

Moniammatillisen yhteistyön muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosessissa

Moniammatillisen yhteistyön vahvistamista on tarjottu ratkaisuksi moniin nykyisiin terveydenhuollon ongelmiin ja sen on katsottu edistävän esimerkiksi potilasturvallisuutta ja työhyvinvointia. Tässä artikkelissa tarkastellaan moniammatillisen yhteistyön muotoja ja haasteita sairaalan päivystysalueella. Tutkimuksessa hyödynnettiin etnografista tutkimusstrategiaa. Aineisto kerättiin havainnoimalla, äänitallenteilla ja haastattelemalla. Aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyyysilla. Päivystystyöstä erotettiin kolme yhteistyön muotoa, jotka olivat ammattiryhmien rinnakkaintyöskentely päivystyksen hoitoprosessissa, moniammatillinen hoidon suunnittelu ja vaativien potilasryhmien, esimerkiksi kiireellisten potilaiden hoito. Toiminta sisälsi myös monia haasteita, kuten tietokatkoksia ja epäyhtenäisiä toimintaperiaatteita. Moniammatillisuutta ei välttämättä aina tarvitse tavoitella mikäli vallitsevat työkäytännöt toimivat, mutta työntekijöiden jaetun ymmärryksen lisäämiseksi erityisesti hoitoprosessin koordinoitua tulisi kehittää moniammatillisemmaksi.

**KAIJA COLLIN, ULLA MAIJA VALLEALA, SANNA HERRANEN, SUSANNA PALONIEMI,
PAULA PYHÄLÄ-LILJESTRÖM**

JOHDANTO

Moniammatillista toimintaa leimaa se, että työtä, työkäytänteitä ja työn kohdetta pyritään tarkastelemaan kokonaisuutena yhdistäen eri alojen osaamista ja asiantuntijuutta työyhteisössä ja työryhmässä (Housley 2003). Moniammatillisen yhteistyön vahvistamista on tarjottu lääkkeeksi myös hyvin moninaisiin terveydenhuollon haasteisiin. Terveydenhuollon tehtävien kompleksisuuden lisääntyessä sen on katsottu edistävän terveydenhoidon laatua kuten potilasturvallisuutta (Baker ym. 2006) sekä potilaslähtöistä, kokonaisvaltaista hoitoa (McCallin 2001, D'Amour ym. 2005, Baker ym. 2006). Moniammatillista yhteistyötä kehittämällä on pyritty vastaamaan myös toiminnan tehostamista koskeviin haasteisiin (D'Amour ym. 2005). Sen lisäksi, että moniammatillisesta yhteistyöstä on etsitty vastauksia käytännön terveydenhoitotyötä koskeviin ongelmiin ja kysymyksiin, monitieteisyys ja ammatillisten raja-aitojen ylittäminen on ollut myös teo-

reettisen tarkastelun kohteena (Housley 2003, Couturier ym. 2008). Tässä tarkastelussa moniammatillista yhteistyötä koskeva kiinnostus, tutkimus ja kehittämistyö ovat kummunnut tieteen ja ammatillisten käytänteiden pirstaleisuutta koskevasta kritiikistä. Monitieteisyyden (multidisciplinary, interdisciplinary) ja ammatillisen yhteistyön (multiprofessional, interprofessional) tarve onkin noussut esille viime vuosina kenties voimakkaampana kuin koskaan ennen (Bleakley ym. 2006).

Ammattiryhmien yhteistoimintaa on aiemmassa tutkimuksessa jäsennetty esimerkiksi toiminnan teorian (Kerosuo 2006), neuvottelevan työtavan eli solmutyöskentelyn (Saaren-Seppälä 2004) ja ekspansiivisen oppimisen ja yhteiskehittelyn (Engeström 2004) näkökulmista. Myös hoitoketjuja on tutkittu jonkin verran. Hoitoketjulla tarkoitetaan järjestelmätason strategioita, joilla pyritään hallitsemaan palvelujen tarjontaa eri hoitokohteissa yli yksikkörajojen. (Saaren-Seppälä 2004.) Tässä tutkimuksessa keskitytään kui-

tenkin etnografisen strategian mukaisesti moniammatillisen yhteistyön muotojen ja haasteiden tarkasteluun päivystyksen hoitoprosessissa (ks. Kuvio 2). Siksi tarkastelemmekin tässä tutkimuksessa hoitoprosessia kontekstina, emme tutkimuskohteena. Päivystyshoidon yhteistyötilanteista ei juuri ole aiempaa tutkimustietoa (Lemieux-Charles ja McGuire 2006).

Moniammatillisuutta on nimitetty myös yhteisölliseksi, jaetuksi asiantuntijuudeksi. Potilaiden hoitaminen on moniammatillisessa yhteistyössä toimivien yhteinen tehtävä, joka edellyttää tehtävien ja yhteistyön synkronointia (Baker ym. 2006). Moniammatillista yhteistyötä työyhteisössä tai työryhmässä luonnehtii myös yhteistyöhön osallistuvilla ammattiryhmillä oleva yhteisesti ymmärretty työn tavoite, keskinäinen riippuvuus, kollegiaalinen ja tasa-arvoinen suhde sekä jaettu päätöksenteko (D'Amour ym. 2005, San Martín-Rodríguez ym. 2005). Tällaisia ideaaleja moniammatillisen yhteistyön piirteitä on terveydenhuollossa havaittu kuitenkin harvoin.

Todellisuudessa moniammatillinen yhteistyö näyttäisi toteutuvan terveydenhuollon erilaisissa konteksteissa vaihtelevasti. Se, missä määrin työ on organisoitu moniammatilliseksi tiimityöksi, vaihtelee organisaatioittain ja työtehtävittäin (Millward ja Jeffries 2001). Ammattiryhmien rinnakkaintyöskentely onkin tutkimuksessa erotettu ”todellisesta” moniammatillisesta yhteistyöstä (D'Amour ym. 2005). Ammattiryhmien rinnakkaintyöskentelyssä (multidisciplinary teamwork) terveydenhoidon ammattilaiset koordinoivat yhteistyötään ja jakavat informaatiota toisilleen, mutta työskentelevät itsenäisesti omina ammattiryhminään (McCallin 2001, D'Amour ym. 2005). Tällaista yhteistyötä luonnehtii myös perinteinen ammatillinen hierarkia ja kiinnittyminen omaan ammatilliseen ryhmään (Bleakley ym. 2006). Tätä kiinteämpää ja yhteisöllisempää työskentelyä on varsinaisen moniammatillinen yhteistyö (interdisciplinary teamwork), jossa terveydenhuollon ammattilaiset työskentelevät yhteisöllisesti kehittäen yhteisöllisiä työprosesseja. Ammatillisten ryhmien väliset raja-aidat joustavat ja työtehtäviä ja vastuuta jaetaan ammatillisten rajojen yli. (McCallin 2001, D'Amour ym. 2005.)

MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ PÄIVYSTYSTYÖSSÄ

Aiempaa tutkimusta tilannekohtaisesta vuorovaikutuksesta eri ammattiryhmien välillä ja eri terveydenhuollon konteksteissa on vielä suhteellisen vähän. Aiempi tutkimus kuitenkin antaa viitteitä

siitä, että moniammatillisen yhteistyön ja ammattiryhmien välisen vuorovaikutuksen piirteet vaihtelevat kontekstista toiseen. Päivystystyö on kolmivuorotyötä, joten erityisiä haasteita toiminnalle asettavat jatkuvat muutokset potilaita hoitavissa työryhmissä (Rekola ym. 2005, Cameron ym. 2010). Hoitohenkilökunnan vaihtuvuuden lisäksi suuret potilasmäärät, tarve nopeaan päätöksentekoon ja monimutkaiset hoitosuunnitelmat tuovat haasteita hoitoryhmän toiminnalle ja keskinäiselle kommunikaatiolle (Cameron ym. 2010). Nopeatempoisessa työssä on myös usein niukasti aikaa kommunikaatioon ja luottamuksen rakentamiseen. Tiimin jäsenten vaihtuvuus on haaste myös siksi, että moniammatillista yhteistyötä edistävaksi todetun keskinäisen luottamuksen ja kunnioituksen rakentaminen edellyttää kollegan tuntemista, jatkuvuutta yhteistyössä sekä yhteistä tietoa moniammatillisen yhteistyön prosesseista. (Nikander 2003, Pullon 2008.)

Päivystystyön keskeisenä tavoitteena on nopea diagnosointi ja jatkohoitopäätöksen tekeminen, minkä vuoksi lääketieteen dominanssi on suhteellisen vahva (Reeves ym. 2009, Nugus ym. 2010). Siinä, miten eri ammattiryhmien tulisi työskennellä moniammatillisesti, tulee ottaa huomioon se, missä hoitopolun vaiheessa työskennellään. Henkilökunnan tulee itse määrittää, millaisissa tilanteissa terveydenhoidon tulee olla kollaboratiivista ja millaisissa autoritaarista. (Nugus ym. 2010.) Tarvitaankin aiempaa yksityiskohtaisempaa tutkimustietoa siitä, mitkä päivystystyön prosessit erityisesti edellyttävät moniammatillista päätöksentekoa (Rekola ym. 2005). Päivystystyön prosesseista moniammatillisen yhteistyön ja tiimitoiminnan tutkimuksen kohteena on yleisimmin ollut hätätilapotilaan hoito tai traumatiimin toiminta (esim. Cole ja Crichton 2006, Fernandez ym. 2008). Päivystystyö kuitenkin pitää sisällään muitakin hoitoprosesseja kuin hätätilapotilaan tai traumapotilaan hoidon, joten lisätutkimus päivystystyön moniammatillisista yhteistyöprosesseista on tarpeen. Tarvitaan myös tarkempaa kuvausta niistä hoitotilanteista, työtehtävistä ja -konteksteista, joissa moniammatillista yhteistyötä tehdään ja siitä, millaista se on eri työtehtävissä (Lemieux-Charles ja McGuire 2006). Monet muissa terveydenhuollon konteksteissa tyypilliset moniammatillisen yhteistyön muodot, kuten kierrot tai potilaspauksia tai hoidon suunnittelua koskevat moniammatilliset tapaamiset (Reeves ja Freeth 2003), eivät välttämättä toimi päivystystyössä sen no-

peatempoisuuden ja vaihtuvien hoitotiimien vuoksi.

AMMATILLISTEN RAJOJEN YLITTÄMINEN (BOUNDARY CROSSING)

Työntekijöiden välinen tasa-arvo vahvistaa moniammatillista yhteistyötä ja oppimista moniammatillisissa ryhmissä (Liveng 2010). Tasa-arvoisuutta moniammatillisissa ryhmissä edistää esimerkiksi ammatillisten raja-aitojen ylittäminen. Edmondson tutkimusryhmineen (2001) havaitsi, että leikkaussalitiimin oppimista tehosti tiiminvetäjien tukema ammattirajojen häivyttäminen. Ammatillisia raja-aitoja on hälvennetty myös siirtämällä tiettyjä lääkäreiden tehtäviä hoitajille, esimerkkinä hoitajien rajattu lääkkeenmäärämisoikeus (Stenner ja Courtenay 2008) tai hoidon kiireellisyyden arviointi (triage). Yksi terveydenhuollon moniammatillisuuden tyypillisistä piirteistä onkin eri ammattikuntien raja-alueelle sijoittuvien uusien tehtävien syntyminen (Scholes ja Vaughan 2002), mikä asettaa vaatimuksia myös moniammatillisille tiimeille uusien yhteistyötapojen oppimisessa. Lääkkeenmäärämisoikeuden saaneet hoitajat kokivat yhteiset keskustelut hoitotiimeissä tärkeinä itsetuntonsa vahvistamisessa ja ongelmanratkaisussa. Heillä oli myös tärkeä rooli ohjaajina ja tiedon jakajina työyhteisössään. (Stenner ja Courtenay 2008.) Tehtäväkuvan laajentuminen merkitsi siis paitsi yksilön oppimista, myös koko työyhteisön oppimista.

VIRHEIDEN KÄSITTELY JA ONGELMANRATKAISU MONIAMMATILLISENA TOIMINTANA

Tucker ja Edmondson (2003) ovat analysoineet sairaaloissa tapahtuvia toimintahäiriöitä. Virheellä tutkijat tarkoittavat joko tarpeettomasti tai väärällä tavalla toteutettua tehtävää, esimerkiksi potilaan valmistelua johonkin toimenpiteeseen, jota ei sitten toteutetakaan. Virheet johtavat harvoin kuolemantapauksiin, mutta pienempiä harmeja tuottavia virheitä sattuu useammin, ja nekin olisivat tutkijoiden mukaan vältettävissä, jos virheitä tuottaviin prosessien kohtiin kiinnitetäisiin enemmän huomiota. Työntekijät eivät kuitenkaan helposti tunnista virheitä tehdessään niitä. Organisaation oppimista edistäväksi työntekijätyypiksi tutkijat määrittelevätkin henkilön, joka ei yritä korjata toisten tekemiä virheitä vaan tuo ne esille, kuten myös paljastaa omat virheensä. Toinen sairaaloiden toimintahäiriön tyyppi on ongelma, joka määriteltiin työntekijän estyneisyydeksi hoitaa jotakin tehtävää esimerkiksi sen vuoksi, että tarvittavia tarvikkeita, tietoja, lääkkeitä tai hen-

kilöitä ei ole sillä hetkellä saatavilla. Toisin kuin virheistä, ongelmista ollaan organisaatiossa usein hyvin tietoisia ja ongelmat ovat näkyviä. Ongelmista voidaan oppia, kun itse toimintatilanteessa tapahtuvan eli ensimmäisen asteen ongelmanratkaisun lisäksi ongelmat viedään johdon tai muiden niistä vastuussa olevien tietoon, jotta ongelman esiintyminen jatkossa voitaisiin estää. Tällaista ongelmanratkaisua tutkijat nimittävät toisen asteen ongelmanratkaisuksi. Tutkijat väittävät ongelmista oppimisen olevan sairaaloissa harvinaista; ei siksi että ongelmat olisivat hankalia ja monimutkaisia ratkaista, vaan esimerkiksi siksi, että terveydenhoitokulttuurissa arvostetaan ja korostetaan yksilöiden valppautta tarttua ongelmiin ja ratkaista niitä, jolloin ongelmien käsittely jää ainoastaan yksilötasolle. (Tucker ja Edmondson 2003.)

Aiemman tutkimuksen perusteella virheet ja ongelmat voivat siis olla työn kehittämisen ja muutoksen lähtökohtana nimenomaan silloin, kun niitä käsitellään yhteisöllisesti tiimissä tai laajemmassa työyhteisössä. Virheet ja ongelmat sinänsä eivät välttämättä edistä kehittämistyötä, jos ne jäävät yksittäisten työntekijöiden käsiteltäviksi ja ratkaistaviksi. Virheiden tunnistaminen ja erityisesti tunnustaminen edellyttää, että tiimin tai työyhteisön kulttuuri sallii virheet ja ilmapiiri niiden julkituomiseen on turvallinen. Edmondson tutkijaryhmineen havaitsi tämän vertaillen sitä, miten nopeasti eri tavoin johdetut leikkaussalitiimit oppivat uuden leikkaustekniikan. Nopeasti oppivien tiimien johtajat motivoivat ja rohkaisivat tiimiään oppimaan sekä tuomaan uuden tekniikan käyttöön liittyviä ongelmia ja riskejä esille (Edmondson ym. 2001). Virheiden ja läheltä piti -tilanteiden julkistamiseen ja käsitteilyyn on Suomessa kehitetty HaiPro -vaaratapah- tumien ilmoitusjärjestelmä ja niiden käsittelyn toimintamalli. Toimintamalli perustuu vapaaehtoiseen nimettömään raportointiin. Sen tarkoituksena on oppia tapahtumista selvittämällä niiden syitä ja synty mekanismeja sekä kehittää ennalta ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet potilasturvallisuuden parantamiseksi. (Knuuttila ym. 2008.)

TÄMÄN TUTKIMUKSEN KONTEKSTI JA TAVOITE

Tässä artikkelissa esitellyt tulokset pohjautuvat laajempaan ryhmätoiminnan ja moniammatillisuuden tutkimus- ja kehittämishankkeeseen (RYMY), joka toteutetaan Keski-Suomen Keskussairaalan päivystysalueella vuosina 2010–2012.

Kuvio 1.
Päivystyspoliklinikan toiminnot.



Päivystysalueeseen kuuluvat päivystyspoliklinikka sekä päivystys- ja infektio-osasto (POS); tässä artikkelissa esitellyt tulokset ovat päivystyspoliklinikalta. Potilaat ohjataan päivystyspoliklinikalla hoidon kiireellisyyssarvion kautta perusterveydenhuoltoon tai erikoissairaanhoitoon. Perusterveydenhuollon alla toimii niin sanottu nopea linja, jossa hoidetaan pienempiä vaivoja kuten flunssa- tai haavanhoitopotilaita. Erikoissairaanhoito jakautuu edelleen neljään työpisteeseen, joita ovat konservatiivinen, operatiivinen, lapset ja kiireellinen hoito (shokkihuone).

Päivystyksen toiminta-ajatuksena on nopea ja tehokas diagnoosi, hoidon aloitus sekä jatkohoitotarpeen ja -paikan määrittely. Käytännön työssä nämä tavoitteet pyritään toteuttamaan niin, että 80 % kaikista potilaista viipyisi päivystyspoliklinikalla maksimissaan kaksi tuntia. Päivystyspoliklinikalla ei ole ollut saatavilla virallista kuvausta hoitoketjusta, joten Kuviossa 2 esitetty malli on muokattu Hyttisen ja Hämäläisen (1999) ensiapupoliklinikan potilasprosessista kuvaamaan Keski-Suomen Keskussairaalan päivystyksen hoitoprosessia.

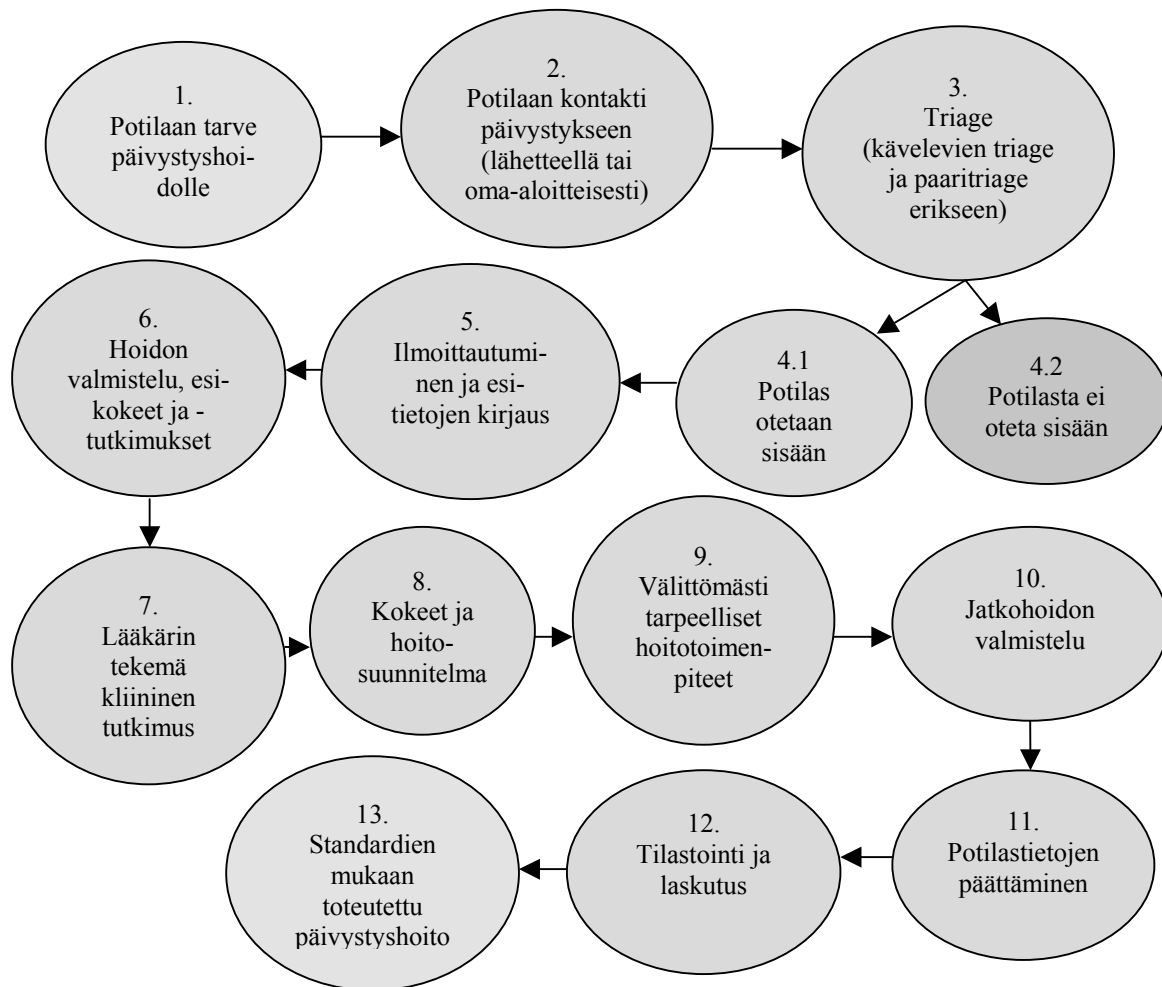
RYMY-hankkeen tavoitteena on henkilöstöä osallistavalla otteella selvittää päivystysalueyöskentelyn toimintaprosesseja ja erityisesti toiminnan niitä kohtia, joissa moniammatillinen yhteistyö on tehokkain ja toimivin ratkaisu potilaan kokonaishoidon ja henkilöstön työhyvinvoinnin näkökulmasta. Lisäksi tavoitteena on paljastaa

sellaisia moniammatillisen yhteistyön tapoja, jotka sisältävät haasteita ja kehittämistarpeita. Toiminnan tehostamiseksi sekä asiakaslähtöisen toiminnan, kuten potilasturvallisuuden ja hoidon läpimenoaikojen lyhentämisen, turvaamiseksi Keski-Suomen Sairaanhoitopiirissä on ensimmäisenä Suomessa siirrytty maakunnalliseen yhteispäivystykseen, joka toteutetaan erillisellä päivystysalueella omana toimialanaan. Siirtyminen nopean vasteen päivystystoiminta-alueeseen on suuri toiminnallinen muutos, jollaisesta ei Suomessa ole vielä juurikaan kokemuksia. Päivystystyö nähdään siihen harjaannutetun henkilöstön yhteistoimintana, jonka aikana koko hoitoprosessin on toimittava saumattomasti. Koska toimintamalli on uusi, moniammatillisen yhteistyön kehittäminen nähdään tarpeelliseksi.

Työelämän tutkimushankkeissa on perinteisimmin keskitytty työn organisoimiseen ja työnjakoon liittyviin haasteisiin, ja ilmiöitä on lähestytty usein kvantitatiivisten ja interventioita sisältävien tutkimusstrategioiden avulla. Myös Keski-Suomen Keskussairaala on toteutettu lukuisia työnjakoa ja työn organisoimista hallinnollisesta näkökulmasta lähestyviä selvityksiä ja hankkeita, mutta itse työn sisällöistä ja prosesseista lähtevää kehittämistyötä ei ole tehty. Lukuisissa tutkimuksissa on todettu, että työprosessitiedon ja ryhmätoimintaprosessien kuvaaminen ja ymmärtäminen on vaikeaa perinteisillä menetelmillä kuten lomakekyselyillä ja haastatteluilla (esim. Leppänen

Kuvio 2.

Päivystyksen hoitoprosessi (mukautettu Hyttinen ja Hämäläinen 1999 pohjalta).



ym. 2008). Siksi onkin tärkeää havainnoida autenttista työtoimintaa ja jokapäiväisiä työkäytänteitä ja vuorovaikutusta (Nikander 2003).

MENETELMÄT JA AINEISTO

Tutkimusprojektille saatiin tutkimuslupa sekä Keski-Suomen Keskussairaalan että Jyväskylän yliopiston eettisiltä toimikunnilta. Tutkimus ei kohdistunut potilaisiin. Ennen tutkimuksen alkua siitä tiedotettiin henkilöstölle ja henkilöstöltä pyydettiin suostumus tutkimukseen osallistumiseen. Poliklinikan esimiesten kanssa sovittiin, että havainnointi toteutetaan niin että työntekijöiden normaalia työtä häiritäisiin mahdollisimman vähän.

Tutkimusstrategiana hyödynnettiin etnografiaa. Etnografia ja kollektiivinen etnografia (Woods ym. 2000, Gordon ym. 2006, Sigaud 2008, Paloniemi ja Collin 2010) mahdollistavat kontekstin ymmärtämisen lisäksi ruohonjuuritason henkilöstön yhteistoiminnan tarkastelun. Etnografisen tutkimusstrategian etuna on myös se,

että se soveltuu päivystystyön nopeatempoisuuteen mahdollistaen nopean reagoinnin ja muutosten tekemisen tarpeen mukaan työn ja sen kehittämisen ehdoilla. Tutkimuksessa hyödynnettiin neljän tutkijan yhteispanosta, ja kahdella näistä tutkijoista on pitkä kokemus etnografisesta tutkimusotteesta. Tutkimuskysymyksenä on: millaisia moniammatillisen yhteistyön muotoja ja haasteita päivystystyön hoitoprosessi sisältää?

Aineistonhankintatapoina käytettiin havainnointia (yhteensä 85 tuntia) ja haastatteluja (n = 11; ennalta sovitut yksilöhaastattelut ja havainnoinnin lomassa tehdyt kenttähaastattelut, joiden kesto vaihteli viiden ja 45 minuutin välillä). Havainnointiaineisto henkilökunnan jokapäiväisestä työstä kerättiin kenttämuistiinpanojen ja äänitallenteiden avulla. Äänitallenteita tehtiin sekä työntekijöiden välisistä että tutkijoiden ja työntekijöiden välisistä keskusteluista. Etnografiassa kenttävaiheen valintoja säätelevät esimerkiksi tutkimuksen kokonaistarkoitus ja tutkimuk-

seen vaikuttavat sattumanvaraiset tapahtumat. Kenttävaihe on mahdollista kohdentaa rajattuun kiinnostuksen kohteeseen (tässä tutkimuksessa moniammatilliseen yhteistyöhön) ja kenttätyöskentely voidaan toteuttaa joustavasti erimittaisissa jaksoissa, kuten myös tässä tutkimuksessa on tehty. (Jeffrey ja Troman 2004.) RYMY-hanke, johon tämän artikkelin tulokset pohjautuvat, on jaettu kolmeen ennalta sovittuun vaiheeseen, joista ensimmäinen (kenttävaihe) oli suunniteltu kolmen kuukauden mittaiseksi. Sitä kuitenkin jatkettiin hankkeessa ilmenneiden uusien kehityskohdeiden vuoksi kahdella kuukaudella. Tämän artikkelin löydökset ovat hankkeen ensimmäisestä vaiheesta. Havainnoimassa oli aina kerrallaan kaksi tutkijaa, jotka havainnoivat yleensä yhdessä, mutta kahden tutkijan läsnäolo mahdollisti myös erillään havainnoimisen päivystysalueen tilanteesta riippuen. Yksittäisen havainnointikeran kesto vaihteli 1½ tunnista yhteen kokonaiseen työvuoroon. Yhdessä työvuorossa päivystyspoliklinikalla on vuorokaudenajasta riippuen keskimäärin 30–40 työntekijää, joista havainnoitiin vaihtelevasti osaa; havainnointikerroilla pyrittiin kirjaamaan tapahtumia poliklinikan eri hoitopisteissä mahdollisimman kattavan kuvan saamiseksi. Tutkimukseen myös haastateltiin lääkäreitä (n = 5), hoitajia (n = 5) ja sihteereitä (n=1). Haastateltaviksi pyrittiin saamaan eri ammattiryhmien edustajia kaikista päivystyspoliklinikan hoitopisteistä ja haastattelujen avulla pyrittiin selvittämään, millainen käsitys haastateltavilla on eri ammattiryhmien yhteistyöstä ja mitä parannettavaa siinä olisi. Haastattelujen teko lopetettiin, kun haastatteluaineiston koettiin saturoituvan. Näiden lisäksi hyödynnettiin kahta äänitalennetta henkilöstön kehittämis- ja koulutustilaisuuksista.

Aineiston analysointimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia (Miles ja Huberman 1994, Hsieh ja Shannon 2005). Litteroitu haastatteluaineisto ja puhtaaksikirjoitettu havainnointiaineisto siirrettiin ATLAS.ti-ohjelmaan, joka mahdollisti aineiston koodaamisen ja järjestyksen. Analyysin alkuvaiheessa aineistosta valittiin jatkoanalyysia varten havainnointipäiväkirjoista ja haastatteluista ne osuudet, jotka liittyivät ammattiryhmien väliseen yhteistyöhön. Aineistolähtöisen koodauksen ja luokkien yhdistelyn tuloksena aineistosta muodostettiin kaksi pääluokkaa, yhteistyön muodot ja haasteet. Muodot-pääluokka muodostui kolmesta yläluokasta ja nämä puolestaan 3–6:sta alaluokasta. Esimerkiksi hoidon

yhteinen suunnittelu -yläluokka koostui kolmesta alaluokasta, joita olivat ongelmatilanteen ratkaisu, toimintatavan ehdottaminen ja mielipiteen kysyminen. Analyysin viimeisessä vaiheessa muotojen ja haasteiden kuvauksia tulkittiin yhteisesti tutkimusryhmän kesken. Tässä vaiheessa muotoja ja haasteita tarkasteltiin myös rinnakkain niin, että pystyttiin määrittelemään kullekin yhteistyön muodolle tyypillisimmät haasteet. Aineistokatkelmissa esiintyvien henkilöiden nimet on muutettu anonymiteetin suojelemiseksi.

TULOKSET

Päivystystyöstä löydettiin tässä tutkimuksessa useita erilaisia moniammatillisen yhteistyön muotoja ja haasteita. Haasteet olivat yhteistyön ongelma-kohtia, jotka sisältyivät muotoihin. Esimerkiksi ammattiryhmien rinnakkaintyöskentely (muoto) sisälsi myös tiedonkulun ongelmia (haaste) ja epäyhtenäisiä toimintaperiaatteita (haaste). Muodoilla ja haasteilla on monitasoinen suhde: osa yksilöistä tai ammattiryhmistä saattoi nähdä tietyn asian mutkattomana yhteistyön muotona, kun taas toisille sama asia näyttäytyi haasteena. Seuraavissa luvuissa kuvataan kolmea tässä tutkimuksessa löydettyä yhteistyön päämuotoa ja niihin liittyviä haasteita. Aiemmassa tutkimuksessa esitetyn moniammatillisen yhteistyön määrittelyn perusteella ensimmäinen muoto ei ole varsinaista moniammatillista yhteistyötä vaan on määriteltävissä ammattiryhmien rinnakkaintyöskentelyksi (ks. D'Amour ym. 2005). Sen sijaan kahta jälkimmäistä voidaan luonnehtia moniammatilliseksi yhteistyöksi.

AMMATTIRYHMIEN RINNAKKAINTYÖSKENTELY PÄIVYSTYKSEN HOITOPROSESSISSA

Keskeisimpiä yhteistyön muotoja päivystyspoliklinikalla oli päivystyspoliklinikan vastuiden ja työnjaon mukainen rinnakkaintyöskentely päivystyksen hoitoprosessissa. Tämä merkitsi sitä, että potilaiden hoito ei sisältänyt mitään ammattiryhmien työnjaosta poikkeavaa ja työntekijät eri ammattiryhmissä tekivät omaan työnkuvaansa kuuluvia tehtäviä. Toimintaan sisältyi potilaan diagnosoimista, erilaisia hoitotoimenpiteitä, kokeiden tilaamista, tietojen vaihtoa muiden yksiköiden kanssa, paperitöitä ja kirjaamista sekä potilaiden siirtoja. Toiminta perustui hoitoprosessin vakiintuneeseen toteutustapaan, ja ammattiryhmien yhteistyö tapahtui suoralla hoitotoimenpiteen määräyksellä, avunpyyntönä toimenpiteeseen tai yhdessä keskustellen potilaan tilanteesta.

Potilaan hoitoprosessissa tapahtuvaan ammattiryhmien rinnakkaintyöskentelyyn keskeisesti liittyviä haasteita olivat tiedonkulun ongelmat, epäyhtenäiset toimintaperiaatteet ja tietojärjestelmiin liittyvät ongelmat. Tiedonkulun ongelmat merkitsivät joko epätarkkaa tietoa tai tiedon puuttumista kokonaan: työntekijät saattoivat esimerkiksi tehdä samaa asiaa toisistaan tietämättä, kun samanaikaisesti toisessa työsuorituksessa olisi tarvittu tekijöitä. Myös hoitovälineitä tai papereita saattoi olla kadoksissa. Seuraava kenttämuistiinpanokatkelma kuvaa työtehtävien hoitamisen ajoittaisen päällekkäisyyden ongelmaa:

Emma (hoitaja) soittaa ja kysyy potilaskuljettajaa. On kuulemma neljään saakka. Emma tilaa molemmille POSiin lähtijöille kuljettajan. Joel (hoitaja) tulee saman informaation kanssa. Eli molemmat hoitivat samaa asiaa.

Myös papereissa tai sähköisissä potilastiedoissa ilmeni toisinaan epäselvyyksiä, jolloin työaikaa kului ylimääräiseen tarkistamiseen. Epäselvyyksien syinä pidettiin kiirettä, henkilökunnan vaihtuvuutta, yksilöiden asenteita, organisaatiomuutoksia ja epäyhtenäisiä tapoja toteuttaa organisaation toimintaohjeita. Seuraava kenttämuistiinpanokatkelma ilmentää toimintaohjeisiin liittyviä tiedonkulun ongelmia:

Kansliassa totesivat yhdessä, että kolaripotilas ei olisi alunperinkään kuulunut pth:n päivystykseen vaan suoraan operatiiviselle. Operatiivisella oli ”säätö” että kaikki kolaripotilaat, joilla auto mennyt katon kautta ympäri, tulevat automaattisesti operatiiviselle. Triagessa tätä ei ilmeisesti kuitenkaan tiedetty.

Myös fyysisen työympäristön ongelmat asettivat haasteita toiminnalle. Osa henkilökunnasta oli tyytymätöntä päivystyksen tilaratkaisuihin: potilaiden ja henkilökunnan hyvinvointia ja yhteistyötä vaikeuttivat heikko äänieristys, ahtaat ovi-aukot ja käytävät sekä puutteelliset potilaswc-tilat. Tämä on haaste moniammatilliselle vuorovaiikutukselle siinä mielessä, että potilaan hoitoprosessin etenemisen näkökulmasta jokin keskeinen tieto voi jäädä kertomatta, jos hoitohenkilöstön edustaja ei esimerkiksi pysty ahtauden vuoksi olemaan paikalla. Tai, hoitotilanteessa potilasta koskevaa tietoa ei voi sanoa ääneen potilaan yksityisyyden suojan turvaamiseksi. Päivystyksen toimintatarkoituksen ja tilasuunnittelun huomioon ottaen myös ruuhkatilanteet olivat merkittävä haaste ja monimutkainen prosessi. Ruuhkat päivystyksessä johtuivat esimerkiksi täynnä olevista

jatkohoitopaikoista, päivystysalueen sisäisestä henkilökuntavajeesta, tai äkillisistä piikeistä potilasmäärissä tai tapausten lääketieteellisessä vaikeudessa.

Kaiken kaikkiaan päivystyksen hoitoprosessissa havaitut ongelmat ovat samankaltaisia kuin aiemmassa tutkimuksessa kuvatut toimintahäiriöt sairaaloissa (esim. Tucker ja Edmondson 2003). Henkilökunta toi ongelmia esille esimerkiksi erilaisissa kokouksissa ja kehittämistilaisuuksissa. Seuraavassa katkelmassa hoitaja kommentoi ruuhkaongelmaa:

Se asenne myöskin siitä, että jos meillä on shokkihuoneessa paljon potilaita, niinkun monta kertaa tulee, ja sinne jämähtää, niin se nopean siirron mahdollistaminen sieltä esimerkiksi päivystysosastolle, mikä siinä lähellä on. Että sillä nyt ei tosiaan kuuluisi sitä, että kun ei oo siivottu, kun se oottaa kyytiä. Siis sehän puurouttaa koko jutun näin, koska jos aatellaan, et yhessä aamuvuorossa tai iltavuorossa seittemän ennakkoon, kaikki tulee shokkariin ja siellä kaks venaa paikkaa, niin eihän se oo niinkun, ei siinä oo mitään järkeä.

Edellä oleva katkelma kuvaa sitä, kuinka hoitoprosessin ongelmia kommunikointiin hallinnolle. Johto vaikutti siis olevan varsin tietoinen ongelmista ja pyrki myös ratkaisemaan niitä. Tämän tyyppinen toisen asteen ongelmanratkaisu mahdollistaakin organisaation kehittämisen. Ongelmien ratkaisu hallinnon tasolla oli kuitenkin varsin työlästä, koska lääkärin ja hoitajien työtä johdetaan erillään eikä moniammatillisuus hoitoprosessin koordinoinnissa toteudu kovinkaan hyvin. Esimerkiksi yllä kuvatun ruuhkaongelman selvittely vaati lääkärin ja hoitotyön johdoilta erilliset ratkaisut. Viime kädessä syy tähän ei ollut vain sairaalan hallinnon tasolla, vaan myös kansallisella tasolla lääkärin ja hoitajien erillisten työehtosopimusten vuoksi.

Edellä mainitut seikat kuvaavat rinnakkaintyöskentelyn ja moniammatillisuuden monimutkaista suhdetta terveydenhuollossa: tavallisessa potilastyössä ei havaintojemme mukaan ole tarvetta siirtyä rinnakkaintyöskentelystä moniammatillisuuteen, vaan tarve kiinteämpään moniammatilliseen yhteistyöhön on ennemminkin hoitoprosessin koordinoinnissa. Virheistä ja ongelmista huolimatta hoitoprosessi vaikutti useimmiten toimivan varsin hyvin. Myös haastatellut henkilökunnan jäsenet olivat enimmäkseen tyytyväisiä hoitoprosessin toimivuuteen. Tätä tukevat myös

omat havaintomme, esimerkiksi seuraava katkelma kenttäpäiväkirjasta:

Palaamme konservatiivisen kansliaan, jossa on selvästikin alkamassa klo 13.00 ruuhka. Uusia potilaita tulee sisään. Touhu on nopea-tempoista. Hoitajat kulkevat paikasta toiseen. Ja lääkärit katsovat potilaita nopeaan tahtiin. Yhteistyö vaikuttaa sujuvalta. Potilaat oteetaan vastaan ja lääkärit menevät katsomaan potilaita kohtuu nopeaan tahtiin.

HOIDON YHTEINEN SUUNNITTELU

Keskeinen moniammatillisen toiminnan muoto päivystystyössä oli hoidon yhteinen suunnittelu. Yhteisessä suunnittelussa kyse ei ollut vain lääkärin antamasta suorasta ja yksiselitteisestä määräyksestä, vaan hoitotoimenpiteistä neuvoteltiin eri ammattiryhmien kesken. Näitä ammattiryhmiä olivat useimmiten lääkärit ja hoitajat, mutta myös esimerkiksi vartijat, poliisit tai ensihoitajat. Hoidon yhteinen suunnittelu sisälsi ongelmatilanteiden ratkaisemista, toimintatavan ehdottamista tai mielipiteen kysymistä. Päivystystyölle tyypillisesti aikaa oli usein vähän ja päätöksenteon tuli olla nopeaa. Yhteisessä suunnittelussa ammattiryhmien väliset rajat saattoivat hämärtyä, mutta rajojen ylitys ei merkinnyt organisaatiohierarkian mukaisten vastuiden loukkaamista. Toisin sanoen käsiteltävä asia saatettiin kyseenalaistaa, mutta ei lain määräämää auktoriteettia. Seuraava kenttämuistiinpanokatkelma kuvaa tilannetta, joka sisältää sekä hoidon yhteistä suunnittelua että ammattirajojen ylittämistä:

Lähtiessämme kahvihuoneesta triagessa on paripotilas tulossa sisään. Päätetään lähteä perään. Potilas viedään operatiiviselle toimenpidehuoneeseen. [...] Taitava hoitaja (tai lääk. vahtim.?) Pekka ja harjoittelija puuhaavat potilaan murtuneen jalan kanssa. Kirurgit kävivät paikalla myös ja tilattiin kuvia. Aluksi ilmeisesti lääkärin päättämänä tilattiin vain nilkasta, mutta ilmeisesti Pekka huomaa myöhemmin myös polvessa kuvattavaa ja huutaa kansliaan, että polvestakin tarvittaisiin kuva. Tieto meni kansliassa olevan hoitajan kautta (tai ehkä suoraankin) kanslian viereisessä huoneessa istuvan lääkärin korviin. [...] Toimenpidehuone on täynnä hoitajia ja lääkäreitä jotka neuvottelevat potilaan hoidosta. Josakin vaiheessa lääkäri(t) lähtee ja Pekka ja harjoittelija jäävät ilmeisesti laittamaan väli-aikaista kipsiä jalkaan. Jonkin ajan kuluttua kipsi on valmis. Huoneesta kuuluu vielä Pekan ääni, joka kertoo harjoittelijalle leikkauk-

sesta. Hetken kuluttua Pekan reflektointi murtumatapauksesta jatkuu vielä kansliassa. Pekka mainitsee polven kuvauksesta (jonka hän on siis pyytänyt lääkärin pyytämän kuvan lisäksi).

Vaikka tilat koettiin paikoin epäkäytännöllisiksi, niiden mainittiin myös helpottavan ammattiryhmien välistä yhteistyötä, mikä ilmenee myös aineistokatkelmassa siten, että tieto hoitajalta lääkärille kulki varsin luontevasti huoneesta toiseen. Yksilöistä ja tilanteista riippuen ammattirajojen ylitys tapahtui erilaisin vuorovaikutuksellisin keinoin, kuten suoralla tai epäsuoralla ehdotuksella, kysymyksellä tai erimielisyyden ilmaisulla. Seuraava aineisto-ote kuvastaa rajojen ylitystä erimielisyystilanteessa:

Lääkärin ja hoitajan välillä mielenkiintoinen hetki. Lääkäri sanoi jonkun olevan tosi kipeä ja pyysi katetrointia. Hoitaja vastasi että ultralla nykyisin katotaan. Lääkäri muistaakseni sanoi siihen, että kirurgi(t) ei pidä ultraa luotettavana. Hoitaja: ”on se ollut...” Hoitaja lähti antamaan kipulääkettä, enkä tiedä, mitä lopulta tehtiin, ultrattiinko vai katetroitiinko. Lääkärin ja hoitajan välillä siis tässä pieni ystävällinen erimielisyys.

Kuten edellä kuvattu katkelma osoittaa, hoidon yhteistä suunnittelua koskevat haasteet olivat luonteeltaan vuorovaikutuksellisia. Tehokas ja tarkoituksenmukainen toiminta ja samanaikainen mukautuminen sairaalahierarkiaan edellytti hoitajilta ja lääkäreiltä tietynlaisia vuorovaikutusstrategioita. Hoitohenkilöstö osallistui hoidon suunnitteluun useimmiten kysymällä, joka oli toimiva strategia sekä ehdottaa toimenpiteitä ja kokeita että samalla kunnioittaa lääkärin päätösvaltaa. Koska kysyminen oli hoitohenkilöstön tavallisin tapa osallistua hoidon suunnitteluun, edellä mainitut aineistokatkelmat kuvaavat poikkeuksellisia tilanteita: Molemmissa tapauksissa hoitaja käytti kysymyksen sijaan suoraa ilmausta. Tapa tulla toimeen hierarkkisissa rakenteissa oli myös yhteinen huumori, joka tämän tutkimuksen perusteella oli toistuva vuorovaikutuksen piirre. Huumorin avulla voitiin myös purkaa paineita ja käsitellä vaikeita työtilanteita.

Lääkärin näkökulmasta tavallinen tapa suunnitella hoitoa yhdessä hoitohenkilöstön kanssa oli kommunikoida nopeasti ja lyhyesti. Selkein selitys tälle on päivystystyön kiireellisyys. Aiempi tutkimus akuuttihoidon lääkärin ja hoitajien välisestä vuorovaikutuksesta kuvaa sitä lääkärin osalta lääketiedekeskeiseksi ja tyylyksi (Reeves ym.

2009, Nugus ym. 2010). Tässä tutkimuksessa lääkärin havaittiin kommunikoidan hoitajien kanssa lyhyesti ja ytimekkäästi, mutta ei epäystävällisesti. Lääkärit eivät perustelleet määräyksiään tai selittäneet kuinka hoito tuli toteuttaa, ellei hoitaja erikseen tätä kysynyt. Tämän tyyppisen kommunikaation tulkitsemme lääkärin tavaksi osoittaa luottamusta hoitajien ammattitaitoon (ks. myös Carmel 2006a). Hoitajilla ja lääkäreillä on suuri määrä yhteistä tietoa kliinisestä työstä ja hoidosta (Carmel 2006b), minkä vuoksi kaikkea ei tarvitse selittää ääneen.

Hoitajien ja lääkärin yhteinen hiljainen tieto mahdollistaa tehokkaan neuvottelun ja sujuvan yhteistyön, mutta tekee samalla uusien työntekijöiden perehdytyksestä ja toiminnasta haastavaa. Havaitsimme kokeneiden hoitajien sanallistavan kliinistä tietoa uusille työntekijöille ja harjoittelijoille. Päivystyspoliklinikka on myös monien vastavalmistuneiden lääkäreiden työpaikka, minkä vuoksi hiljaisen tiedon sanallistaminen on tarpeellista. Uusien työntekijöiden ja harjoittelijoiden perehdyttäminen tapahtui kuitenkin nopeiden hoidon suunnittelutilanteiden ulkopuolella. Näin tapahtui myös edellä olevassa katkelmassa, jossa hoitaja selitti leikkausta harjoittelijalle hoitoa koskeneen suunnittelun ja neuvottelun jälkeen. Neuvominen ja selittäminen olivat sen sijaan tavallisia seuraavaksi kuvattavassa moniammatillisen yhteistyön muodossa.

VAATIVIEN POTILASRYHMIEN HOITO

Hoidon yhteisen suunnittelun ohella keskeinen moniammatillisen yhteistyön muoto oli mielen-terveys-, huume- ja väkivaltaisten potilaiden hoito sekä kiireellisen potilaan hoito shokkihuoneessa. Mielen-terveyspotilaiden hoidossa paikalla oli useimmiten psykiatrinen tiimi, ja virka-apua etenkin potilaiden siirtoihin pyydettiin usein myös vartijoilta tai poliiseilta. Nämä kaksi ammattiryhmää olivat näkyvässä osassa myös huume- ja väkivaltaisia potilaita hoidettaessa. Kaikkiaan turvallisuushenkilöstön rooli päivystystyössä ulottui muun henkilöstön ja potilaiden kanssa keskustelusta ja valmiudessa olosta toimintatilanteisiin, joita olivat esimerkiksi potilaiden siirroissa avustaminen tai häiritsevästi käyttäytyvän potilaan taltuttaminen. Seuraava aineisto-erä kuvaa turvallisuushenkilöstön osallistumista mielen-terveyspotilaan hoitoon:

Potilas vaatii poliisin paikalle ja perustelut omalle läsnäololleen. Uhkaa jo oikeusjutulla ja sanoo, että häntä pidetään vastentahtois-

ti paikalla. Vartijat tulevat paikalle, mutta potilas vaatii poliisin. Ongelma potilaalla on se, että hänelle ei ole kerrottu, miksi hän on edelleen paikalla. Jarmo (lääkäri) on mukana [psykiatrisen] tiimin ja vartijoiden kanssa. Lopulta kun potilas ei suostu yhteistyöhön, vartija ehdottaa, että tehdään virka-apupyynn- tö siirrosta. Paikalle tulee siis sekä poliisi että ambulanssi (siirtoa varten). Paul (hoitaja) tekee pyynnön. Potilas jää käytävälle ja kaksi vartijaa siihen hänen kanssaan.

Myös kiireellisen potilaan hoito shokkihuoneessa oli näkyvä moniammatillisuuden muoto päivystyksessä; ammattiryhmät toimivat yhdessä potilaan tilan vakauttamiseksi ja vaivan diagnosoimiseksi. Useita toimintoja (esimerkiksi hoitotoimenpiteet, puhelut muihin yksiköihin, laitteiden säätäminen) limittyi keskenään tilanteissa, jotka vaativat usein nopeutta. Toiminnan täytyi olla mahdollisimman tehokasta, jotta potilaan vointi korjaantuisi; tehokkuutta edisti esimerkiksi kaikkien ammattiryhmien ennakkotieto kyseessä olevasta potilaasta. Seuraava aineistokatkelma kuvaa onnistunutta yhteistyötä shokkihuoneessa:

Shokkihuoneeseen tuodaan naispotilas, jolla epäilty ketoasidoosi. Ensihoitajat jäävät potilaan jalkopäähän keskustelemaan Tommin (lääkäri) kanssa diagnoosista ja odottelemaan diagnoosia. Kaksi hoitajaa pukemassa potilasta, yksi astruppikoneella ja antaa tulokset Tommille. Ensihoitajat toteavat, että heidän diagnoosinsa oli oikein. Tommi sanoo, että insuliini-infuusion saisi aloittaa. Hoitaja kysyy, monellako. Tommi ei muista, katsovat yhdessä ohjekansiosta. Kaksi hoitajaa hoitaa, Tommi katsoo koneelta määriä, hoitaja menee myös katsomaan. Katsovat yhdessä. Tommi selvittää, hoitaja varmistaa määrät. Hoitaja soittaa potilaasta teholle.

Yksi hoitajista on lähdössä hakemaan (ilmeisesti insuliinia) mutta Tommi sanoo, että jokin toinen merkki (?) käy (jota shokkihuoneen kaapissa on). Neuvottelevat, otetaanko thorax ja tehdäänkö infuusio täällä vai teholla. Tommi sanoo: ”otetaan täällä”. Hoitaja ryhtyy täyttämään ruiskua. Toinen hoitaja (Irene, kokeneempi) kysyy, tarviitko apua. Ruiskua täyttävä kysyy neuvoa. Irene neuvoo. Tommi tekee sanelua, kyselee Ireneltä arvoja ja Irene kertoo. Ruiskua täyttänyt hoitaja juttelee asiasta kolmannen, nuoren (ja ilmeisesti kokemattomimman) hoitajan kanssa. Pyysi myös Ireneä kaveriksi, koska ei ole näillä aineilla ennen infuusiota tehnyt. Sanoo Tommille: ”Bolus kymmenen millia, eikö niin?” Tommi: ”Mä sanelin 12...” Tommi kysyy ka-

liumia, toteaa että tässä on nyt menossa se infuusio. Toteavat myös, että kaliumkorvaushoito annetaan teholla.

Palatessamme Tommin vastaanottohuoneeseen kysyn onko tavallista, että ensihoitajat jäävät odottelemaan diagnoosia. Tommi sanoi että ei ole tavallista. Tässä tapauksessa jäivät, koska tilanne harvinainen ja oli vähän aikaa sitten kouluttanut ensihoitajia ketoasidoosista. Tommin mukaan shokkihuoneen hoitotiimi toimi täydellisesti.

Kuten edellä kuvattu katkelma osoittaa, moniammatillinen yhteistyö sisälsi myös toisen ammattiryhmän opastamista ja uusien kliinisten taitojen oppimista. Opastaminen liittyi esimerkiksi tilanteisiin, jossa oli kokeneita ja kokemattomampia työntekijöitä. Opastaminen liittyi myös esimerkiksi konsultaation pyytämiseen, potilastietojen kirjaamiseen tai organisaation toimintatapoihin. Opastaminen saattoi tarkoittaa yksittäisissä tilanteissa neuvomista tai järjestelmällisempää perehdyttämistä. Yksi keskeisistä tässä tutkimuksessa löydettyistä moniammatillisuuden haasteista liittyi myös opastamiseen ja perehdyttämiseen: työsuhteiden tai vuorojen vaihdoksista johtuva työntekijöiden jatkuva vaihtuvuus edellyttää tehokasta ja jatkuvaa perehdyttämistä ja yleistä työhön opastamista. Havaintojemme mukaan edellä mainittujen potilasryhmien hoidossa perehdytys ja opastaminen tapahtuivat moniammatillisen työn ohella ja sen yhteydessä. Sen sijaan kahdessa ensimmäisessä yhteistyön muodossa toisten työntekijöiden opastaminen ja perehdytys toteutuivat ammattiryhmittäin. Moniammatillisen yhteistyön kehittämisen kannalta tärkeänä on pidetty terveydenhoitohenkilöstön koulutuksen ja työssä oppimisen moniammatillisuuden lisäämistä (esim. Leathard 2003). Vaativien potilasryhmien hoidon moniammatilliset koulutukset ja harjoitukset, kuten traumatiimi- ja elvytysharjoitukset näyttäsivät tuottaneen tulosta ja edistäneen moniammatillista yhteistyötä. Moniammatillinen osaaminen ei kuitenkaan automaattisesti siirry näiden tilanteiden ulkopuolelle. Jos halutaan edistää moniammatillista yhteistyötä myös muissa päivystystyön tilanteissa, moniammatillinen perehdyttäminen, harjoittelu ja koulutus kytkettynä näihin työtilanteisiin tai hoitoprosessin vaiheisiin olisi tarpeen.

POHDINTA

Moniammatillista yhteistyötä päivystystyössä määrittävät kontekstin tyypilliset piirteet, kuten

nopea työtahti ja jatkuvat muutokset hoitoryhmissä. Tässä tutkimuksessa määriteltiin kolme yhteistyön päämuotoa, joita olivat ammattiryhmien rinnakkaintyöskentely päivystyksen hoitoprosessissa, hoidon yhteinen suunnittelu ja vaativien potilasryhmien hoito. Näistä kaksi jälkimmäistä määriteltiin varsinaiseksi moniammatilliseksi yhteistyöksi (McCallin 2001, D'Amour ym. 2005). Tulosten mukaan päivystyksen hoitoprosessin työkäytänteitä voitiin luonnehtia ensinnäkin ammattiryhmien rinnakkaintyöskentelyksi, joka ei siis sisältänyt moniammatillista yhteistyötä sen ideaalissa muodossa. Tässä tutkimuksessa sairaalan toimintahäiriöiden (ks. Tucker ja Edmondson 2003) havaittiin liittyvän nimenomaan tähän muotoon. Toiseksi hoidon yhteinen suunnittelu moniammatillisen yhteistyön muotona edellytti ammatillisten rajojen ylitystä ja yhteistä ongelmanratkaisua. Kolmas muoto eli vaativien potilasryhmien hoito muistutti eniten moniammatillisen yhteistyön ideaalia (esim. D'Amour ym. 2005), joka edellytti erityisen tehokasta ammatillisten rajojen ylitystä ja ongelmanratkaisua esimerkiksi shokkihuoneessa.

Tämä tutkimus toi lisää tietoa päivystystyön konteksteista ja moniammatillisista yhteistyötilanteista, joista on varsin vähän tutkimustietoa (Lemieux-Charles ja McGuire 2006). Tässä tutkimuksessa havaittiin myös, että moniammatillisuuden aste ja tarve vaihtelevat organisaation eri tasoilla ja työsuorituksen tarkoituksen mukaan. Aiemmassa tutkimuksessa moniammatillisuus on kuvattu terveydenhoidon ideaalitalanteena (esim. D'Amour ym. 2005), mutta tämän tutkimuksen perusteella – riippuen tilanteesta ja työsuorituksesta – moniammatillisuuden ei aina tarvitse olla hyvän työkäytännön edellytys (ks. myös Nugus ym. 2010). Jos nykyiset päivystystyön työkäytännöt toimivat, niitä ei välttämättä ole tarpeen muuttaa moniammatillisemmiksi tai pyrkiä vähentämään hierarkiaeroja vain sen vuoksi, että tämä on esitetty ideaalitalanteena. Päivystystyössä rinnakkaintyöskentely ja moniammatillinen yhteistyö vaikuttavat olevan luonteivia ja toimivia hoitokäytänteitä, eikä esimerkiksi shokkihuoneen käytänteissä ja vuorovaikutuksessa havaittu tässä tutkimuksessa ongelmia (vrt. Rekola ym. 2005). Selkein tarve moniammatillisuudelle oli hoitoprosessin johtamisessa ja koordinoinnissa toimintahäiriöiden välttämiseksi. Ohjeiden yhtenäistäminen, koordinointi ja tehokas tiedottaminen tukisivat koko työyhteisön ja erityisesti uusien työntekijöiden toimintaa. Päivystystyössä tapahtuvaa

moniammatillista toimintaa luonnehti myös lääkärin ja hoitajien välisen kommunikaation ytimettyys ja yhteinen hiljainen tieto. Hiljaisen, ääneen lausumattoman tiedon suuri määrä henkilökunnan vaihtuvuuden ohella tuo suuria haasteita työntekijöiden perehdyttämiselle.

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin päivystyspoliklinikan toimintaa, mutta tehokas yhteistyö ja työn kehittäminen ovat tarpeen myös muualla terveydenhuollossa. Samankaltaisia tuloksia on saatu esimerkiksi leikkaussalista (esim. Collin ym. 2010). Näiden perusteella tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää jossain määrin muuallakin akuuttihoidossa, jossa lääketieteen dominanssi on vahva. Laadullinen aineisto ei kuitenkaan mahdollista varsinaisia yleistyksiä (Patton 2002) eikä se ole tässäkään tutkimuksessa tarkoituksena, koska Keski-Suomen Keskussairaalan päivystysalue on toimintaympäristönä varsin ainutlaatuinen eikä sen toimintaprosesseja sellaisenaan pysty siirtämään muihin vastaaviin konteksteihin. Tuloksissa havaintojen yleisyydellä ja useudella olemme tarkoittaneet havaintojen toistuvuutta omassa aineistossamme. Tämän tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin vahvistamaan

tutkija- ja menetelmätriangulaatiolla, ja aineistonkeruu ja analyysi on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti. Päivystysalueen työntekijät ovat myös itse lukeneet löydöksistämme ja todeneet niiden vastaavan heidän arkista toimintaansa (ks. Hammersley ja Atkinson 2007). Havainnot ja aineistosta tehdyt tulkinnat ovat laadullisessa tutkimuksessa kuitenkin aina jossain määrin subjektiivisia. Tulkintojen uskottavuutta olisi voinut vielä vahvistaa palaamalla päivystysalueelle kysymään tehdyistä löydöksistä systemaattisemmin.

Sairaaloissa painotetaan usein yksilötason ongelmanratkaisua (esim. Tucker ja Edmondson 2003), jolloin ryhmätaso jää vähemmälle huomiolle. Tarvitaan vielä lisätietoa siitä, millaisia vaikutuksia hoitoprosessien koordinaation ja johtamisen kehittämisellä moniammatillisemmaksi olisi toimintaohjeiden yhtenäistämiseen ja häiriöiden ehkäisemiseen. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella on myös tarpeen vahvistaa ja kehittää moniammatillista koulutusta sekä koulutuksellisissa että kliinisissä ympäristöissä (ks. myös esim. Kilminster ja Zukas 2007).

Collin K, Valleala UM, Herranen S, Paloniemi S, Pyhälä-Liljeström P. Forms and challenges of interprofessional collaboration in the treatment process of medical emergency work

Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2012;49:31–43

Enhancing interprofessional collaboration has been offered as a solution to a variety of current issues in health care and it's been seen to improve patient safety and well-being at work, for example. In this paper we aim to identify different forms and challenges of interprofessional collaboration in an emergency unit at a **hospital in Finland**. Ethnography was applied as the methodological strategy. Empirical data were collected with the help of observations, audio taping and interviews. The data were analyzed with qualitative content analysis. Three forms of collabora-

tion were found: multiprofessional involvement with the emergency treatment process, mutual planning of patient care and treatment of challenging patient groups, such as urgent patients. Collaboration also faced various challenges, such as information breakdowns and inconsistent practices. Interprofessionalism doesn't always have to be the state to be aimed at if the prevailing work practices function well, but coordination of the treatment process, in particular, needs to be developed more collaboratively to promote shared understanding among all employees.

KIRJALLISUUS

- Baker DP, Day R, Salas E. Teamwork as an essential component of high reliability organizations. *Health Serv Res* 2006;41:1577–98.
- Bleakley A, Boyden J, Hobbs A, Walsh L, Allard J. Improving teamwork climate in operating theatres: The shift from multi-professionalism to inter-professionalism. *J Interprof Care* 2006;20:461–70.
- Cameron KA, Engel KG, McCarthy DM, Buckley BA, Mercer Kollar LM, Donlan SM, Pang PS, Makoul G, Tanabe P, Gisondi MA, Adams JG. Examining Emergency Department Communication through a Staff-Based Participatory Research Method: Identifying Barriers and Solutions to Meaningful Change. *Ann Emerg Med* 2010;56:614–22.
- Carmel S. Boundaries obscured and boundaries reinforced: incorporation as a strategy of occupational enhancement for intensive care. *Sociol Health Illn* 2006a;28:154–77.
- Carmel S. Health care practices, professions and perspectives: A case study in intensive care. *Soc Sci Med* 2006b;62:2079–90.
- Cole E, Crichton N. The culture of trauma team in relation to human factors. *J Clin Nurs* 2006;15:1257–66.
- Collin K, Paloniemi S, Mecklin J-P. Promoting inter-professional teamwork and learning – the case of a surgical operating theatre. *Journal of Education and Work* 2010;23:43–63.
- Couturier Y, Gagnon D, Carrier S, Etheridge F. The interdisciplinary condition of work in relational professions of the health and social care field: A theoretical standpoint. *J Interprof Care* 2008;22:341–51.
- D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martín-Rodríguez LS, Beaulieu M-D. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care* 2005;Supplement1:116–31.
- Edmondson AC, Bohmer R, Pisano GP. Disrupted Routines: Team Learning and New Technology Adaptation. *Administrative Science Quarterly* 2001;46:685–716.
- Engeström Y. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittäminen työssä. *Vastapaino*, Tampere 2004.
- Fernandez R, Kozlowski SWJ, Shapiro MJ, Salas E. Toward a Definition of Teamwork in Emergency Medicine. *Acad Emerg Med* 2008;15:1104–112.
- Gordon T, Hynninen P, Lahelma E, Metso T, Palmu T, Tolonen T. Collective ethnography, joint experiences and individual pathways. *Nordisk Pedagogik* 2006;26:3–15.
- Hammersley M, Atkinson P. *Ethnography. Principles in practice*. Taylor & Francis, London 2007.
- Housley W. *Interaction in multidisciplinary teams*. Ashgate, Aldershot 2003.
- Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005;15:1277–88.
- Hyttinen H, Hämäläinen P. Ensiapupoliklinikan potilasprosessi. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 1999. http://www.pkssk.fi/alltypes.asp?d_type=1&menu_id=319&menupath=300,313,319
- Jeffrey B, Troman G. Time for ethnography. *Brit Educ Res J* 2004;35:535–48.
- Kerosuo H. *Boundaries in Action. An Activity-theoretical Study of Development, Learning, and Change in Health Care Organization for Patients with Multiple and Chronic Illnesses*. Väitöskirja, Helsingin yliopisto 2006.
- Kilminster S, Zukas M. Shifting professional boundaries through interprofessional education: A case of wishful thinking? Paper presented at the RWL5 Conference, December, in Cape Town, South Africa 2007.
- Knuuttila J, Ruuhilehto K, Wallenius J. *Terveysturvallisuuden vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto*. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsinki 2008.
- Leathard A. (toim.) *Interprofessional collaboration. From policy to practice in health and social care*. Brunner-Routledge, Hove and New York 2003.
- Lemieux-Charles L, McGuire W. What do we know about health care team effectiveness: A review of literature. *Med Care Res Rev* 2006;63:1–38.
- Leppänen A, Hopsu L, Klemola S, Kuosma E. Does Multi-Level Intervention Enhance Work Process Knowledge? *Journal of Workplace Learning* 2008;20:416–30.
- Liveng A. Learning and recognition in health and care work: an inter-subjective perspective. *Journal of Workplace Learning* 2010;22:41–52.
- McCallin A. Interdisciplinary practice – a matter of teamwork: an integrated literature review. *J Clin Nurs* 2001;10:419–28.
- Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Sage, Thousand Oaks 1994.
- Millward LJ, Jeffries N. The team survey: a tool for health care team development. *J Adv Nurs* 2001;35:276–87.
- Nikander P. Moniammatillinen yhteistyö terveydenhuollon työkaluna ja haasteena. *Vuorovaikutuksellinen näkökulma. Sosiaalilääkäri* 2003;40:279–90.
- Nugus P, Greenfield D, Travaglia J, Westbrook J, Braithwaite J. How and where clinicians exercise power: Interprofessional relations in health care. *Soc Sci Med* 2010;71:898–909.
- Paloniemi S, Collin K. Mitä ihmettä on kollektiivinen etnografia? Kokemuksia organisaatiotutkimuksesta. Teoksessa Aaltola J, Valli R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II*. PS-kustannus, Jyväskylä 2010, 204–221.
- Patton MQ. *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Sage, Thousand Oaks 2002.
- Pullon S. Competence, respect and trust: key features of successful interprofessional nurse-doctor relationships. *J Interprof Care* 2008;22:133–47.
- Reeves S, Freeth D. New forms of technology, new forms of collaboration? Teoksessa Leathard A.

- (toim.) Interprofessional collaboration. From policy to practice in health and social care. Brunner-Routledge, Hove and New York 2003, 79–92.
- Reeves S, Rice K, Conn LG, Miller K-L, Kenaszchuk C, Zwarenstein M. Interprofessional interaction, negotiation and non-negotiation on general internal medicine wards. *J Interprof Care* 2009;23:633–45.
- Rekola L, Isoherranen K, Koponen L. Moniammatillinen yhteistyö päivystyspoliklinikalla. *Tutkiva hoitotyö* 2005;3:16–21.
- Saaren-Seppälä T. Yhteisen potilaan hoito. Tutkimus organisaatorajat ylittävästä yhteistoiminnasta sairaalan, terveyskeskuksen ja lapsipotilaiden vanhempien suhteissa. Väitöskirja, Tampereen yliopisto 2004.
- San Martín-Rodríguez LS, Beaulieu M-D, D'Amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *J Interprof Care* 2005:Supplement1:132–47.
- Scholes J, Vaughan B. Cross-boundary working: implications for the multiprofessional team. *J Clin Nurs* 2002;11:399–408.
- Sigaud L. A collective ethnographer: fieldwork experience in the Brazilian Northeast. *Soc Sci Inform* 2008;47:71–97.
- Stenner K, Courtenay M. The role of inter-professional relationships and support for nurse prescribing in acute and chronic pain. *J Adv Nurs* 2008;63:276–83.
- Tucker AL, Edmondson AC. Why hospitals don't learn from failures: Organizational and psychological dynamics that inhibit system change. *Calif Manage Rev* 2003;45:55–72.
- Woods P, Boyle M, Jeffrey B, Troman G. A research team in ethnography. *International Journal of Qualitative Studies in Education* 2000;13:85–98.
- KAIIJA COLLIN**
KT
Jyväskylän yliopisto
Kasvatustieteiden laitos
- ULLA MAIJA VALLEALA**
KT
Jyväskylän yliopisto
Opettajankoulutuslaitos
- SANNA HERRANEN**
KM
Jyväskylän yliopisto
Kasvatustieteiden laitos
- SUSANNA PALONIEMI**
KT
Jyväskylän yliopisto
Kasvatustieteiden laitos
- PAULA PYHÄLÄ-LILJESTRÖM**
TtM
Keski-Suomen Keskussairaala
Päivystysalue