Nordblad A., Vehkalahti M. & työryhmä (2002) Suun terveydentila. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Aromaa A. & Koskinen M, (toim.) *Terveys -2000 tutkimuksen perustulokset.* Kansanterveyslaitoksen julkaisu. Terveyden ja toimintakyvyn osasto. Helsinki; Hakopaino oy. 55–59.

Perhoniemi R. & Hakanen J. (2012) Parityön laatu on tärkeää hammashoitajien työhyvinvoinnille. Tuloksia työterveyslaitoksen työparitutkimuksesta. *Suomen hammaslääkärilehti XIX* (1), 25–27.

Peltonen E. (2009) *Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa, vertaileva tutkimus.* Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet. https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1078-2/urn_isbn_978-951-27-1078-2.pdf (21.1.2020)

Poudel P., Griffiths R., Wong V., Arora A., Flack J., Khoo C., & George A. (2018) Oral health knowledge, attitudes and care practices of people with diabetes: a systematic review. *BMC Public Health*. **18**(2), 1–13.

Pärnä K. (2012) *Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina. Lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet.* Väitöskirja. Turun yliopisto. https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/116205/AlanenAnne.pdf?sequence=2&isAllowed=y. (1.2.2020)

Saarela R. (2014*) Oral and nutritional problems among residents in assisted living facilities.* Väitöskirja. Helsinki. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/144224/Oralandn.pdf?sequence=1&isAllowed=y (19.1.2020)

Schweizera A., Morinb A., Henrya V., Bizea R. & Peytremann-Bridevauxa I. (2017) Interprofessional collaboration and diabetes care in Switzerland: A mixed-methods study. *Journal of interprofessional care.* **31** (3), 351–359.

Supper I., Catala O., Lustman M., Chemla C., Bourgueil Y. & Letrilliart L. (2015) Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *J Public Health*. **37** (4),716–27.

TENK. (2012) *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012.* https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf Luettu 8.3.2020.

TENK. (2019) *Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakkoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019*. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakkoarvioinnin_ohje_2019.pdf. Luettu 22.10.2019.

Thistlethwaite J. (2012) Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. *Med Educ* **46** (1), 58–70.

Tong A. & Craig J. (2014) Horses for Courses: Promoting Transparent Reporting of Qualitative Research in *AJKD*. *American journal of kidney disease.* **63** (1), 1–3.

Tuomela K., Heikkilä K. & Salminen L. (2017) Moniammatillisuus osana sosiaali- ja terveydenhuollon rakenne uudistusta kirja: Salminen L Stolt M, Suhonen R (toim.) *Uudistuvan sosiaali- ja terveydenhuollon lähtökohtia. Turun hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia raportteja sarja A78*, Turku; Juvenes Print. 37–55.

Valtioneuvosto 2019. *Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan painopistettä siirretään perustason palveluihin ja ennaltaehkäisevään toimintaan*. https://valtioneuvosto.fi/rinteen-hallitus/hallitusohjelma/sosiaali-ja-terveyspalveluiden-rakenneuudistus (9.12.2019)

VALVIRA 2018. *Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen valvontaohjelma vuosille 2016–2019,* päivitys vuodelle 2019. https://www.valvira.fi/documents/14444/1006217/Sote_valvontaohjelma_paivitys_2019.pdf/89634c90-7e3d-6835-8ba9-d60fadaed53f (12.12.2019)

Vilkka H. (2015) *Tutki ja kehitä*. Juva: PS-kustannus.

Virtanen E. (2018) *Chronic dental diseases and systemic health: Cardiovascular diseases and cancer.* Väitöskirja. Helsinki. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/243059/CHRONICD.pdf?sequence=2&isAllowed=y. (22.2.2020)

Virtanen P., Smedberg J., Nykänen P. & Stenvall J. (2017) *Palvelu- ja asiakastietojärjestelmien integraation vaikutukset sosiaali- ja terveyspalveluissa.* Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2/2017. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80882/palvelu-%20ja%20asiakastietojärjestelmien%20integraation%20vaikutukset.pdf?sequence=1&isAllowed=y. (1.3.2020)

LIITEET

Liite 1. Tietokantahaku

Tutkimuskysymys: minkälaisia kokemuksia avopalvelujen suun terveydenhuollon ja vastaanoton hoitotyöntekijöillä on osastojen välisestä yhteistyöstä?

Hakusanat: hammashoit* suuhygienist* hammashuolt* or suuhygienisti or hammashoitaja or dental hygienists or dental assistant or dental nurse and practical nurse or nurse or tiimityö or yhteistyö or moniammatillinen yhteistyö or teamwork or collaboration or cooperation or transprofessional.

Tietokannat: Cinahl (n = 74) Medic (n = 34) Medline (n = 61) Pubmed (n=83) manuaalihaku (n = 0)

Sisäänottokriteerit:
- ✓ Tutkimusartikkeli, kielinä suomi tai englanti
- ✓ Vertaisarvioitu
- ✓ Koko teksti saatavilla

Hakutulos kokonaisuudessaan N = 117

Poissulkukriteerit:
- ✓ Asiakas (7)
- ✓ Koulutus (15)
- ✓ Ei yhteistyötä (37)
- ✓ yhteistyö eri ammattikunnan kanssa (28)
- ✓ Interventio, toimintamalli (7)
- ✓ Sairauden hoito (3)
- ✓ Äitiysneuvola, synnytys (2)
- ✓ Ei tutkimus (3) N = 102

Otsikon perusteella valitut N = 15

Poissulkukriteerit:
- ✓ Opiskelijat (5)
- ✓ Ei sisällä yhteistyötä (1)
- ✓ Interventio (1)
- ✓ muu yhteistyö (5) N= 12

Tiivistelmän perusteella valitut N = 3

Koko tekstin ja laadun arvioinnin perusteella valitut artikkelit / tutkimukset

Tietokannat:
Cinahl (n = 0)
Medic (n = 0)
Medline (n = 0)
Pubmed (n = 0)
Manuaalihaku (n =0) N=0

Poissulkukriteerit:
- ✓ Ei sisällä yhteistyö kokemuksia (3)

N = 3

Liite 2. Saatekirje esimiehille

Hei

Olen aloittamassa kuntayhtymässämme Tepasa avopalveluissa tutkimusta: **Hoitohenkilöstön moniammatillinen yhteistyö, suun terveydenhuollon ja kiire- ja kiireettömän hoidon vastaanoton hoitohenkilöstön kokemana.** Tutkimus toteutetaan Tampereen yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunnassa, Pro gradu -opinnäytetyönä. Teillä on paras tietämys alueenne henkilöstöstä, joten pyydän teidän apuanne osallistujien rekrytoinnissa. Tarvitsen tutkimukseen kuntayhtymän alueilta haastateltavaksi hammashoitajia, lähihoitajia, sairaanhoitajia ja suuhygienistejä, joilla on kokemuksellista tietoa moniammatillisesta yhteistyöstä ja joilla on kyky sekä halu tuottaa ilmiöstä tietoa. Tätä tutkimusta varten jokaisesta ammattiryhmästä on tavoitteena saada 5 osallistujaa eli yhteensä 20 haastateltavaa koko kuntayhtymän alueelta.
Liitteenä ovat tutkimustiedote ja tutkimukseen suostumuskaavake, jotka pyydän teitä antamaan tutkimukseen suostuville työntekijöillesi luettavaksi ja allekirjoitettavaksi. Osallistujien allekirjoitetut suostumuskaavakkeet voidaan palauttaa minulle, skannattuna salattuna sähköpostina, kirjekuoressa kuntayhtymän sisäisellä postilla tai kirjekuoressa suoraan käteen.

Ystävällisin terveisin
TtM-opiskelija, gradututkimuksen tekijä
Helena Laakso
.
suun terveydenhuolto
p. xxxxxxxx tai p. xxxxxxxxxx

Liite 3. Saatekirje tutkimukseen osallistujalle

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

Hoitohenkilöstön moniammatillinen yhteistyö, suun terveydenhuollon ja kiire- ja kiireettömän hoidon vastaanoton hoitohenkilöstön kokemana.

Pyyntö osallistua tutkimukseen

Teitä pyydetään mukaan tutkimukseen, jossa selvitetään suun terveydenhuollon ja vastaanoton hoitotyöntekijöiden moniammatillinen yhteistyötä terveyskeskuksessa. Olemme arvioineet, että soveltuisitte mukaan tutkimukseen, koska työskentelette terveyskeskuksen avopalvelussa, joissa työskentelee sekä vastaanoton, että suun terveydenhuollon hoitohenkilöstöä. Lisäksi teillä on kokemusta moniammatillisesta yhteistyöstä. Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja Teidän mahdollista osuuttanne siinä.

Osallistumisen vapaaehtoisuus

Tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen tai peruuttaa suostumuksenne syytä ilmoittamatta, milloin tahansa tutkimuksen aikana ilman, että se vaikuttaa oikeuteenne saada tarvitsemaanne hoitoa.

Lukekaa rauhassa tämä tiedote. Jos Teillä on kysyttävää, voitte olla yhteydessä tutkimuksen toteuttajaan Helena Laaksoon (yhteystiedot löytyvät asiakirjan lopusta). Jos päätätte osallistua tutkimukseen, Teitä pyydetään allekirjoittamaan viimeisellä sivulla oleva suostumus.

Tutkimuksen toteuttaja

Tämän tutkimuksen toteuttaa terveystieteiden maisteriopiskelija Helena Laakso, Tampereen yliopistosta. Ohjaajina ovat professori Päivi Åstedt-Kurki ja terveystieteiden tohtori Mira Palonen. Tutkimus toteutetaan Keski-Uudenmaan sote kuntayhtymässä. Tutkimuksen rekisterinpitäjä on Helena Laakso. Tutkija työskentelee esimiesasemassa tutkimukseen osallistuvassa organisaatiossa. Haastatteluun osallistujat on valittu siten, ettei heillä ole suoraa alaisyhteytä tutkijaan.

Tutkimuksen tausta ja tarkoitus

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata suun terveydenhuollon ja vastaanoton hoitotyöntekijöiden välistä moniammatillista yhteistyötä. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää tuotetun tiedon avulla hoitotyöntekijöiden välistä yhteistyötä.

Moniammatillisesta yhteistyöstä on olemassa aiempaa tutkimusta, mutta tutkimusta ei ole tehty tutkimuskohteena olevan hoitohenkilöstön välisestä moniammatillisesta yhteistyöstä.

Tutkimukseen osallistuu noin 20 ammattilaista yhdestä kuntayhtymästä.

Tutkimusmenetelmät ja tutkimuksen toimenpiteet

Tutkimuksessa teitä haastatellaan erikseen sovittavalla tavalla. Haastattelun kesto noin 1–2 tuntia. Ilmoita esimiehellesi kiinnostuksesta osallistua tutkimukseen ja palauta hänelle tutkimukseen suostumiskaavake varustettuna yhteystiedoillasi ja allekirjoituksellasi.

Tutkimukseen osallistuviin ollaan yhteydessä sähköpostitse tai puhelimitse haastattelusta sopimiseksi. Haastattelut nauhoitetaan, jotta kaikki tärkeä tietoa tutkittavasta ilmiöstä saadaan talteen. Haastattelu pyritään toteuttamaan kevään - kesän 2020 aikana.

Tutkimuksen mahdolliset hyödyt

On mahdollista, ettei tähän tutkimukseen osallistumisesta ole Teille hyötyä. Tutkimuksen avulla pyritään kuitenkin selvittämään, minkälaisia kokemuksia suun terveydenhuollon ja vastaanoton hoitohenkilöstöllä on heidän välisestään yhteistyöstä. Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää jatkossa hyödyksi kehittäessä moniammatillista yhteistyötä.

Tietojen luottamuksellisuus ja tietosuoja

Tutkimuksessa noudatetaan Tampereen korkeakouluyhteisön tietosuojaohjeita. Tutkimuksessa henkilöllisyytenne on ainoastaan tutkimushenkilökunnan tiedossa, ja he kaikki ovat salassapitovelvollisia. Kaikkia Teistä kerättäviä tietoja säilytetään tunnistamattomana, eikä tietojanne voida tunnistaa tutkimukseen liittyvistä tutkimustuloksista, selvityksistä tai julkaisuista.

Tutkimusrekisteriin tallennetaan vain tutkimuksen tarkoituksen kannalta välttämättömiä henkilötietoja. Teidän nimeänne, syntymäaikaanne tai yhteystietojanne ei anneta tutkimuksen ulkopuolisille tahoille. Rekisteriä säilytetään salasanalla suojatulla verkkopalvelimella, kunnes tutkimus on päättynyt. Aineisto säilytetään tunnistautumattomana ja hyväksikäytetään niin kauan kuin se on mahdollista ilman tunnistamista. Kaikissa tapauksissa tietojanne käsitellään luottamuksellisesti.

Tutkimuksen kustannukset ja taloudelliset selvitykset

Tutkimukseen osallistumisesta ei koidu osallistujalle taloudellista menetystä.

Lisätietoja

Jos Teillä on kysyttävää tutkimuksesta, voitte olla yhteydessä tutkijaan

Yhteystiedot: Helena Laakso

xxxxxxxx

Liite 4. Suostumus tutkimukseen

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

Minua on pyydetty osallistumaan tutkimukseen: Hoitohenkilöstön moniammatillinen yhteistyö, suun terveydenhuollon ja kiire- ja kiireettömän hoidon vastaanoton hoitohenkilöstön kokemana.

Olen perehtynyt edellä olevaan selvitykseen ja saanut riittävästi tietoa tutkimuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Tutkimuksen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini. Selvitykset antoi _____(henkilön nimi). Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita tutkimukseen osallistumista.

Ymmärrän, että tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.
Minulla on oikeus, milloin tahansa tutkimuksen aikana ja syytä ilmoittamatta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen. Suostumuksen peruuttamisesta ei aiheudu minulle kielteisiä seuraamuksia, eikä se vaikuta asemaani terveydenhuollon asiakkaana. Olen tietoinen siitä, että suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa ja lääkkeen turvallisuusarviointia.

Allekirjoituksellani vahvistan, että osallistun tässä asiakirjassa kuvattuun tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkittavaksi. Olen tietoinen siitä, että henkilötietojani voidaan käsitellä myös ulkomaisen viranomaisen suorittaman tarkastuksen sekä toimeksiantajan edustajan suorittaman laadunvarmistustoiminnan yhteydessä.

_____ _____
Allekirjoitus *Päiväys*

_____ _____
Nimen selvennys *Työpiste*

_____
Yhteystiedot: sähköpostiosoite ja / tai puhelinnumero, josta tavoittaa virka-aikana

Suostumus vastaanotettu

_____ _____
Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus *Päiväys*

_____
Nimen selvennys

Liite 5. Teemahaastattelun teemat ja haastattelijan apukysymykset

Haastattelun alussa, kerrotaan tutkimuksen tausta, sisältö/merkitys ja eteneminen.

1. Kerro nimesi, ammatti, missä työpisteessä työskentelet, mitkä ovat työtehtävät ja kauanko olet työskennellyt.

2. Oma kokemuksesi moniammatillisesta yhteistyöstä?

3. Mitä se sinulle tarkoittaa?
   - yksilötasolla
   - ammatillisesti
   - organisaation kannalta
   - asiakkaan näkökulmasta

4. Mitä moniammatilliseen yhteistyöhön tarvitaan?

5. Minkälaista moniammatillinen yhteistyö on vastaanoton / suun terveydenhuollon hoitohenkilöstön välillä?
   - voidaanko tai onko sitä mielestäsi tarpeellista kehittää?
   - miten kehittäisit sitä?
   - miksi ei ole tarvetta kehittää?

6. Onko työrooleilla merkitystä moniammatillisessa yhteistyössä?
   - oma rooli
   - muiden ammattiryhmien lh/sh/ hh/ shg roolit

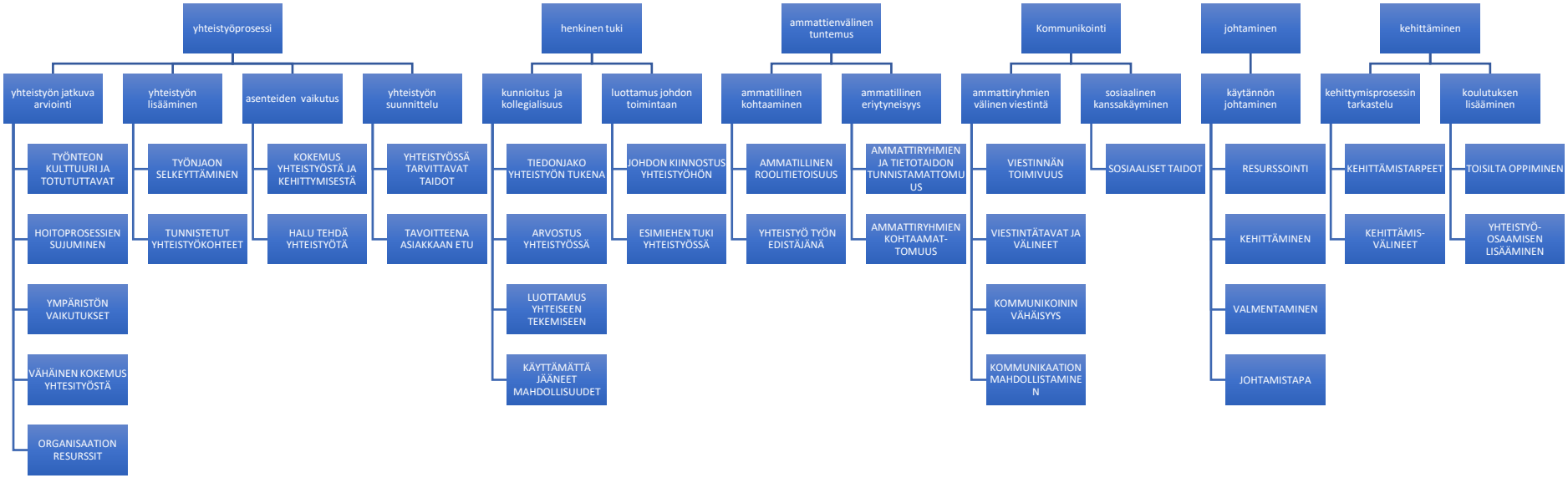
7. Minkälaista kommunikointi mielestäsi on ammattiryhmien lh/sh/ hh/ shg henkilöstön välillä?
   Minkälaista se voisi tai tulisi olla?
   Mitä ammattiryhmien välinen yhteistyö kommunikointi vaatii?

   - sosiaaliset taidot
   - viestintä

8. Tarvitaanko moniammatilliseen yhteistyöhön mielestäsi tukea?
   - minkälaista tukea?

9. Onko moniammatillista yhteistyön johtamisella vaikutusta yhteistyöhön?
   - minkälaista vaikutusta?

10. Minkälainen yhteistyöprosessi mielestäsi voisi olla käytännössä hoitohenkilöstöjen välillä?
    - Mitä vaiheita siinä tulisi olla?

11. Tuleeko sinulle vielä mieleen jotain vastaanoton ja suun terveydenhuollon moniammatilliseen yhteistyöhön liittyvää?

Liite 6. Hoitohenkilöstön kokemukset moniammatillisesta yhteistyöstä, analyysintulokset.